

CAPÍTULO 17

Desnutrición infantil y nosología popular en hogares pobres urbanos en Argentina¹⁶⁸

Maria Susana Ortale

Javier A. Santos

Diana Weingast

Introducción

Este trabajo aborda una problemática que conjuga Antropología de la Alimentación, Antropología de la Salud y Antropología del Cuerpo.

La misma se relaciona con la regulación de la alimentación y con los parámetros que definen la “normalidad” del crecimiento y del estado nutricional. Específicamente, trataremos sobre la desnutrición infantil de causa primaria y sobre las diversas interpretaciones y prácticas de la que es objeto por parte de los adultos a cargo del cuidado cotidiano¹⁶⁹.

La desnutrición remite centralmente, en términos tanto de causalidad estructural como de prevención, a procesos económico-po-

¹⁶⁸ Este estudio se basa en una relectura de la tesis doctoral “Prácticas y representaciones sobre desnutrición infantil de causa primaria en el Gran La Plata” (ORTALE, 2003), a la luz de estudios subsiguientes sobre pobreza, desigualdad y estrategias de reproducción en hogares de sectores pobres urbanos llevados a cabo hasta 2016 en distintos barrios de la misma región y del análisis de información sobre la “pata de cabra” publicada en diversas páginas web. Los estudios fueron financiados por la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires (CIC/PBA) y por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Argentina.

¹⁶⁹ En otros trabajos hemos profundizado acerca de la atención biomédica de los niños/as con desnutrición (ORTALE, 2005; 2017).

líticos y culturales. Constituye un problema de salud prevenible, de diagnóstico técnicamente sencillo y tratamiento eficaz y barato, estrechamente asociado con el aumento en las tasas de morbi-mortalidad, especialmente en población infantil. Diversos estudios (ORTALE, 2003; 2008) alertan sobre la incidencia de la misma, sobre todo en la población más vulnerable desde el punto de vista biológico-social: niños de 0 a 2 años de hogares pobres.

Podemos afirmar que los cuerpos de los niños, cuya acelerada velocidad de crecimiento requiere aportes nutricionales específicos, se encuentran “presos” del mundo adulto, dependiendo de múltiples variables de subordinación. Los mismos manifiestan las exigencias y sufrimientos a los que están expuestos por ubicarse en determinadas posiciones sociales e integrar una cultura – que es interiorizada, asumida pero también resistida y contestada – de una sociedad que provoca desigualdades de distinto tipo y que se inscriben en ellos. De aquí, es lícito inferir que resultan fértiles los enfoques estructuralistas y post-estructuralistas que analizan al cuerpo “como objeto sobre el cual se imponen representaciones simbólicas, formaciones discursivas y prácticas regulatorias” (ESCRIBANO, 2011). Si bien disímiles en sus aproximaciones, tanto Bourdieu como Foucault caracterizan al cuerpo como un producto construido en y por las diversas tramas y distribuciones desiguales de poder, especialmente por las constricciones materiales sociohistóricas y las matrices ideológicas hegemónicas. Con esto no adherimos al extremo de considerar al cuerpo como una realidad construida sin densidad biológica relevante, sino que tal como diversas posiciones constructivistas lo conciben (Marcel Mauss y Mary Douglas entre otros), reconocemos al cuerpo como entidad biológica, considerando el modo en que está sujeto a determinada construcción social.

Pretendemos mostrar la complejidad de las distintas experiencias que pueden atravesar los/as niños/as y renovar reflexiones sobre los efectos de los cuidados domésticos y del pluralismo médico en el cuerpo, bienestar o sufrimiento de aquellos que aún no tienen voz, cuya agencia y autonomía es aún precaria.

Con base en entrevistas realizadas a madres de niños/as con desnutrición primaria residentes en barrios pobres urbanos del Gran La Plata¹⁷⁰, recuperamos aquí aquellos saberes referidos a las causas, diagnósticos y tratamientos desplegados con motivo de la atención de sus hijos/as, poniendo en foco explicaciones que se inscriben dentro de la denominada medicina “popular”. En nuestro caso, describiremos las percepciones y decisiones llevadas a cabo en hogares profundamente limitados por contingencias macroestructurales. Analizaremos cómo alrededor de la desnutrición se combinan conceptualizaciones no unívocas sobre el cuerpo y sobre la salud/enfermedad/atención y daremos cuenta de las tensiones entre el saber legítimo (biomédico) y los saberes excluidos que con cierta autonomía funcionan en los sectores populares. Con esto queremos destacar una cuestión que trataremos más adelante: el de las prácticas de atención que ciertos sectores sociales ponen en marcha (consciente o inconscientemente) frente a la cultura hegemónica.

El tema se articula pues, alrededor de la medicalización de la alimentación, de la normalización-normatización del crecimiento y la salud infantil y de la actualización – en zonas urbanas – de nosologías populares referidas al cuerpo desnutrido, específicamente en población infantil pobre.

Medicalización de la alimentación y normalización del crecimiento infantil

La alimentación y los distintos sistemas médicos sostienen una relación muy peculiar e indisoluble, y las costumbres y representaciones sociales en torno a lo alimentario expresan tal relación. La alimentación constituye un medio de intervención sobre el cuerpo, de allí que represente una vía privilegiada para que las medicinas, con fundamentos y finalidades diversas, reivindiquen el derecho y deber de controlarla.

¹⁷⁰ Esta región, ubicada al sudeste de la Pcia. de Buenos Aires, se encuentra integrada por los municipios de La Plata, Ensenada y Berisso, de carácter predominantemente urbano.

Podemos reconocer ampliamente cómo, a través de la biomedicina, se propician comportamientos alimentarios y modelos corporales asentados en bases científicas que enfatizan la importancia de la alimentación para el mantenimiento de la salud entendida como el funcionamiento normal del cuerpo reducido a organismo. La concepción moderna del cuerpo presente en la biomedicina implicó la separación del hombre del cosmos, de los otros, de sí mismo. El cuerpo es el residuo de estos tres cortes (LE BRETON, 1995). El costo de este recorte, que permitió enormes avances en la biología y medicina positivistas, fue la institucionalización del dualismo cartesiano cuerpo/mente, en donde el primero representará lo material, mensurable y objetivable, y el hombre disociado de él, se asociará a lo espiritual, social y psicológico. Es este dualismo el que está en la base de la tensión estructurante de la práctica biomédica (BONET, 1999).

La biomedicina constituye el sistema hegemónico en nuestra sociedad y la alimentación un comportamiento cotidiano fuertemente medicalizado por lo que la desnutrición infantil se encuentra incluida en su campo de intervención. De allí que las prácticas, conocimientos y valoraciones sobre alimentación y salud de los conjuntos sociales estén permeadas por una construcción hegemónica de la salud/enfermedad/atención. Su penetración e intensidad es particularmente potente en las ciudades, en donde se concentran servicios de atención (públicos, de la seguridad social, privados), programas de salud pública materno-infantiles, programas alimentarios, acciones de organizaciones de la sociedad civil y en donde el acceso a los medios de comunicación y a las distintas tecnologías de la información es significativamente mayor que en contextos rurales. En tal sentido, las demarcaciones de la normalidad biológica establecidas por la biomedicina, a saber: como tipo específico – que remite a la media estadística – y como meta a ser alcanzada (valor), le confiere a sus representantes la capacidad de ser un actor “normativo”, expresando exigencias que, al afirmarse como valor, hacen de su contrario aquello que se considera un desvío (CAPONI, 1998).

Sabemos que los conceptos de normalidad/anormalidad, variables socio-históricamente, cumplen la función de demarcación social,

circunscribiendo espacios que definen inclusiones/exclusiones, prescripciones y sanciones y agentes de control.

Interesa aquí aquella demarcación social que vincula el par normalidad/anormalidad con la salud/enfermedad, en la que el factor biológico asume un papel determinante en su delimitación. Conrad (1982), en el estudio del etiquetamiento de la desviación social, destaca cómo la desviación social en las sociedades contemporáneas es cada vez más conceptualizada como enfermedad, presentando una visión crítica sobre el rol constructor de enfermedad por parte de la biomedicina. La intervención médica como control social en pos de la salud consiste en limitar, modificar, regular, aislar o eliminar el comportamiento anormal utilizando medios médicos. Como plantea dicho autor, una de las condiciones para la medicalización de la anormalidad, es la existencia de algunos datos orgánicos ambiguos sobre la fuente del problema, condición ausente en el caso de la desnutrición primaria.

La absorción y prescripción creciente del comportamiento individual y social por parte de la biomedicina se relaciona con funciones de control social, con el mantenimiento de normas y valores a los que deberían ajustarse las personas, especialmente las madres si se trata del cuidado y la salud infantil.

A continuación brindaremos una caracterización general de la población objeto de análisis y de su apreciación sobre la propia alimentación.

Caracterización de la población estudiada

Los 50 hogares con desnutrición estudiados en profundidad y otros relevados de manera extensiva en un período que abarca 20 años (1995 a 2015) representan aquellos que no llegan a sobrepasar una condición general de empobrecimiento y la presencia de una dieta pobre, pese a aspirar y valorar un patrón alimentario cuali-cuantitativamente más rico. Se trata de hogares que residen en viviendas precarias, de mayor número de miembros que la media debido principalmente a la mayor cantidad de hijos, cuyos/as jefes/as desempeñan trabajos

informales de escasos e irregulares ingresos, con bajos niveles de escolaridad de los cónyuges, mayoritariamente nativos y de origen urbano. En ellos se evidencia el escaso valor adquisitivo del salario y la enorme incidencia de gastos destinados a la alimentación (todo o casi todos sus ingresos se destinan a este rubro).

La alimentación inquieta y es un problema central en sus vidas debido a la escasez de dinero, enfrentando desfavorablemente lo más elemental de la reproducción cotidiana: la comida diaria. Al hecho de presentarse como un problema vital, se suma la influencia de los discursos médicos y mediáticos generados sobre el valor de los alimentos. También sobre la responsabilidad de los hogares, particularmente de las madres por considerarse a la alimentación un consumo “privado” y a las mujeres las responsables “naturales” del cuidado infantil.

La falta de reconocimiento o el encubrimiento de la inadecuada alimentación familiar, tal como se desprende de la evaluación positiva que realizan las madres entrevistadas sobre la dieta familiar, se vincula con el estigma con el que deben cargar y asumen. Tal interiorización eufemiza la deficiencia alimentaria familiar, argumentando en la situación de entrevista que “siempre de algún lado sale” o “dentro de todo nos arreglamos”.

Cabe decir que las preferencias alimentarias que las informantes plantearon se ligan generalmente a categorías médicas, mostrando la influencia de las prescripciones/proscripciones alimentarias basadas en la relación alimentación/salud. La mención sobre la importancia de las proteínas, vitaminas, y determinados micronutrientes minerales pone de manifiesto tal intervención.

Sin embargo, las prácticas no responden a los criterios explícitos de la medicina y la nutrición, al menos, no se presentan como una mera réplica de los mismos y este hecho es reconocido por muchas entrevistadas.

La alimentación representa pues, una condición de vida que contrasta con la aspiración a determinado patrón de consumo: los patrones alimentarios responden a una lógica en la cual opera, por un lado, una estrategia de subsistencia mediante la cual tratan de maximizarse

los recursos y los factores de los que depende la reproducción de la fuerza de trabajo y la sobrevivencia de la familia y por otro lado, un sistema de principios y conocimientos valorativos por el cual tratan de optimizar la relación alimento/organismo.

El análisis de la información obtenida en las entrevistas muestra que la internalización de referentes hegemónicos sectoriales genera necesidades que tienden a modular el consumo y a establecer sistemas complejos y contradictorios de apreciación de la dieta, induciendo a prácticas que no se condicen con las valoraciones ni con las posibilidades determinadas por el salario, tampoco con las exigencias biológicas. Puede observarse así, cómo el ámbito doméstico, en una actividad cotidiana como es la alimentación, sirve de escenario para consolidar los discursos y prescripciones hegemónicas que, constantemente renovados, imprimen y direccionan las representaciones alimentarias de los sectores subalternos.

La desnutrición como enfermedad

En tanto la desnutrición pertenece al campo de intervención médica, su conceptualización como “desvío”, “anormalidad” o “enfermedad” revela diferencias tanto en la causalidad y desarrollo como en las estrategias de atención, que refieren a la estructura social e ideológica que la produce.

La misma – la salud en general – depende de múltiples variables y actividades que no siempre parecen estar directamente relacionadas a ella: la posición en la estructura social, particularidades étnico nacionales o de otra índole, las rutinas y hábitos cotidianos, el trabajo, las relaciones sociales que establecemos, la prevención consciente, el auto tratamiento de enfermedades, etc. Involucra también la activación de redes familiares y sociales y, en ciertos casos, la de grupos autogestivos que construyen sus propios dispositivos de atención y de protección social independientemente de los sistemas médicos profesionales. Sin embargo, como hemos dicho, es monopolizada por especialistas, sea cual fuere el sistema médico. Analíticamente, diversos autores desde el campo de la antropología (MENÉNDEZ, 1978, 1984, 1985, 1990;

HARO ENCINAS, 2000; IBÁÑEZ NOVIÓN, 1986) distinguen los cuidados legos¹⁷¹ o laicos¹⁷² (brindados bajo la forma de autocuidado/ autoatención¹⁷³ y en la forma de redes de auto ayuda), de los cuidados profesionales (brindados en la forma de atención médica convencional¹⁷⁴ y en la atención alternativa¹⁷⁵).

La indagación de las representaciones y prácticas sobre la desnutrición permitió aprehender, tanto en las madres como en los profesionales de salud, el sistema de valores en la percepción y categorización de la desnutrición; revelar el rol constructor de la enfermedad por parte de la medicina así como su rol normativo y de control, y analizar las formas en que la desnutrición es percibida, interpretada, valorada.

Centrándonos en las madres, la mayoría afirma tener hijos desnutridos y refieren que esto se produjo por un estancamiento o pérdida de peso, en general repentino, apareciendo además como muletilla en los discursos la aclaración de “el/ella nomás” o “solamente el/ella”. No

¹⁷¹ Los cuidados “legos” comprenden todas las actividades sanitarias y asistenciales que no son realizadas por profesionales de la salud, diferenciándose tanto de la atención médica profesional como de las medicinas alternativas y de las redes de autoayuda (HARO ENCINAS, 2000).

¹⁷² Este término es empleado por Ibáñez Novión (1986) quien considera que el “Sistema de Cuidados de Saúde” incluye un “subsistema profesional” y un “subsistema laico”. Este último es definido como aquel el cual se manifiestan todos los componentes de salud de una sociedad, que no dependen de la intermediación de los especialistas. Es dentro de tal subsistema en donde se procesan las primeras acciones en salud, donde se toman las decisiones inherentes a crisis, malestares, disturbios, desencadenando el despliegue de significados individuales, familiares y comunitarios. En cualquier sistema de cuidados, esa es la parte más vasta pero recibe poca atención por parte de los profesionales. Dentro del “subsistema profesional”, el autor distingue el “subsistema profesional biomédico” del “subsistema profesional tradicional”.

¹⁷³ Relacionado a lo que Menéndez denomina Modelo de Autoatención. Este autor incluye en él al autocuidado y a la automedicación. Se relaciona con funciones preventivas, curativas y socioeconómicas, se asienta en la eficacia pragmática y en una concepción de salud como bien de uso, en una participación simétrica del curador/enfermo. El diagnóstico y la atención son llevados a cabo por la propia persona o por “legos” (familiar/vecino/amigo).

¹⁷⁴ Si bien se trata de una categoría más abarcativa, puede vincularse a lo que Menéndez denomina Modelo Médico Hegemónico, referido a la biomedicina. Dentro de él reconoce tres submodelos, cada uno con particularidades: a) individual-privado, b) corporativo público, c) corporativo-privado.

¹⁷⁵ Se trata de una categoría que no es coextensiva pero que puede vincularse a lo que Menéndez denomina Modelos de Atención Alternativos Subordinados. Para Menéndez incluye al curanderismo, espiritismo, quiropraxia, médicos hueseros, medicina ayurvédica, homeopatía, y presenta muchas características similares al MMH, con tendencias crecientes a la identificación aunque con mayor peso distintivo de los siguientes rasgos: eficacia simbólica, socialidad y atención con intención globalizadora.

obstante, cabe decir que en la casi totalidad de los casos entrevistados se presentan dos hijos/as desnutridos/as. Son pocas las madres que responden de manera ambigua sobre la presencia de desnutrición infantil en el hogar, planteando que “no, desnutrido no está” agregando a continuación que “le falta un poco nomás” (haciendo referencia al peso).

Como causas, es posible observar en los testimonios dos niveles: uno abstracto, en el cual los argumentos explicativos hacen referencia a problemas económicos, a la escasez de comida en la familia, la falta de asistencia alimentaria y la inexistencia de una red de contención parental. Sin embargo, en un nivel concreto, vinculado al acontecimiento de desnutrición en su familia, las causas remiten al rechazo de alimento por parte de los hijos o a problemas orgánicos que impiden su asimilación, diferenciándose así de “otras” familias ya que siempre “mal o bien nos la rebuscamos”. El “descuido” materno alude a otras mujeres: aquellas que desatienden las necesidades alimentarias de los hijos y/o que recurren al curandero para atender los problemas de salud infantil. No obstante, algunas madres, minoritarias, asumen la responsabilidad por la desnutrición de sus hijos: la pobre calidad de la comida asociada a la desocupación del jefe de familia, el fracaso en la lactancia materna, el uso tardío de los servicios de salud y el suministro de yuyos que precipitaron la desnutrición, constituyen los principales argumentos explicativos.

Para el resto, la mayoría, las parasitosis e infecciones están en la base de la misma.

Las informantes abundan en consideraciones sobre la prevención de la desnutrición; para evitarla es importante la calidad de la alimentación (destacando el consumo de alimentos que aportan hierro y vitaminas: leche, verduras, frutas y carnes), aunque reconocen que esto no siempre es posible – a veces se torna económicamente inviable – y, de acuerdo a sus experiencias, los cuidados dispensados – y considerados adecuados – no siempre resultan satisfactorios en términos de la salud infantil. De allí que para algunas, la prevención sea imposible.

Puede afirmarse entonces que las prácticas de cuidado y autoatención de la desnutrición no siempre pueden ajustarse a los criterios

explícitos de la medicina o no se presentan como una mera reproducción de los mismos.

En general, los síntomas de la desnutrición que consideran más relevantes para identificarla son el estado de ánimo, el decaimiento, la pérdida de fuerza, el cansancio, apareciendo a veces combinados con otras evidencias físicas tales como la delgadez, el color de la cara, los ojos hundidos, la distensión abdominal. Un solo caso refiere que sólo “el médico sabe cuando lo pesa” y en otros casos minoritarios la delgadez, si no está acompañada de otros síntomas, no es motivo de preocupación: “es flaquito pero normal”, “es normal, bajó de peso no más.”

Cuando se indagan los síntomas presentes en sus hijos desnutridos, aparecen otros tales como los episodios de vómito, diarrea o parásitos. La demanda de asistencia al centro de salud muestra que el mismo funciona la mayor parte de las veces como lugar de derivación al hospital. Son minoritarias las madres que refieren haberse dado cuenta porque “no quería comer, lo veía mal” y haber demandado asistencia oportunamente.

Más de la mitad de los niños desnutridos debieron ser internados en la primera consulta, lo que da la pauta de la gravedad del caso y del uso tardío de los servicios de salud en relación a la evolución de la enfermedad. Asimismo la inflexibilidad de las recomendaciones médicas preventivas basadas en las normativas de salud tienen efectos paradójicos, tal es el caso de la insistencia en la lactancia materna cuando la madre comunica reiteradamente las dificultades o la imposibilidad de brindar tal tipo de alimentación.

La mayoría consideraba pertinente el control médico y suministrar los medicamentos indicados, ofreciendo una alimentación adecuada, rica en calcio, hierro y vitaminas. La casi totalidad de las madres refiere que los médicos curan la desnutrición con vitaminas, hierro, calcio y dieta especial asumiendo la imposibilidad de evaluar por su cuenta el aporte nutricional necesario para los niños y remarcando en ese sentido el papel pedagógico de la actividad profesional. Un solo caso plantea que “es la alimentación la que cura, no los médicos”, sien-

do la función de los médicos la de “empuje” y las madres las principales responsables de la rehabilitación nutricional.

La evaluación del tratamiento médico recibido por los niños desnutridos es positiva en la mayoría de las situaciones: más de la mitad de las madres reconoce la eficacia de la intervención consistente en la entrega de leche, vitaminas, hierro, calcio y antiparasitarios, y recomendaciones alimentarias (a veces contrarias a las que se tenían por ciertas), mencionando los casos restantes que es “regular” por la reiteración de la desnutrición o por la demora en el aumento de peso.

Pero fundamentalmente, para las madres, el diagnóstico diferencial conducente a la identificación de las causas de la desnutrición así como el tratamiento de complicaciones que de ella se derivan son los ejes de la actividad médica.

La impugnación a la atención médica recibida se hace evidente en situaciones en las que las madres visualizan una práctica médica arbitraria, a veces equivocada o contraria a las normativas de control de salud conocidas por ellas. A ello contribuye de manera significativa, la adquisición de conocimientos sobre alimentación infantil brindados por especialistas a través de programas televisivos. Sus recomendaciones, alerta y orientaciones para la acción son incuestionables.

Para las madres, la consideración de la desnutrición como enfermedad es ambigua: algunas la conciben como secuela de alguna enfermedad o producto de la “pata de cabra” que describiremos a continuación; otras le niegan el estatuto de enfermedad en la medida que no resulta contagiosa, vinculándose más bien con descuido. Finalmente, el estatuto de enfermedad está ligado a la oportunidad de la atención: la demora en el tratamiento lleva a la internación e incluso muerte del niño; en tales casos es considerada enfermedad.

Es importante señalar que las madres, a partir de la apropiación del conocimiento científico participan, promueven, interfieren y modifican los itinerarios de atención biomédica de sus hijos/as. Sus hogares y redes familiares se reservan un margen de decisión que parece inalienable, elaborando juicios de pertinencia sobre cuándo recur-

rir o no a los servicios, cómo acceder a ellos y hasta dónde obedecer las prescripciones recibidas. Así, aceptan o rechazan, cumplen o no, pactan diagnósticos y tratamientos aunque estos procedimientos sean ignorados por el equipo de salud; formulan hipótesis, las ponen a prueba, cotejan resultados y deciden. Salvan las discrepancias entre diferentes sistemas médicos o las mantienen.

De tal modo que el cuerpo y la salud están atravesados por campos de intervención diversos, entre los que se destacan la medicina oficial o biomedicina, pretendidamente neutra, universal y válida para diferentes poblaciones y las medicinas alternativas, ambas nutriendo a los sistemas de cuidado y atención legos.

Tal es la situación observada alrededor de la atención de los niños/as desnutridos, quienes ya sea de manera sucesiva o simultánea a la atención biomédica, son también objeto de intervención de curanderos.

Nosología popular: la “pata de cabra”

En el conjunto de medicinas alternativas, la medicina popular generalmente es considerada como un indicador de ignorancia, atraso, superstición, entre otras, de un sector social no menor. Contrastando con esta apreciación, la concebimos como un sistema de atención no oficial, diferenciable del sistema profesional biomédico, no necesariamente ligado a sectores con pobreza material — aunque éste sea el caso — pero sí a clases subalternas.

Dentro de ellas, los itinerarios terapéuticos transcurren en distintos sistemas de atención, en los que intervienen alimentos, remedios de patente, hierbas y técnicas diversas que se relacionan con modelos anatómicos y fisiológicos del cuerpo humano y con explicaciones acerca de los padecimientos, divergentes, comprensibles en el ámbito de su universo sociocultural.

Como adelantamos, en las entrevistas realizadas a 50 madres de niños/as asistidos/as por desnutrición primaria¹⁷⁶ en servicios públicos de salud, la delgadez o pérdida de peso de sus hijos/as, fue atribuida centralmente y recurrentemente a una enfermedad denominada “pata

¹⁷⁶ Se trata aquella vinculada a déficits en la alimentación.

de cabra”. La misma, que incumbe a la medicina popular, se manifiesta como “una mancha oscura arriba de la cola” que da cuenta de la existencia de una “lombriz” o “bicho” que “a medida que va subiendo por el espinazo¹⁷⁷, lo va secando”, “lo chupa por dentro”, pudiendo tener pata de cabra “macho” o “macho y hembra” (menos frecuente pero más grave), pudiéndoles causar la muerte.

Asimismo, hemos registrado la referencia a la pata de cabra en distintos estudios extensivos que hasta la actualidad llevamos a cabo en barrios pobres del Gran La Plata. También es importante mencionar que su aparición como tema de interés en sitios web de organizaciones de distinta índole (esotéricas, religiosas, de salud) ha registrado una creciente presencia desde hace poco más de una década¹⁷⁸, en consonancia con la expansión de los recursos digitales y de la conectividad a internet, dando cuenta de la pregnancia y vitalidad de otras maneras de describir, explicar, diferenciar y clasificar determinada entidad clínico-semiológica.

La “pata de cabra” se acompaña generalmente ya sea de diarrea, vómitos, llanto continuo, nerviosismo, sueño excesivo, arqueo de la espalda, contorsiones etc.

En general, las madres plantean que recurren al curandero para su atención cuando la recuperación se demora más allá de sus expectativas. La identificación de la pata de cabra se da en muchos casos luego de haber resultado ineficaces los tratamientos médicos y en las madres

¹⁷⁷ Este término alude a la columna vertebral.

¹⁷⁸ <http://maferba.blogspot.com.ar/2017/06/pata-de-cabra-en-bebes.html>
<https://www.taringa.net/posts/ciencia-educacion/5660167/Pata-de-cabra-y-Culebrilla-Explicac.html>
<http://www.muñerdivinasweb.com/la-pata-de-cabra-que-es/#LkM6thexCL4rJCgc.99>
<http://esoterismo.innatia.com/c-rituales-proteccion/a-que-es-la-pata-de-cabra-7372.html>
<http://www.carriloboinforma.com.ar/que-es-la-pata-de-cabra-mito-leyenda-o-realidad-o-creencia-popular>
<https://www.planetamama.com.ar/foro/pata-de-cabra-urg-t35146-15.html>
<http://maternidad.enfemenino.com/foro/pata-de-cabra-fd1525638>
<https://ar.answers.yahoo.com/question/index?qid=20070328071829AAwoDwu>
<http://ogum-mege7matinatas.blogspot.com.ar/2009/08/oracion-para-curar-la-pata-de-cabra.html>
<https://espanol.babycenter.com/thread/2793528/se-arquea-la-espaldapata-de-cabra>
<http://www.postubo.com/foro/t/humanidades/esoterico/necesito-informacion-sobre-la-pata-de-cabra/>
<https://espanol.babycenter.com/thread/2085779/reflujo-o-pata-de-cabra>

más escépticas la curiosidad y el afán de pronta recuperación de sus hijos, lleva a la consulta al curandero.

La mayoría admite, con base en los resultados obtenidos con ese tipo de tratamiento, que “hay que creer más allá” de lo que permite la razón. No obstante, en el abandono de ciertos tratamientos alternativos influyen los medios masivos, particularmente en el abandono del suministro de infusiones con yuyos tales como la yerba de pollo, paico, poleo o anís estrellado, en ocasiones sumamente tóxicos e incluso mortales.

Algunas madres no logran precisar la naturaleza de la enfermedad, refiriendo otras que se trata de un “bicho, no sé de donde viene. Sé que está atrás. Nunca le pregunté a la curandera, me da no sé qué” o explicitando los síntomas: “es una mancha violeta en la espalda”, “una mancha atrás, no sé, pero se hace un palito”, “no sé, pero se debilitó enseguida, se echaba para atrás”.

Los tratamientos, llevados a cabo en lapsos que oscilan entre los tres y nueve días (dependiendo de la gravedad del caso), son diversos: consisten en la cura por palabra, imposición de manos, frotamiento con velas, con aceites, realización de cruces en la espalda con tinta china, e indicación de ciertas prescripciones/proscripciones alimentarias. La mayoría reconoce la eficacia de los mismos, siempre paralelos a los de la medicina oficial.

Mirá, éste nació con ese moretón. Recién ahora a la tarde... me van a mandar a un señor que dicen que cura, a ver si tiene la pata de cabra... es de ahí de la esquina es, dicen que el hombre ese cura. Porque no sé, porque el nene mío, el otro, que estaba ahí parado tuvo el macho y la hembra, que así no se me murió, y yo no creía en eso, y una vuelta mi suegra lo llevó, y dice que ya lo tenía por acá el macho, pero estaba a la miseria, no comía, vomitaba todo. No llegó a estar desnutrido porque lo agarramos enseguida, ¿viste?

Entonces como lo empezó a curar, y a medida que lo iba, lo curó, había que ir casi tres días, tres días pero casi dos veces por día... lo llevábamos, y ya, ¿viste?, enseguida, aparte es de comer, no sabés ahora, come, come, y come. No sé cómo lo curaba, yo no lo llevé. Lo llevó mi suegra porque yo no creía. Ese era el drama mío, que entonces yo no creo, ¿viste?, que yo no creo, entonces ella lo lleva...

La señora de la esquina me dijo: “Estela, acá hay un hombre que cura la pata de cabra, a lo mejor tu nene tiene la pata de cabra”.

Sí, le dije: “no sé”, le digo, “porque él está con un antibiótico”, qué sé yo, ¿viste?, yo ya, porque yo no creo mucho... ¿viste?, pero de aquél me acuerdo de que mi suegra lo llevaba, porque yo no creí y sí, se curó, se repuso, largaba unas cosas negras, porque dicen que según dicen ellos que era el bicho, yo no sé... y largaba... sí, si yo lo cambié, eran como unos pedacitos como de cosa, ¿viste?, como carbón... pero ellos dicen que era el bicho... Sí, pero yo no le creo nada.

Sí, bueno, y entonces ahora, ¿viste?, digo bueh, y bueno que vaya, total, algunas veces como madre, ¿viste?, hacés cualquier cosa para que estén mejor... (Estela).

El origen de la pata de cabra es bastante incierto. Las causas mencionadas son heterogéneas pudiendo derivar de un “empacho mal curado”, “envidia”, “daño”, “maldad”, “un virus”, “el contagio a través de la ropa”, “viene de nacimiento”. Pocas informantes adhieren con convicción a alguna de ellas: “No, nunca pregunté... bueno, sí, me dijeron que era un daño. Que era un daño que me habían hecho a mí y lo agarró ella que era... como era más débil ella, le agarró a ella. Así me dijeron... sí, y muchos dicen por envidia” (Juana).

En general, las explicaciones – aunque sean poco convincentes para las madres – poco importan. Esto se debe a que las medidas preventivas son desconocidas o imposibles.

La mayoría distingue claramente la desnutrición de la pata de cabra afirmando que se trata de problemas distintos.

La pata de cabra, a diferencia de la desnutrición, es considerada como un peligro: si bien no se trata de una enfermedad contagiosa, el riesgo directo para la salud de los niños y la imposibilidad de controlar sus causas, funciona como chivo expiatorio sobre el cual descargar las responsabilidades sociales, familiares y la ineficacia de la biomedicina.

Muchas madres establecen una relación causal: la pata de cabra produce desnutrición en la medida que “lo bajó mucho de peso”. Otras plantean que la pata de cabra es “otra cosa”, “no sabría decirte”.

Me parece que una cosa no tiene que ver con la otra. Porque eh... a lo primero no están flacos... con el tiempo se van... a los días sí, que van pasando, a medida que lo vas alimentando al chico, se van... se van quedando flaquitos porque la leche – según dicen – el bicho que

tiene adentro se la va tomando, y ellos van quedando flaquitos. Ahí entonces después sí necesita al médico porque queda tan flaquito que... (Ana).

El “bicho” consume al chico por dentro, produce diarrea y vómitos y su resultado es la pérdida de peso:

Y sí, porque bajan de peso, todo eso los hace bajar de peso... (Lola).

Podría ser de eso, ella se venía chiquita, no crecía. Siempre... tenía siete meses y era una cosa así, y vomitaba, capaz que era de eso ¿viste? parecía que eso le iba trabajando en el estómago... (Cristina).

Todas las madres, soslayando la relevancia de tal distinción, sentencian “hay que creer o reventar”.

“Creer o reventar” resulta el corolario de la experiencia de curación. La relación de estas creencias y prácticas de atención no se presenta, para las madres entrevistadas, contradictoria o conflictiva con la medicina científica, aunque reconocen la tranquilidad que presta el consentimiento del médico sobre la demanda de atención al curandero.

Qué se yo de dónde viene, algunos dicen... como la leyenda, dicen que de dejar la ropa al sereno... no sé y que pasa un bicho y bueno, ya queda... Qué se yo, no sé, nunca pregunté. Yo los llevé a curar, se curaron y bueno. Sí, hay que creer o reventar. Bueh, no sé, a mí me decían que puede ser de que uno va a una casa que hay mucha mala onda, mucha maldad y bueno, les cae a los bebés, le cae... como ser él nació, con... o sea él tenía una mancha. Tiene la mancha y bueno, él nació así. Entonces algunos dicen una cosa, otros dicen otra (Mónica).

Otras ironizan sobre las explicaciones recibidas. No comprenden por qué se recurre a razones tan inverosímiles como lo son el contagio de la ropa caída en el suelo, pudiendo apelar a los tan difundidos, conocidos, aceptados y omnipresentes “virus”:

La verdad que no sé de qué viene. Hay gente, no, hay gente, dicen que cuando por ahí te cae una ropa al suelo, pasa un bicho o algo y ya uno se lo pone sin que se dé cuenta, dicen. Y ya le agarra, le agarra que ponele que pase una víbora, dicen, y ya se agarró una enfermedad. “Yo no entiendo esa metáfora de ustedes”, le digo... “de al caerse una ropa que te agarrás un bicho...”

Le digo, “al virus si lo agarrás, lo vas a agarrar con... adonde sea”, le digo...

Por ahí empezás a estornudar, y ya te viene, ya dicen, “Ahí está el virus de la gripe...”

Si tuviste una gripe, o si estás, le digo, con un dolor de panza, estás con diarrea, ya está, te agarró el virus de la diarrea... para todo hay un virus, le digo... vos no precisás que se caiga la ropa, le digo... o como ahora está el, éste de la, de conjuntivitis (Camila).

El paradigma y la racionalidad de la medicina científica occidental o biomedicina en su proceso de institucionalización, subordinó progresivamente a los otros sistemas de atención, deslegitimando prácticas ajenas a su dominio, no obstante nutrirse recíprocamente con sus saberes.

La “pata de cabra” es un buen ejemplo para hacer visible las formas de asistencia híbridas que resultan de una síntesis de saberes, por cierto ecléctica, alimentada por biomédicos, las medicinas alternativas, las creencias religiosas y recomendaciones de pares.

Conclusiones

La jurisdicción que la medicina ha establecido se extiende mucho más allá de su capacidad demostrable para curar (FRIEDSON, 1978). Podríamos afirmar que, de la mano de la desnutrición y de tantos otros problemas de salud de origen social, la concepción y constatación de una causalidad estructural constituye una guía para distinguir cuándo el acto médico se transforma en un acto medicalizado (MENÉNDEZ, 1990). La carencia de un saber teórico y técnico específico para explicar y dar soluciones a determinados problemas prioritarios, no anula la orientación biologicista, aun cuando muestra limitaciones evidentes. En tal sentido, las condiciones para que la medicina resulte eficaz son también las razones de sus límites. El haber apostado a la eficacia técnica le impide asociarla a eficacias y funciones de otro orden.

No obstante, la alimentación ha sido medicalizada y este proceso se presenta como un fenómeno paradójico ya que involucra un distanciamiento de los saberes y prácticas no científicas, al tiempo que implica y requiere que el saber científico resulte inteligible a los “legos”, en

el marco de una situación subordinada de los mismos estructurada en torno a saber/no saber.

Los “legos” comparten la visión hegemónica respecto de la alimentación/nutrición/desnutrición sustentándola como “cómplices”, pero también resignificando o impugnando ese saber.

Tal como se ha planteado, en las causas de la desnutrición de sus hijos, aquellas de naturaleza social se diluyen en el terreno de lo individual o de lo familiar, de tal modo que las condiciones de vida que están en la base de la desnutrición desaparecen del argumento causal. Varias son las entrevistadas cuyas apreciaciones reflejan la transmisión de la perspectiva del sistema sanitario, a través de quienes lo personifican y tratan la desnutrición de sus hijos: médicos, enfermeras, asistentes sociales. Lo que se rechaza – si no es la presencia de la desnutrición infantil – es la causalidad social de la misma.

Los discursos predominantes para caracterizar a la desnutrición ponen el acento en desórdenes biológicos individuales causados por un agente externo: parásitos, infecciones, o en la familia – y básicamente en la madre – ya sea por malos hábitos, descuido, desinterés etc. Tal como aparece en los discursos de muchas madres entrevistadas, la maternidad en situaciones de pobreza extrema se ubica en un lugar próximo al “instinto de supervivencia” de la especie y el consumo de alimentos como una finalidad natural de todo ser vivo: el gobierno de la necesidad orgánica y la naturalidad del impulso materno a satisfacerla cobran fuerza: “una si es madre, siempre consigue algo”, “uno siempre se la puede rebuscar para que no falte comida”.

La idea de culpa está presente en mayor o menor grado en todas las mujeres. La idea de culpa, del enfermo (su madre, su familia) como sujeto transgresor, se representa siempre de diversas formas diluyendo los condicionamientos y las presiones que determinan estilos de vida. Las acusaciones dirigidas sólo a los individuos muestran cómo la relación entre enfermedad y culpa reaparece continuamente y está enraizada en el ánimo popular.

El reconocimiento, por parte de las madres de la desnutrición de sus hijos queda relegado en el discurso, mencionándola como un epi-

sodio eventual en la historia familiar derivada de un desorden orgánico que “lo tiró abajo” y enfatizando además que se trata de “ella nomás”.

Además, tal como lo señalan otros estudios, los sectores populares presentan una tendencia a negarse como enfermos hasta tanto la señal corporal adquiera cierta intensidad (BOLTANSKI, 1976), hecho que se registra con fuerza en los adultos.

En la identificación de las enfermedades, aunque a menudo se perciben síntomas singulares, no ocurre la síntesis de diagnóstico que lleva a la búsqueda de una terapia, o de medidas que impidan su agudización.

Ese comportamiento, para el caso particular de la desnutrición, se ve acentuado: sus características permiten su encubrimiento hasta que no aparezcan signos agudos (diarrea, fiebre, vómitos). Mientras tanto, suele estar enmascarada bajo un criterio de normalidad que se expresa en respuestas del tipo, “ya es así”, “son menuditos”, “le cuesta aumentar” etc.

Son minoritarios los casos en los cuales la demanda se relaciona específicamente con el control de peso. Esta actitud debe comprenderse en función de la apreciación que tienen las madres del sistema de salud y de su incumbencia y/o eficacia en la prevención/tratamiento de la desnutrición. Apreciación que refleja, por otro lado, el modelo instrumental que desarrollan los médicos en su práctica asistencial: el médico centra su atención en la enfermedad infecciosa y/o parasitaria frente a la cual se siente capacitado y hacia la cual la industria farmacéutica y la infraestructura sanitaria brindan soluciones eficaces. Muchas veces, ése es el registro y esa la información diagnóstica y terapéutica que brindan a las madres en la consulta.

La conjunción de los elementos arriba planteados dificulta la visión de la desnutrición como patología social y empujan en dirección de la búsqueda de soluciones alternativas. La ineficacia de la biomedicina pareciera dar paso a representaciones que apelan a un agente patógeno (“el bicho”, “la lombriz”, “un virus”) y a un signo (mancha oscura en la zona del sacro) para explicar el problema de salud. Esta anatomía y fisiología popular así como los tratamientos correlativos, diversos – y

muchos con efectos iatrogénicos – dan cuenta de que las intervenciones de la biomedicina se ejercen con resistencias y contradicciones. La “pata de cabra” aparece como una conceptualización popular referida casi siempre al niño desnutrido que elimina toda impronta de responsabilidad a la madre o a la familia.

La medicina popular representa un elemento de integración y validación de la identidad y es una práctica de atención alternativa presente en mayor o menor medida en todos los sectores sociales. Particularmente dentro de los sectores pobres constituye una fuente de recursos, legitimados dentro del ámbito social en el que se originan, circulan, se aceptan y funcionan los diagnósticos y tratamientos considerados “profanos”, los cuales han sido subalternizados mediante la exclusión jurídica e ideológica por parte del discurso y la práctica médica hegemónica.

Las prácticas de atención – científicas y populares – no constituyen dos órdenes opuestos y escindidos. La apelación a la medicina popular, usada recurrentemente por las madres para tratar a su niño flaco, débil o desnutrido por “pata de cabra” amplía la cobertura de atención y propende a resolver padecimientos por fuera del sistema oficial. Dichas prácticas de atención no obedecen solamente a la falta de recursos formales de salud, a restricciones económicas o a limitaciones o ineficacia de la medicina científica. Responden también a una decisión tomada por la madre u otro pariente cercano compartida y avalada por el grupo social de pertenencia basada en la convicción de la existencia de tal entidad. Los vaivenes diagnósticos y terapéuticos son, desde la perspectiva de las madres, compatibles; sólo son cuestionables desde la racionalidad médica. Ese campo de autonomía y autodeterminación incuestionable de las prácticas “legas” que el saber médico no logra cooptar, en tanto representa el reverso de lo oficial, de la legalidad, de la norma, es objeto de ocultamiento, negación, indiferencia, estigmatización o negociación.

Su existencia no debe oscurecer la evidencia de que, pese a su utilización, los problemas de salud se resuelven mayoritariamente dentro del sector médico oficial y que su saber, ya sea simplificado o es-

quematizado, se halla incorporado en el acervo de conocimiento de sentido común y en las prácticas cotidianas de atención a la salud de todos los sectores sociales: tal es la clave de la medicalización y de la vigencia de la biomedicina. Se ha visto su influencia en la valoración de la alimentación, sobre la cual la práctica médica desempeña un papel decisivo en la definición de sus modalidades y contenidos.

Pero con relación a los tratamientos, observamos que la biomedicina pierde univocidad como “el” modelo de referencia, no solo para los sectores subalternos ni para los países subdesarrollados. El desencanto por ciertos efectos del progreso científico y tecnológico en el campo de la salud, la insatisfacción de la población con una medicina que se percibe poco eficaz para resolver los problemas crónicos de salud y que desatiende sus efectos en la vida de las personas y sus familias, promueven en las últimas dos décadas del siglo pasado, el resurgimiento de medicinas “tradicionales” y la proliferación de nuevos terapeutas que compiten en el mercado de la salud. En la mayoría de los países occidentales, especialmente en los centros urbanos más cosmopolitas, se afianzan las formas más diversas de medicinas alternativas, cuyo reconocimiento está subordinado al de la medicina biomédica convencional. Así, encontramos a disidentes o heterodoxos de la biomedicina, herboristerías de todo tipo, elementos o instrumentos comerciales de prevención, promoción o cura mágica, formas renovadas de sanadores y de organizaciones religiosas dirigidas a desempeñar funciones de reforzamiento psíquico y resocialización, técnicas orientales de prevención o terapia – como el yoga, la acupuntura, el shia-tzu, el feng-shui etc. En general, se trata de modelos holísticos refractarios a las terapias no naturales y agresivas, que se basan en relaciones interpersonales empáticas que dan paso a los estados emotivos, a las vivencias y a los estilos de vidas como factores patógenos o como factores de defensa o de auténtica terapia. Este fenómeno, desde ya no ajeno a la globalización y a las migraciones, se acompaña de la proliferación de grupos de autoayuda, de movimientos ecologistas, sanitarios etc. y en general de actitudes que expresan la revalorización de la naturaleza y del ambiente, la nostalgia por la vida folk, rechazo a las bases del desarrollo de la

civilización moderna en occidente (la razón, la ciencia, la tecnología, la industria, el progreso) como garantes del bienestar.

Con relación a las medicinas alternativas, cabrían intensificarse los estudios sobre estas terapias, sus eficacias y sus resultados (HERSCH-MARTÍNEZ, 2013; MENÉNDEZ, 2008). No queremos extraviarnos en la fascinación o contemplación de costumbres exóticas y tampoco permanecer como outsiders asumiendo neutralidad valorativa o sin más considerar que “como son distintos los perdonamos”.

Respecto de la biomedicina, se evidencian dos tendencias simultáneas a las que debemos prestar atención. Por un lado, la hiperespecialización, la creciente biologización, fragmentación de saberes y desarrollos tecnológicos (en los niveles bioquímico, molecular, genético), hacen prever una mayor polarización entre sectores que puedan acceder a tales desarrollos. Por otro, remozadas propuestas en el terreno de la salud pública que apelan a la participación social, a los cambios de conducta y a los estilos de vida, planteadas en un contexto de expansión del mercado de la salud, de su encarecimiento y de las necesidades del Estado de contraer sus prestaciones o servicios. Y todo ello en un contexto en el que la pobreza se acrecienta al igual que la desigualdad. En definitiva, se trata de advertir sobre el riesgo de que persista o se profundice la individualización de responsabilidades.

Referências

BOLTANSKI, L. **Los usos sociales del cuerpo**. Barcelona: Ed. Laia, 1976.

BONET, O. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. **Physis – Rev. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 123-150, 1999.

CAPONI, S. Lo normal como categoría sociológica. **XX World Congress of Philosophy**, 1998. Disponível em: <https://www.bu.edu/wcp/Papers/Soci/SociCapS.htm>. Acesso em: 1 mar. 2017.

CONRAD, P. Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. In INGLEBY, D. (Ed.). **Psiquiatría crítica**. La política de la salud mental. Barcelona: Grijalbo, 1982, p. 129-154.

ESCRIBANO, X. Fenomenología y antropología de la corporalidad en Bernhard Waldenfels. **Ética & Política**, v. 13, n. 1, p. 86-98, 2011.

FRIEDSON, E. **La profesión médica**. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Ed. Península, 1978.

HARO ENCINAS, J. A. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. In PERDIGUERO, E.; COMELLES, J. M. (Eds.). **Medicina y cultura**. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2000. p. 101-161.

HERSCH-MARTÍNEZ, P. Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. **Salud Pública de México**, v. 55, n. 5, 2013.

IBÁÑEZ NOVIÓN, M. **El concepto de Farmacia doméstica y sus implicaciones en el estudio de sistemas de cuidados de salud**. Trabajo presentado en II Congreso de Antropología Social. Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional de Buenos Aires. Ciudad de Buenos Aires, 1986.

LE BRETON, D. **Antropología del cuerpo y modernidad**. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión, 1995.

MENÉNDEZ, E. Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. **Nueva antropología**, v. 7, n. 28, p. 11-27, 1985.

MENÉNDEZ, E. Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos: apuntes para una Antropología Médica crítica. **Nueva Antropología**, v. 6, n. 23, p. 71-102, 1984.

MENÉNDEZ, E. El modelo médico y la salud de los trabajadores. In BASAGLIA, F. (Comp.). **La salud de los trabajadores**. México: Editorial Nueva Imagen, 1978. p. 11-51.

MENÉNDEZ, E. Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. **Región y sociedad**, v. 20, n. 2, 2008.

MENÉNDEZ, E. **Morir de alcohol**. Saber y hegemonía médica. México: Alianza Editorial Mexicana, 1990.

ORTALE, M. S. Condiciones de vida y nutrición infantil. Estudio comparativo de hogares pobres urbanos del Gran La Plata: 1995-2005. In

CASSARIN, M. (Coord.). **Primer número de la serie Posdoctorado del Centro de Estudios Avanzados Programa Multidisciplinario de Formación Continua para Doctores en Ciencias Sociales, Ciencias de la Comunicación, Humanidades y Artes.** Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba, 2008.

ORTALE, M. S. El lugar de la cultura en las interpretaciones e intervenciones en salud. Diálogo entre la Antropología y la Medicina. *In* REICHENBACH, J. (Coord.). **Pediatría en Red 2.** Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2017, p. 116-120.

ORTALE, M. S. **Prácticas y representaciones sobre desnutrición infantil de causa primaria en familias pobres urbanas del Gran La Plata.** 2003. 406 f. Tese (Doutorado en Ciências Naturais)—Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata. La Plata, 2003. Disponível em: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/4585>. Acesso em: 1 mar. 2017.

ORTALE, M. S. Saber médico y desnutrición infantil en el Gran La Plata. *In* BARONE, M.; SCHIAVONI, L. (Comp.). **Efectos de las políticas de ajuste en la década del '90.** Misiones: Editorial de la Universidad Nacional de Misiones y Secretaria de Cultura de la Provincia de Misiones, 2005.