

La desnutrición infantil en la comunidad wichí y sus representaciones sociales: un abordaje desde la teoría de los campos de Bourdieu

María Paula Costas Czarnecki  ^{1,a,b}; Carolina Antonela Curti  ^{1,2,a,d}; Mónica Patricia Millán  ^{2,3,a,c}; María Emilce Romero Talló  ^{1,a,c}; Andrea Paula Cravero Bruneri  ^{4,a,e}

1 Universidad Nacional de Salta, Facultad de Ciencias de la Salud, Cátedra Sociología y Antropología Nutricional. Salta (4400), Argentina.

2 Universidad Nacional de Salta, Facultad de Ciencias de la Salud, Instituto de Investigaciones en Alimentos y Nutrición. Salta (4400), Argentina.

3 Universidad Nacional de Salta, Facultad de Ciencias de la Salud, Cátedra Metodología de la Investigación Científica. Salta (4400), Argentina.

4 Universidad Nacional de Salta, Facultad de Ciencias de la Salud, Cátedra Dietoterapia y Práctica Hospitalaria del Adulto. Salta (4400), Argentina.

^a Licenciada en Nutrición; ^b especialista en epidemiología; ^c especialista en salud pública; ^d doctora en Ciencia y Tecnología de los Alimentos; ^e máster internacional en Nutrición y Dietética.

RESUMEN

Objetivo: Abordar las representaciones sociales (RS) de la desnutrición infantil en padres, madres o tutores de la comunidad wichí y profesionales de salud del departamento General José de San Martín-Salta, desde la teoría de los campos de Pierre Bourdieu (CPB). **Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio cualitativo desde el paradigma sociocrítico e interpretativo acerca de las RS. Se emplearon la observación participante, las entrevistas en profundidad y a los grupos focales para la recolección de datos de profesionales de la salud y de madres de niños desnutridos de comunidades indígenas wichís del departamento General José de San Martín, Salta, hasta la saturación teórica de la información y triangulación de datos (intramétodo). La información se analizó desde la teoría de los CPB, de acuerdo con las categorías propuestas por el autor. Las variables estudiadas buscaron comprender de manera holística, multidimensional y cualitativa el campo sanitario (CS). **Resultados:** En el CS se observaron desigualdades en las disposiciones de los agentes sociales de acuerdo con los capitales puestos en juego. Para los profesionales, el capital económico, como “recursos e insumos institucionales”, fue lo más importante; para la comunidad, “lo económico en interrelación con lo cultural” (autosustento y respeto por su cultura). Los intentos de disminuir estas desigualdades estuvieron acompañados de tensión y presión social permanentes. También se observaron desacuerdos entre las RS de la desnutrición infantil con respecto a la atención de indicadores sanitarios vs. la atención intercultural, el lenguaje y la cosmovisión wichí vs. el idioma “español”, el enfoque biomédico hegemónico vs. el enfoque ecológico e intercultural, el acompañamiento de la comunidad basado en el asistencialismo vs. el acompañamiento basado en el respeto por la cultura wichí, entre otras acciones descontextualizadas de la realidad de la región. **Conclusiones:** Dado que existieron desacuerdos y desigualdades entre los profesionales de la salud y la comunidad, se recomienda promover modos de ser, hacer y pensar en la formación y capacitación de los profesionales de la salud en un sentido intercultural y contextualizado, con el fin de poder abordar la problemática de la desnutrición infantil en las comunidades indígenas de Salta.

Palabras clave: Representación Social; Trastornos de la Nutrición del Niño; Pueblos Indígenas (Fuente: DeCS BIREME).

Child malnutrition in the Wichí community and its social representations: an approach from Bourdieu's field theory

ABSTRACT

Objective: To explore the social representations (SRs) of child malnutrition among fathers, mothers or guardians of the Wichí indigenous community and healthcare professionals from the General José de San Martín department, Salta, using Pierre Bourdieu's field theory (FT). **Materials and methods:** A qualitative study was conducted within a social-critical and interpretive paradigm of SRs. Participant observation, in-depth interviews and focus groups were employed to collect data from healthcare professionals and

Correspondencia:

Carolina Antonela Curti
carolinaacurti@gmail.com

Recibido: 26/3/2024

Evaluado: 13/7/2024

Aprobado: 24/7/2024



Esta obra tiene licencia de Creative Commons. Artículo en acceso abierto. Atribución 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Copyright© 2024, Revista Horizonte Médico (Lima). Publicado por la Universidad de San Martín de Porres, Perú.

Wichí mothers with malnourished children from the General José de San Martín department, Salta, until data theoretical saturation and intramethod triangulation were achieved. The analysis was based on Pierre Bourdieu's FT, using the categories proposed by the author. The study variables sought to understand the health field (HF) in a holistic, multidimensional and qualitative way. **Results:** In the HF, inequalities were observed in the dispositions of social agents according to the capitals at stake. For healthcare professionals, economic capital, understood as "institutional resources and assets," was considered the most important form of capital, while for the Wichí community, the focus was on "economic capital in relation to cultural capital" (self-sustainability and respect for their culture). Efforts to reduce these inequalities created ongoing tension and social pressure. Disagreements were also observed among SRs of child malnutrition, particularly concerning health indicators versus intercultural care, the Wichí language and worldview versus the Spanish language, the hegemonic biomedical approach versus ecological and intercultural perspectives, community support based on welfare versus community support based on respect for the Wichí culture, along with other actions decontextualized from the reality of the region. **Conclusions:** Given the existing disagreements and inequalities between healthcare professionals and the Wichí community, it is recommended to promote ways of being, doing and thinking in the intercultural and contextualized training approaches for healthcare professionals. This would enable more effective responses to child malnutrition in the indigenous communities of Salta.

Keywords: Social Representation; Child Nutrition Disorders; Indigenous Peoples (Source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La desnutrición infantil es un problema de salud pública urgente que afecta desde hace tiempo a las comunidades indígenas wichí del norte de la provincia de Salta, Argentina ^(1,2). Los wichí ("gente" o "pueblo", en su idioma) son una etnia de aproximadamente cuarenta mil personas que habitan en las provincias argentinas de Chaco, Formosa, Salta y Jujuy. Sus antepasados habitaron las zonas occidentales de la región del Gran Chaco, pero con el tiempo fueron desplazados hacia el norte del río Bermejo y hacia el sureste de la región chaqueña, donde formaron aldeas o comunidades emparentadas entre sí y administradas por un jefe anciano o cacique y un consejo comunitario de hombres (huef o huet) ⁽³⁾. Sin embargo, desde la aparición del Movimiento Nacional Campesino Indígena impulsado en 2003 ⁽⁴⁾, algunas mujeres se convirtieron en caciques y jefas de familia, y asumieron la responsabilidad de impartir mayormente los cuidados, sustento y protección de la comunidad. Antiguamente, los wichí vivían de la caza de animales (quirquincho, yacaré y conejo), la pesca y la recolección de frutos silvestres (cocos, algarroba, porotos, cimarrones, tuna, tasi y miel). Posteriormente, las comunidades modificaron sus formas de alimentarse y vivir debido a la pérdida de los recursos naturales, como consecuencia del desmonte, el continuo desplazamiento de las comunidades hacia otras tierras, la expropiación y la canalización de los ríos para la actividad agrícola. Sigue vigente la recolección de chaguar, una planta silvestre utilizada para elaborar artesanías textiles que sirve de sustento económico ⁽⁵⁾. En cuanto a las creencias espirituales, los wichí creen en la existencia de un ser superior que gobierna el mundo, así como en la presencia de seres de la naturaleza y en los espíritus de sus ancestros, los cuales habitan en los montes. Asimismo, tienen la fuerte convicción de que las plantas y los animales tienen alma y son sagrados. La vivienda típica del pueblo wichí es una choza construida con materiales del entorno como ramas

o varas de madera y barro. Algunas comunidades cercanas a las ciudades tienen acceso a casas de material noble o de madera construidas por el gobierno, pero la mayoría no cuenta con servicios básicos de agua potable, desagüe ni electricidad ^(3,5).

Entender la problemática de la desnutrición infantil wichí supone un análisis complejo, multidimensional y no reduccionista ^(2,6), que debe interpretarse desde la interrelación de "posiciones" y "disposiciones" de los diferentes agentes sociales intervinientes (comunidad, institución sanitaria, profesionales de la salud, organizaciones privadas, entre otros) ^(6,7). Las representaciones sociales (RS) son una forma de conocimiento elaborado y compartido socialmente ⁽⁸⁾, orientado a la práctica cotidiana y que interviene en la construcción de una realidad común del conjunto social ^(8,9). En cuanto a opiniones, creencias y significados que circulan socialmente, las RS tienen un impacto directo en las prácticas alimentarias y de cuidado de los niños de cada comunidad ⁽¹⁰⁻¹²⁾. El estudio de las RS de la desnutrición —que construyen y reconstruyen los profesionales de salud, las propias comunidades, los grupos y los cuidadores de los niños afectados— puede dar una aproximación más profunda y completa de los condicionantes de esta problemática desde las propias voces de los actores involucrados ^(7,12,13). De este modo, posibilita planteamientos de acciones públicas que impacten positivamente y de manera continua ^(7,14).

Pierre Bourdieu (1930-2002), sociólogo francés destacado de la época contemporánea, desarrolló la teoría de los campos, que puede usarse para comprender diferentes realidades sociales y sanitarias ^(15,16). Llevar esta teoría al ámbito de las ciencias de la salud puede ser útil para entender la desnutrición infantil como construcción social y comprender las desigualdades existentes entre los

agentes sociales⁽¹⁶⁾. La teoría propone un pensamiento relacional entre estructuras externas objetivas (posiciones de los seres humanos dentro de los campos y los capitales que posee cada uno), las estructuras internas subjetivas (habitus y disposiciones de los agentes) y las prácticas sociales^(15,16). Un campo es una esfera de la vida social que se ha ido autonomizando progresivamente a través de la historia en torno a cierto tipo de relaciones sociales, intereses y recursos propios. Los agentes sociales actúan en el campo según la tenencia de capitales⁽¹⁵⁾. Estos son bienes materiales o inmateriales que otorgan a los agentes poderes y posiciones desiguales, y son la fuerza que impulsa las relaciones con los demás. Los capitales que más peso tienen en el espacio social no están fijados *a priori*, sino que varían de manera sociohistórica^(16,17), y su análisis puede converger en realidades que no necesariamente se perciben a simple vista⁽¹⁷⁾. Por último, el habitus se entiende como un sistema de disposiciones para ver, pensar, gustar, sentir y vivenciar, según los principios de generación y percepción de las prácticas sociales. El habitus es lo que hace que los agentes que lo poseen se comporten de cierta manera en ciertas circunstancias^(18,19).

El objetivo de la investigación fue abordar las RS de la desnutrición infantil en padres, madres o tutores de la comunidad wichí de Tartagal, Salta, así como en profesionales de la salud, utilizando la teoría de los campos de Bourdieu.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población de estudio

Este trabajo se llevó a cabo mediante una metodología cualitativa, desde el paradigma sociocrítico e interpretativo⁽²⁰⁾ acerca de las RS de la desnutrición infantil en padres, madres o tutores de niños de la comunidad wichí del norte de la provincia de Salta, Argentina, así como en profesionales de la salud del área de referencia del hospital cabecera. Se realizaron visitas al hospital en repetidas oportunidades —al Servicio de Alimentación y al Centro de Recuperación Nutricional—, también a centros de salud del área de referencia y a las familias, referentes y madres wichís de niños con diagnóstico de desnutrición infantil. Las técnicas utilizadas consideraron observación participante, entrevistas en profundidad y entrevistas a grupos focales, hasta alcanzar la saturación teórica de la información. Intervinieron dos grupos compuestos por madres wichís y líderes de la comunidad y otros dos grupos en los que participaron solo profesionales de salud del área operativa del hospital^(21,22). Se contó con el consentimiento informado de los sujetos de estudio. Los instrumentos utilizados incluyeron diario de campo, grabadora de voz de los dispositivos móviles (celulares), protocolos de tratamiento y seguimiento sanitario, alimentario y nutricional de los niños afectados.

Variables y mediciones

Las variables emergentes se organizaron en torno al campo social analizado, que correspondió al ámbito sanitario, y estuvieron conformadas por los capitales (poderes), entendidos como fuerzas dentro de ese campo, que se pusieron en juego entre los agentes sociales (profesionales —médicos, nutricionistas, enfermeros y agentes sanitarios—, madres, padres o tutores de niños con desnutrición, caciques y referentes de su comunidad). Los capitales en juego fueron el cultural (incorporado, objetivado e institucionalizado), el económico, el social y el simbólico. El capital cultural incorporado correspondió a la forma de disposiciones duraderas dentro del campo social, el estado objetivado fueron los bienes culturales (cuadros, libros, diccionarios, instrumentos, maquinaria) y el estado institucionalizado, la forma de objetivación de las propiedades, que son totalmente originales. El capital económico estuvo representado por el poder adquisitivo, los bienes materiales y las formas de sustento tanto de la comunidad como de los centros de atención de salud. El capital social se refirió a las relaciones sociales entre los agentes, los lazos sociales y los compromisos de reciprocidad entre ellos. Por su parte, el capital simbólico se manifestó como estatus y valoración por el grupo en el espacio social analizado. El habitus estuvo representado por las RS de la comunidad y de los profesionales de salud sobre la desnutrición infantil^(18,19).

Análisis de los resultados

El proceso de investigación fue dialógico y espiralado, desde la teoría a la práctica y viceversa para así construir y entender las RS desde el paradigma cualitativo. Con la información recabada, se procedió a la triangulación (intramétodo)⁽²²⁾ y a la explicación desde la teoría de los campos. Se llevó a cabo un análisis de las categorías de las variables emergentes organizadas en torno a las posiciones y disposiciones de los agentes, según los capitales que se pusieron en juego. Las categorías fueron dominantes/dominantes, dominantes/dominados y dominados/dominados, de acuerdo con los capitales que prevalecieron y acumularon cada uno de los agentes⁽¹⁸⁾.

Consideraciones éticas

El protocolo de investigación para realizar la observación y las entrevistas fue aprobado por el Comité Central de Ética del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta (Exp. 0100321-258640/2022-0) y por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta (Res. CD 136/23).

RESULTADOS

La Figura 1 muestra el campo social de la desnutrición infantil, el cual fue analizado en esta investigación junto con sus componentes.

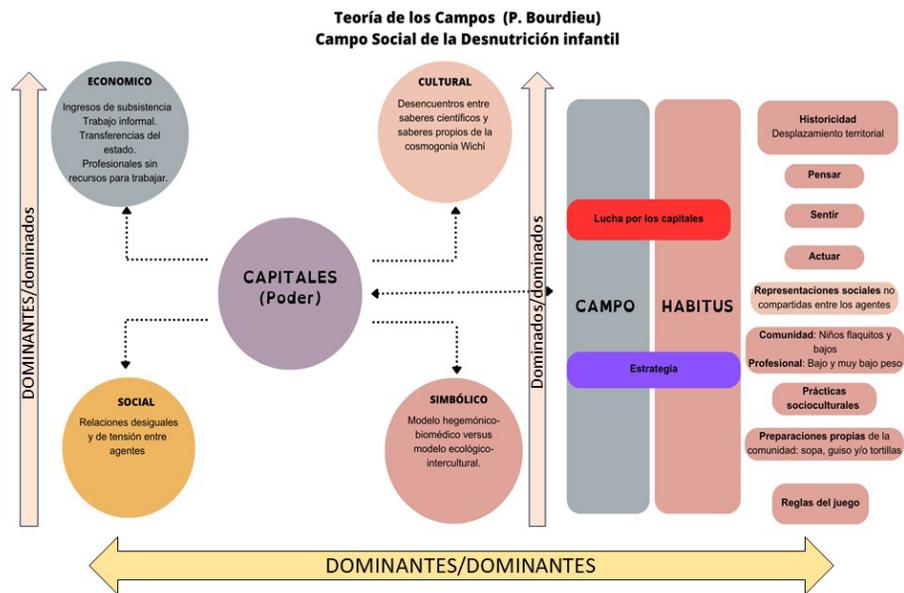


Figura 1. Teoría de los campos (P. Bourdieu): campo social de la desnutrición

En las familias wichís, el capital económico estuvo representado por ingresos de subsistencia que no llegaron a cubrir la canasta básica (indigentes, trabajo informal); además, la comunidad no contaba con las condiciones básicas de vivienda digna, saneamiento, acceso al agua segura y eliminación adecuada de las excretas. Las familias más cercanas a la ciudad (kilómetros 3 y 4) pudieron habitar en viviendas de material construidas por el gobierno, pero sin servicios de electricidad, agua, ni baños. Por otro lado, las familias más alejadas (kilómetros 6 y 13) residen en casillas de madera, con techo de chapa o caña y piso de tierra; las redes de agua estaban instaladas por fuera de las casas. Los ingresos para su sustento provenían de ayudas del Estado por medio de transferencias, así como de la venta de artesanías de chaguar, palo santo y/o cerámica, y otras actividades informales como la venta de comida. La mayoría de las familias carecía de tierras propias, ya que habían sido desplazadas de sus territorios ancestrales. Dichas tierras se usaron para el desmonte, la quema o la producción de monocultivos como la soja. Algunas familias fueron trasladadas o desalojadas hacia zonas más alejadas de la ciudad o hacia el costado de las rutas. Como acciones aisladas y no coordinadas con la institución sanitaria, las organizaciones sociales y particulares contribuyeron con la comunidad a través de la donación de ropa, alimentos y medicamentos. En los centros de atención de la salud, este capital estuvo representado por escasos insumos médicos para el tratamiento de la desnutrición. En general, los profesionales refirieron estar “saturados” y “exhaustos” por la falta de recursos e insumos, asimismo, destacaron que la cobertura de la atención primaria de salud solo alcanzó a la mitad de las familias.

El capital cultural de los profesionales de la salud estuvo avalado por las universidades y centros educativos que emitieron el título; igualmente, estuvo representado por los saberes impartidos por la propia institución sanitaria y la experiencia adquirida en su trayectoria laboral. En general, pocos profesionales tuvieron formación oportuna en aspectos de “interculturalidad” y “cultura wichí”. El abordaje de la desnutrición infantil se realizó a través del tratamiento de la sintomatología, en sentido médico, sin incorporar aspectos relacionados con las costumbres, valores, creencias y actitudes de la comunidad. La aplicación de la medicina fue de tipo científico y formal, con la ayuda de la farmacología y los diagnósticos, mediante exámenes físicos y complementarios o auxiliares. Este tratamiento, protocolizado y generalizado para todos los niños por igual, no tuvo en cuenta los determinantes de la salud-enfermedad según la cosmogonía wichí, lo que limitó el abordaje integral de la problemática. Por un lado, las organizaciones sociales ayudaron con bienes materiales y, por otro lado, impartieron conocimientos diferentes a los de los wichís, de carácter dogmático. En contraposición, los saberes de la comunidad fueron de tipo ancestrales sobre el proceso de salud-enfermedad y formas de interpretarlo en concordancia con esas creencias. Los caciques y líderes validaron este conocimiento y las prácticas para tratar la desnutrición y otros problemas asociados, como las diarreas y las enfermedades respiratorias (consumo de alimentos propios de la cultura wichí y nivel de alarma bajo, consumo de ciertos yuyos). Las comidas fueron la tortilla de trigo, el guiso y la sopa, y se agregaron principalmente cereales (arroz, fideos) y algún vegetal. Antiguamente se utilizaban las vasijas para aclarar y filtrar el agua, sin

embargo, esta práctica se perdió. Las madres y caciques tuvieron un bajo grado de alfabetización, la mayoría solo culminó los estudios primarios. La difusión de la cultura fue predominantemente oral y se caracterizó por maneras de crianza que favorecieron la proximidad y apego a los hijos. En el capital cultural, las artesanías tuvieron un rol importante ya que, a través de ellas, expresaban su arte y su relación con la naturaleza.

El capital simbólico en la comunidad estuvo representado por el estatus y la alta valoración de los caciques y las formas de curación aceptadas en la comunidad. Aquí se evidenció un desacuerdo con los profesionales de la salud y la institución sanitaria, ya que las formas de tratamiento de la desnutrición se consolidaron en torno al modelo hegemónico biomédico, mas no según el modelo ecológico-intercultural.

El capital social estuvo representado, entonces, por las relaciones entre los agentes sociales, las cuales fueron tensas debido a los desacuerdos en el abordaje de la desnutrición infantil. Las desigualdades se evidenciaron en los tiempos, formas y enfoques de tratamiento de los profesionales, que fueron muy diferentes a los de la comunidad wichí. Los privilegios de acceso a la cobertura y asistencia sanitaria entre los miembros de la comunidad contribuyeron a acrecentar estas desigualdades.

Por último, el habitus se compone de las RS de la desnutrición infantil. Entre los profesionales, la enfermedad se consideró como “física, biológica y curativa”, y el peso se clasificó como “bajo y muy bajo”. Asimismo, se refirieron a la comunidad wichí como “una población problemática que no retornaba a los controles” y “con lenguaje y prácticas socioculturales no compartidas por ellos”. Para estos agentes, las causas de la desnutrición eran el resultado de “sus propias prácticas culturales”; además, refirieron que se encontraban saturados por la “falta de recursos e insumos”, el “abandono de las autoridades políticas” y el “escaso reconocimiento de su labor”. En contraposición, la comunidad señaló que “los niños desnutridos son flaquitos y bajos” y que tuvieron “problemas para aprender en la escuela”. La salud se entendía como la “armonía con la naturaleza-cuerpo-espíritu-mente”. Los cuerpos sanos se concibieron como “vasijas con vacío”, mientras que un cuerpo enfermo como una “vasija donde entra la mentira”, donde “hay dolor”, mientras que los “seres” causan la enfermedad. Para los wichís, las madres eran las únicas que cuidaban bien a sus hijos. Las RS se transformaron en prácticas sociales como la consulta que hacían las madres a los caciques y líderes de la comunidad respecto a temas de cuidado de los niños en vez de acudir a un profesional de salud, o bien recurrían a los profesionales con una mirada intercultural, avalados por el cacique (con historia de buen trato hacia la comunidad). En general, las familias consumían alimentos que estaban acostumbrados

a preparar (guiso, sopa y tortillas). Con respecto al trato, las madres suelen dirigirse a los niños de manera pausada, con miradas y tonos bajos de voz. Para la comunidad wichí, el tono de voz elevado de los profesionales se interpretó como “gritos” o “retos”, lo que generó y silenció sus propias voces.

En el campo sanitario, los capitales se distribuyeron de manera desigual y, en consecuencia, existieron dominantes y dominados. Los dominantes/dominantes estuvieron representados por la institución sanitaria y el Estado, que impusieron las reglas de juego, mientras que los dominados/dominados fueron las comunidades indígenas, madres y familias wichís que debieron aceptar dichas reglas.

DISCUSIÓN

Del análisis de las RS de la desnutrición infantil desde la teoría de los campos, se pudo observar que existieron diferencias entre los capitales desde la mirada de la comunidad wichí con respecto a la de los profesionales. Para los profesionales sanitarios y organizaciones sociales, el capital económico, entendido como “recursos e insumos institucionales”, fue más importante que los otros capitales; mientras que para la comunidad wichí, los que tuvieron más peso fueron el económico en interrelación con el cultural, que incluyeron la capacidad de autosustento y los facilitadores interculturales.

Los intentos por disminuir estas desigualdades originaron tensión y mucha presión social, tales como rechazos ante los pedidos de la comunidad, desencuentros lingüísticos, ruidos en la comunicación, planificaciones e intervenciones descontextualizadas. A raíz de ello, se presentaron discrepancias en las RS, así como en las formas de acompañamiento y enfoques para abordar la desnutrición entre los agentes sociales. Estos desencuentros se evidenciaron entre 1) la atención a los indicadores sanitarios versus la atención intercultural, 2) el lenguaje y cosmovisión wichí versus el idioma español, 3) el enfoque biomédico hegemónico versus el ecológico y 4) el acompañamiento de la comunidad basado en el asistencialismo versus el basado en el respeto por la cultura wichí.

El mercado simbólico estuvo determinado por un sistema de salud hegemónico, occidental, positivista y patriarcal, donde los profesionales fueron los poseedores de saberes en cuanto a la salud, la prevención, la promoción y el tratamiento de la desnutrición. Las organizaciones sociales, por su parte, impusieron nuevas prácticas, pero de utilidad para la aplicación del poder. Los intermediarios en este campo fueron los dominantes/dominados, a saber, profesionales sanitarios con enfoque intercultural, respetuosos de la cultura wichí y de sus formas de manifestación, que debieron adecuarse a las políticas sanitarias del modelo hegemónico.

Diversos autores han analizado la realidad de la comunidad wichí con respecto a los condicionantes socioculturales que influyen en el proceso salud-enfermedad. Algunos de ellos ^(4,20,21) concluyeron que las estrategias de intervención en los niños wichí con desnutrición deben contemplar la atención y cuidado a sus familias y respetar los procesos sociohistóricos de la comunidad. Asimismo, el costo-efectividad de las propuestas de intervención se relacionó con el análisis de la situación a nivel local y con su adopción por parte de la comunidad ^(23,24,25). Leavy P ⁽²⁶⁾ determinó que la autoproducción de alimentos y el habitar en una vivienda son necesarios para mejorar el estado nutricional de los niños, lo cual se vio limitado por la falta de acceso a las tierras rurales y por no poseer los títulos de tenencia. La autora también destacó que “la vulneración de derechos territoriales de las poblaciones indígenas constituye un factor determinante para comprender la emergencia de déficits nutricionales en la población infantil”. Entre los condicionantes del tratamiento de la desnutrición infantil se encontraron el bajo grado de alfabetización, la falta de redes de apoyo comunitarias ⁽²⁴⁻²⁷⁾, las prácticas culturales de alimentación (consumo de guiso) y las creencias instauradas en la comunidad acerca de la lactancia materna ⁽²⁷⁻³⁰⁾. Igualmente, residir en la zona rural, pertenecer a la etnia indígena y que los padres no cuenten con una ocupación que genere los ingresos económicos necesarios condicionaron un mayor porcentaje de niños con desnutrición en las familias ^(20,31,32). Los estudios citados se centran en entender las RS desde la perspectiva de la comunidad wichí; sin embargo, la presente investigación avanza en la confrontación de dichas RS con las de los profesionales de la salud, con el objetivo de establecer puntos de encuentro y desencuentro que condicionan el tratamiento de la desnutrición infantil. Asimismo, se utilizó la teoría de los campos de Bourdieu para explicar las desigualdades existentes en el campo analizado, con el fin de entender las posiciones y disposiciones de los diferentes agentes sociales involucrados en la problemática.

En conclusión, el abordaje de las RS de la desnutrición infantil por parte de los agentes sociales involucrados permitió interpretar el campo sanitario desde una perspectiva holística y multidimensional. Asimismo, la teoría de los campos utilizada en este contexto ayudó a la comprensión de los abordajes y mecanismos que inciden en el proceso salud-enfermedad de la desnutrición infantil a través de disposiciones aprendidas socialmente.

Dado que existieron desencuentros y desigualdades entre los profesionales de salud y la comunidad para tratar la problemática, es recomendable promover modos de ser, hacer y pensar de los profesionales en un sentido intercultural. De esta manera, se lograría un involucramiento más estrecho con la comunidad wichí, desde una perspectiva integral y con planteamientos de

una política pública efectiva para abordar la problemática de la desnutrición infantil en sus niños.

Contribución de autoría: MPC se encargó de la metodología, el trabajo de campo y el análisis de la información; CAC, de la redacción del manuscrito, la revisión, la metodología y los resultados; MPM, del trabajo de campo y la revisión; ERT, del trabajo de campo, las entrevistas y la revisión; APCB, de la metodología, la redacción y la revisión del manuscrito.

Fuentes de financiamiento: Los fondos del proyecto C214 “Representaciones sociales de la desnutrición infantil en madres/padres/tutores de la comunidad wichí”, del Plan Argentina contra el hambre del Ministerio de Ciencia y Tecnología e Innovación del Gobierno de la República Argentina, llevado a cabo entre 2022-2023, permitieron financiar este artículo.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flores Klarik M. Agronegocios, pueblos indígenas y procesos migratorios rururbanos en la provincia de Salta, Argentina. *Rev Colomb Antropol* [Internet]. 2019;55(2):65-92.
2. Longhi F, Gómez A, Zapata ME, Paolasso P, Olmos F, Ramos Margarido S. Nutrición en la niñez argentina en los primeros años del siglo XXI: un abordaje cuantitativo. *Salud Colectiva* [Internet]. 2018;14(1):33-50.
3. Hessling FDH, Belmont ME. Hábitat y vida digna a partir de las alianzas socio-técnicas de la comunidad wichí San Ignacio de Loyola (Salta, Argentina). *Hábitat soc* [Internet]. 2022;15:211-32.
4. Gürcan EC. Soberanía alimentaria y empoderamiento colectivo: el Movimiento Nacional Campesino Indígena (MNCI) en Argentina. *RELACIS* [Internet]. 2024;9(17).
5. Lorenzetti M. La dimensión política de la salud: las prácticas sanitarias desde las comunidades peri-urbanas wichí del Dpto. de San Martín (Salta). *Publicar Antropol Cienc Sol* [Internet]. 2012;12:65-85.
6. Saiani PP. Complejidad y análisis sociológico. Un enfoque teórico y metodológico. *Relmecs* [Internet]. 2017;7(2):e024.
7. Jokers E, Alancay M, Herrera MI, Serapio C, Serapio MC, González E, et al. Estudio cualitativo de la desnutrición infantil en familias indígenas Wichí. *BVS* [Internet]. 2021;1.
8. Moscovici S. *La psychanalyse, son image et son public*. Francia: Presses Universitaires de France;1976.
9. Jodelet D. La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En Moscovici S. *Psicología social II. Pensamiento y vida social*. 2.ª ed. España: Paidós; 1984. p.237-259.
10. Andreatta MM. La alimentación y sus vínculos con la salud desde la teoría de las representaciones sociales. *AADYN* [Internet]. 2013;31(142):42-9.
11. Banchs MA. Entre la ciencia y el sentido común: representaciones sociales y salud. En: Rodríguez Salazar T, García Curiel ML (coords). *Representaciones sociales. Teoría e investigación*. México: Ediciones Morata; 2007. p.219-253.
12. Bastias F, Barreiro A. Who is poor? Analysis of social representations in an Argentine sample. *Psico-USF* [Internet]. 2023;28(1):67-77.
13. Harris J, Nisbett N. The basic determinants of malnutrition: Resources, Structures, Ideas and Power. *Int J Health Policy Manag* [Internet]. 2021;10(12):817-27.

La desnutrición infantil en la comunidad wichí y sus representaciones sociales: un abordaje desde la teoría de los campos de Bourdieu

14. Longhi F, Gomez A, Olmos MF. Desnutrición e infancia en Argentina: dimensiones, tendencias y miradas actuales sobre el problema a partir de la combinación de un diseño observacional y cualitativo. *Rev Esp Nutr Hum Diet* [Internet]. 2020;24(3):203-17.
15. Bourdieu P. *Capital cultural, escuela y espacio social* [Internet]. 2.ª ed. México: Siglo XXI; 1990. Disponible en: https://www.u-cursos.cl/facso/2017/1/TS01023/1/material_docente/bajar?id_material=1700641
16. Bourdieu P. *Campo de poder, cambio intelectual*. Tucumán: Montessor; 2002.
17. Von Sprecher R, Cristiano JL, Gilletta M. *Teorías sociológicas. Introducción a los contemporáneos* [Internet]. Córdoba: Editorial Brujas; 2007. Disponible en: <https://books.google.com.uy/books?id=v iPLP4XdzTAC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
18. Giménez G. Introducción a la sociología de Pierre Bourdieu. *CPU-e* [Internet]. 2002;37-8.
19. Aguilar O. El habitus y la producción de disposiciones. *Miriada* [Internet]. 2017;9(13):271-89.
20. Loza R, Mamani M, Mariaca Mamani J, Santos F. Paradigma sociocrítico en investigación. *Psiquemag* [Internet]. 2020;2(9):30-9.
21. Ardila Suárez E, Rueda Arenas J. La saturación teórica en la teoría fundamentada: su delimitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas del desplazamiento forzado en Colombia. *Rev Colomb Soc* [Internet]. 2013;36(2):93-114.
22. Aguilar Gavira S, Barroso Osuna J. La triangulación de datos como estrategia en investigación educativa. *Pixel-Bit Rev Medios Educ* [Internet]. 2015;(47):73-88.
23. Perez Claros L. Plan de intervención primaria para el manejo de desnutrición en niños menores de 5 años del departamento de la Guajira [Tesis de posgrado]. Bogotá: UNAD; 2020. Recuperado a partir de: <https://repository.unad.edu.co/jspui/bitstream/10596/38295/1/mramosgo.pdf>
24. Wisbaum W. La desnutrición infantil - Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento [Internet]. España: UNICEF; 2011. Disponible en: <https://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12799/3713/La%20desnutrici%3b%3n%20infantil%20causas%2c%20consecuencias%20y%20estrategias%20para%20su%20prevenci%3b%3n%20y%20tratamiento.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Celemin JP, Velázquez G. *Inequities and quality of life in Argentina: Geography and quality of life in Argentina (The Latin American Studies Book Series)*. Suiza: Springer; 2022.
26. Leavy P. Tensiones en torno a la desnutrición en poblaciones indígenas y criollas en Salta, Argentina, desde una perspectiva antropológica. *Salud Colect* [Internet]. 2022;18:e3839.
27. Zapata ME, Soruco AI, Carmuega E. Malnutrition in all its forms and socio-economic indicators in Argentina. *Public Health Nutr* [Internet]. 2020;23(S1):s13-s20.
27. Rubio CE. Representaciones sociales sobre la desnutrición en jefas de hogar que tienen a su cargo un niño/a menor de cinco años con diagnóstico de desnutrición crónica, en el barrio Villa Don Andrés Resistencia, Chaco, Argentina [Tesis de posgrado]. Argentina: UNNE; 2022. Recuperado a partir de: <https://repositorio.unne.edu.ar/handle/123456789/52164>.
28. Amores López H, Rubio Erazo J. Determinantes sociales de la desnutrición tipo kwashiorkor en menores de 2 años de edad [Tesis de pregrado]. Ecuador: UNACH; 2021. Recuperado a partir de: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/9436#:~:text=Resultados%3A%20Del%20total%20de%2031%20historias%20cl%3ADnlicas%20revisadas,recib%3ADan%20de%205%20a%208%20comidas%20al%20d%C3ADa.>
29. Labadié S. Condicionantes epidemiológicos y representaciones sociales de la desnutrición infantil en la comunidad mocoví [Tesis de posgrado]. Argentina: UNC; 2010. Recuperado a partir de: https://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Labadie_sirley.pdf
30. Longhi H, Cordero R. Hambre, seguridad alimentaria y malnutrición infantil en la Argentina: algunas perspectivas en el marco del desarrollo sostenible. *Voces Fénix* [Internet]. 2021;84(12):40-7.
31. Larrainzar Herrera MM. Diferencias de costo, alimentarias, nutricionales entre las canastas básicas de alimentos de los países que integran el Mercosur en 2023 [Tesis de pregrado]. Argentina: Universidad ISALUD; 2023. Recuperado a partir de: <http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/564/TFN363.83%20L323.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
32. Rojas Acosta A, Garbardella A, Olaya E, Vicente M, Coxshall M. Diagnóstico situacional de seguridad alimentaria en Argentina, Brazil, Colombia e Inglaterra post Covid-19. *Rev Katálysis* [Internet]. 2022;25(3).