



Determinación social de la alimentación y del estado nutricional de preescolares Qom de Formosa

Sofía Irene Olmedo.

Tesis (Doctora en Ciencias de la Salud)--Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas, 2020.

Aprobada: 5 de junio de 2020

Este documento está disponible para su consulta y descarga en RDU (Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Córdoba). El mismo almacena, organiza, preserva, provee acceso libre y da visibilidad a nivel nacional e internacional a la producción científica, académica y cultural en formato digital, generada por los miembros de la Universidad Nacional de Córdoba. Para más información, visite el sitio <https://rdu.unc.edu.ar/>

Esta iniciativa está a cargo de la OCA (Oficina de Conocimiento Abierto), conjuntamente con la colaboración de la Prosecretaría de Informática de la Universidad Nacional de Córdoba y los Nodos OCA. Para más información, visite el sitio <http://oca.unc.edu.ar/>



Determinación social de la alimentación y del estado nutricional de preescolares Qom de Formosa por Sofía Irene Olmedo se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional,



UNC



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas

Centro de Investigaciones sobre Cultura y Sociedad (CIECS)

Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Depto. p. cátedra.
Córdoba. Argentina

**DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA ALIMENTACIÓN Y DEL ESTADO NUTRICIONAL
DE PREESCOLARES QOM DE FORMOSA**

Tesis para optar por el título de: Doctora en Ciencias de la Salud

Autora: OLMEDO, SOFIA IRENE

Correo electrónico: olmedo2013@gmail.com

Directora: VALEGGIA, Claudia

Codirectora: BERRA, Silvina

Fecha: 05 de junio 2020



Esta obra está bajo [licencia de Creative Commons Atribución No Comercial- Sin Derivar 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Comisión de Seguimiento

Dra. Silvina Berra

Dra. Laura Moreno

Dra. Juliana Huergo

Muchas de las cosas que nosotros necesitamos pueden esperar, los niños no pueden, ahora es el momento, sus huesos están en formación, su sangre también lo está y sus sentidos se están desarrollando, a él nosotros no podemos contestarle mañana, su nombre es hoy (Gabriela Mistral)

Dedicado a todos los niños y niñas, que crezcan con todos sus derechos asegurados, independientemente de su lugar de origen.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mis padres por su apoyo, educarme con libertad y ejemplo de trabajo.

A mis hermanos, por compartir la vida.

A mis amigas, de todas partes, por su tiempo, su motivación, su escucha en todo este recorrido.

A mis compañeras del CIECS y del CIESS, sobre todo Julieta Lavin Fueyo, Emilse Degoy, Dolores Román y Verónica Mamondi por su complicidad, compañerismo, el cariño incondicional.

A mi amiga y compañera Alba García de la Chica por su tiempo, su comprensión y sus consejos.

A la comunidad de Namqom, en especial a cada madre que me brindó su tiempo, sus pensamientos y por abrirme las puertas a su mundo.

A Lisandra Mancilla y Celeste Almirón por su ayuda, compromiso y compañerismo.

A Claudia Vallengia, por ser una gran maestra, incondicional, ejemplo y hermosa persona.

A Silvina Berra, por su tiempo, confianza, enseñanzas y ejemplo.

A todas mis compañeros y profesores que me motivaron en este proceso de formación de la Universidad Nacional de Córdoba y Universidad Autónoma de Madrid.

Por último, agradezco a la vida por la oportunidad de hacer este recorrido, ¡que me deja buenos recuerdos, grandes aprendizajes y hermosas personas...!

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El estado nutricional, especialmente en la infancia, se encuentra estrechamente relacionado con las condiciones ambientales en las cuales se desarrollan los niños y las niñas. A nivel mundial, la malnutrición afecta particularmente a niños y niñas menores de 5 años. Para estudiar la alimentación y el estado nutricional de los preescolares teniendo en cuenta las características que forman parte de su vida y contexto, se utiliza un modelo ecológico que aborda no sólo las características individuales sino también las familiares, culturales y estructurales. Además, se recurre a la impronta de la salud colectiva como perspectiva que permite acercarse a la comprensión socio-biológico-histórico-territorial de la salud-enfermedad y se basa en la construcción integral del objeto de la salud. Las comunidades originarias Qom han atravesado por un proceso de occidentalización caracterizado por cambios en las prácticas tradicionales de subsistencia, con participación progresiva en la economía de mercado, y un aumento de la urbanización con pérdida de la cosmovisión originaria sobre la salud y la naturaleza. Nos propusimos realizar este trabajo con la intención de evaluar si estos cambios han impactado en la alimentación y estado nutricional de los miembros de la comunidad Qom, así como su asociación con posibles determinantes sociales y espaciales ocurridos en los últimos años.

OBJETIVO: Analizar la determinación social de la alimentación y del estado nutricional en niños y niñas de 2 a 5 años de la etnia Qom en Formosa Capital durante el periodo 2016-2018.

POBLACIÓN Y METODOS: Se utilizó un diseño observacional, analítico y transversal. Se incluyeron 160 niños/as de la etnia Qom de 2 a 5 años residentes en Formosa capital. Se realizaron tres recordatorios de 24 hs a las madres utilizando un Atlas de alimentos. Además, se utilizó el listado libre para la explorar la significación de los términos “alimentación” y “cuerpo saludable”. Para el análisis estadístico, se utilizaron test multivariados (regresión logística/método *forward*): exceso de peso/retraso en el crecimiento por sexo, alfabetización materna, diabetes en el embarazo/peso al nacer y área geográfica dentro del barrio Namqom (Modelo 1) o nivel socioeconómico (Modelo 2). Así mismo, se determinó el estado nutricional, el cuerpo percibido y deseado según área geográfica dentro del barrio. Para identificar los roles de género se realizó un análisis

de contenido de las notas de campo y entrevistas, teniendo en cuenta el rol reproductivo, productivo y de gestión comunitaria.

RESULTADOS: Los alimentos de mayor consumo referidos, en general, fueron el pan, la leche, la torta frita, el guiso y la sopa. También aparecieron preparaciones típicas como aloja, sustancia y *moloq*. La obtención de alimentos se realiza mediante la compra en el supermercado, el “cirujeo”, el acceso a los comedores comunitarios, la recepción de la caja de alimentos del Estado, la comensalidad extendida y el pedido de comida en la calle. Los alimentos considerados por las madres como buenos para los/as preescolares fueron la leche y el arroz. Para las madres de varones, la palabra alimentación significa *fuera*, mientras que, para las niñas, la palabra alimentación se relaciona con el crecimiento. Se observó la mayor proporción de niños y niñas con exceso de peso en el área de viviendas nuevas- Área 2 (41%, OR= 2,58; IC 95% 1,08-6,19), mientras que en el área de casas tradicionales (Área 3) se observó la mayor prevalencia de talla baja (26%, OR= 4,17; IC 95% 1,04-21,21). Es decir, que en el área con mejores recursos materiales los/as preescolares presentaron malnutrición por exceso y viceversa. Para las madres Qom, un cuerpo sano significa un cuerpo con sobrepeso. En general, las madres perciben a sus hijos/as como de peso normal o bajo y tienen un ideal ligado al sobrepeso. En la cultura Qom, las mujeres cumplen un rol reproductivo, productivo y de gestión comunitaria, mientras que los hombres cumplen un rol productivo.

CONCLUSION: En nuestro estudio, los/as preescolares consumen alimentos de alta densidad calórica, ricos en grasas e hidratos de carbono y económicamente accesibles. La malnutrición de los/as preescolares Qom residentes el barrio Namqom de Formosa sigue un patrón determinado por la segregación espacial dentro del barrio. Las diferencias en la significación de la alimentación como sinónimo de fuerza para los varones y de crecimiento para las niñas se corresponde con los roles de género productivo y reproductivo, respectivamente. Un cuerpo sano es un cuerpo con sobrepeso, por ende, las madres subestiman el estado nutricional y tienen un ideal corporal hacia el exceso de peso.

PALABRAS CLAVES: alimentación, malnutrición, segregación espacial, preescolares, pueblos originarios.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Nutritional status, especially in childhood, is closely related to the environmental conditions in which boys and girls develop. Globally, malnutrition affects children under 5 years old. In order to study the nutritional status and feeding patterns of Qom preschoolers in the context in which they grow, we used an ecological model. This model addresses not only individual characteristics but also family, cultural characteristics and structural variables. In addition, the concept of collective health is used as a perspective that allows us to approach the socio-biological-historical-territorial understanding of health-disease, based on the integral construction of the object of health. The original Qom communities have gone through a process of westernization characterized by changes in traditional subsistence practices, with progressive participation in market economy, increasing urbanization, with loss of the worldview on health and nature. We set out to carry out this work with the intention of evaluating whether these changes have impacted food consumption and the nutritional status of the members of the Qom community, as well as their association with changes in social and spatial determinants happening in recent years.

OBJECTIVE: To analyze the social determination of food consumption and nutritional status in boys and girls from 2 to 5 years old of the Qom ethnic group in Formosa Capital since 2016 to 2018.

METHODS: This was across-sectional observational and analytical study conducted with 160 Qom children 2 to 5 years old in Barrio Namqom of the city of Formosa. We carried out three 24-h recalls using a food Atlas. In addition, we used the free listing technique for assessing the meaning of "feeding" and "healthy body". We conducted multivariate analyses (logistic regression/ forward method): excess weight/stunting by sex, maternal literacy, diabetes in pregnancy/birth weight and geographic area (Model 1) or socioeconomic level (Model 2). The children nutritional status and the perceptions of real and desired body were analyzed according to neighborhood's geographical area. In order to identify the gender roles, an analysis of the content of the field notes and interviews was carried out to determine reproductive and, productive roles and social roles within the community.

RESULTS: The most frequently consumed foods were milk, white bread, fried dough, stew and soup. Typical preparations such as *aloja*, *substance* and *moloq* were also recorded. Family food was acquired by shopping at the supermarket, scavenging in the dumpster, community kitchens, food boxes provided by the government, extended sharing of food with relatives and neighbors and begging food in the street. Food items considered good for preschoolers were milk and rice. For mothers of boys, feeding is associated with *strength*, while for mothers of girls, feeding means growth. A healthy body is associated with a body with overweight. Mothers perceive their children as normal or underweight, and have an ideal linked to being overweight. The highest prevalence of overweight was observed in the area of new social houses (Area 2 - 41%, OR = 2.58), while low height for age was most prevalent in the area of traditional houses (Area 3 -26%, OR = 4.17). That is, in the neighborhood area with better access to material resources, preschoolers presented malnutrition by excess and vice versa. Women fulfill a reproductive, productive, and community participation role. Males play mostly a productive role.

CONCLUSION: Preschoolers consume calorie-dense, industrialized foods, which are economically accessible. The differences in the meaning of feeding for growing boys and girls are related to gender roles in the community. Malnutrition is determined by spatial segregation within the barrio. A healthy body is an overweight body; therefore, mothers underestimate the nutritional status, and have a bodily ideal towards excess weight.

KEY WORDS: feeding, malnutrition, spatial segregation, preschoolers, indigenous peoples.

INDICE

RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	5
LISTADO DE FIGURAS	9
LISTADO DE TABLAS.....	9
INTRODUCCIÓN	11
CAPITULO I: Marco Teórico	16
I.1 Antecedentes de trabajos realizados en Namqom.....	16
I.2 Alimentación en comunidades indígenas y en contexto de carencia	19
I.3 Malnutrición: exceso de peso y baja talla en preescolares	21
I.4 Cuidadoras: significación de la alimentación y percepción del cuerpo infantil.....	25
I.5 Roles de género en el proceso alimentario	27
I.6 Namqom: historia, territorio y características.....	29
I.7. Salud y segregación espacial	35
I.8 Determinación social de la alimentación y del estado nutricional.....	38
I.9 Hipótesis	40
I.10 Objetivo general y específicos	41
CAPITULO II: Materiales y Métodos	42
II.1 Diseño de la investigación.....	42
II.2 Ámbito, población y muestra	42
II.3 Variables.....	43
II.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	49
II.5 Análisis de datos.....	53
CAPITULO III: Resultados	57

III.1 Descripción de la muestra	57
III.2 Estado nutricional de preescolares	60
III.3 Características alimentarias de preescolares Qom	67
III.4 Asociación entre la alimentación y el estado nutricional de preescolares Qom.....	72
III.5 Pautas culturales para la significación de la alimentación y “cuerpo sano” en preescolares	74
III.6 Percepción de la imagen corporal	77
III.7 Espiritualidad y salud.....	80
III. 8 Aproximación a los roles de género de los Qom	81
CAPÍTULO IV: Discusión	82
IV.1 Notas sobre mi posicionalidad al realizar esta investigación.....	82
IV.2 Reflexión acerca de la alimentación de niños/as de una comunidad	85
IV.2.1 Tácticas de obtención de alimentos	85
IV.2.2 ¿Qué comen los preescolares Qom?	88
IV.2.3 Segregación espacial de la alimentación en Namqom	91
IV.2.4 ¿Qué significa la alimentación para las cuidadoras de los preescolares?	93
IV.3 Malnutrición en preescolares Qom	95
IV.3.1 ¿La malnutrición de preescolares Qom como resultado de desigualdades sociales?	96
IV.3.2 ¿Qué significa cuerpo saludable para las cuidadoras de los preescolares?	99
IV.3.3 El rol femenino y el estado nutricional de los preescolares	102
IV. 4 Determinación social del estado nutricional y alimentación de preescolares Qom	104
IV. 5 Limitaciones y señalamientos para futuras investigaciones y reflexiones finales	108
CAPÍTULO V: Conclusiones	110
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	112
ANEXOS	125

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Modelo ecológico del estado nutricional.....	16
Figura 2. Mapa de la región del Gran Chaco.....	34
Figura 3. Mapa de Namqom y sus principales características.....	35
Figura 4. Panel de siluetas.....	53
Figura 5. Estado nutricional según área geográfica de Namqom.....	62
Figura 6. Talla-edad según área geográfica de Namqom.....	62
Figura 7. Alimentos y preparaciones consumidas por los preescolares qom (%).....	69
Figura 8. Frecuencia diaria de consumo de alimentos según el nivel socioeconómico de los preescolares	72
Figura 9. Alimentos y preparaciones consumidos por los preescolares según área geográfica.....	73
Figura 10. Estado nutricional relacionado con la duración de la lactancia materna de los preescolares.....	74
Figura 11. Porcentajes de consumo de alimentos según el estado nutricional.....	74
Figura 12. Estado nutricional por IMC/edad, percepción del cuerpo actual e ideal de preescolares de Namqom.....	79
Figura 13. Estado nutricional por IMC/edad, percepción del cuerpo actual e ideal de preescolares del área 1 de Namqom.....	80
Figura 14. Estado nutricional por IMC/edad, percepción del cuerpo actual e ideal de preescolares del área 2 de Namqom.....	80
Figura 15. Estado nutricional por IMC/edad, percepción del cuerpo actual e ideal de preescolares del área 3 de Namqom.....	81
Figura 16. Modelo ecológico del exceso de peso y talla baja de preescolares Qom...108	

LISTADO DE TABLAS

Tabla I. Recursos materiales de los hogares según clasificación del nivel socioeconómico relativo.....	48
Tabla II. Características socioeconómicas, prenatales y nutricionales de preescolares por sexo.....	59

Tabla III. Características socioeconómicas, prenatales y nutricionales de preescolares por área geográfica.....	60
Tabla IV. Exceso de peso de preescolares por sexo, características socioeconómicas y nutricionales según área geográfica (Modelo 1) y nivel socioeconómico (Modelo 2)...	64
Tabla V. Baja talla de preescolares por sexo, características socioeconómicas y nutricionales según área geográfica (Modelo 1) y nivel socioeconómico (Modelo 2)...	66
Tabla VI. Frecuencia de consumo diario de alimentos según el sexo de los preescolares.....	70
Tabla VII. Estado nutricional relacionado con la duración de la lactancia materna de los preescolares.....	73

INTRODUCCIÓN

Esta Tesis del Doctorado en Ciencias de la Salud se realizó en una pequeña comunidad originaria situada en la periferia de la ciudad de Formosa, denominada Namqom. A lo largo de su desarrollo se estudia la determinación social de la alimentación y del estado nutricional desde su concepción como procesos sociales, donde a través de un trabajo de campo de dos años se participó en parte de la cotidianidad de las familias, actividades comunitarias y encuentros religiosos (cultos evangelistas/sincréticos). Teniendo en cuenta esta información, se utilizó un modelo ecológico que estudia la salud considerando el nicho ecológico¹ en el que se desarrolla una persona. A partir de este modelo se aborda la alimentación y el estado nutricional según la segregación espacial junto a un conjunto de características que forman parte de la vida y contexto en el que crecen los/as preescolares (Figura 1).

Por su parte, la determinación social de la salud presenta una “perspectiva que implica una relación entre lo biológico y lo social en donde se identifica distintas formas y jerarquías de la determinación de los procesos de salud y enfermedad para comprender la dialéctica de lo humano y la génesis de las desigualdades e inequidades” (Breilh, 2010a). Dentro de su conceptualización, el proceso de determinación social pone énfasis en el territorio valorizado por un grupo social dentro del cual se aseguran la reproducción y la satisfacción de sus necesidades vitales (Giménez, 2001). Sin embargo, un abordaje completo de un estado de salud implica, además de la construcción del espacio en donde se desarrolla determinado grupo, otros aspectos que hacen a la salud. En este punto, desde la perspectiva de la determinación social de la salud se aborda la alimentación y el estado nutricional de preescolares Qom dentro del campo de la salud colectiva que permite acercarse a la comprensión socio-biológico-histórico-territorial de la salud-enfermedad. Este paradigma de salud colectiva se basa en la construcción integral del objeto de la salud (Breilh, 2010b).

Una de las situaciones que condiciona el espacio -contexto- en el que se desarrolla una persona es la pobreza. Cuando estas condiciones de pobreza se perpetúan a través de

¹ El nicho ecológico incluye no solo el contexto inmediato en el cual se desarrolla una persona sino también los contextos en el que se sitúa ese contexto (Davison & Birch, 2008)

las generaciones, se produce un modelo socio-biológico de estructura sobre las comunidades y sobre los segmentos más vulnerables –niños, niñas y madres jóvenes- con consecuencias a largo plazo (CEPAL & UNICEF, 2010). Si se pone el foco en la situación de los niños y niñas indígenas de América Latina, las estadísticas reflejan vulnerabilidad y pobreza; de acuerdo a las referencias más del 80% de ellos/as no tienen una vivienda adecuada (UNICEF, 2012).

El estado nutricional, especialmente en la infancia, está estrechamente relacionado con las condiciones ambientales en las cuales se desarrollan los niños y las niñas. A nivel mundial, la malnutrición² afecta a niños y niñas menores de 5 años (Organización Mundial de la Salud, 2017c). Por una parte, la desnutrición se da mayoritariamente en casas donde no hay agua potable adecuada e instalaciones básicas de saneamiento. Estas condiciones aumentan el riesgo de enfermedades infecciosas (diarrea y parásitos) y crean un círculo vicioso (CEPAL, 2018; UNICEF, 2015). Resulta, entonces, que la probabilidad de que un niño o niña indígena esté desnutrido/a es 4 veces mayor que la de un niño o niña no indígena (CEPAL & UNICEF, 2006). Por otra parte, la malnutrición por exceso también se desarrolla en aquellos contextos donde los recursos disponibles son escasos, por ejemplo, en Paraguay, tanto el sobrepeso como la obesidad se presentó en niños/as indígenas Mbya Guaraní y Aché menores de 5 años, quienes viven en condiciones de extrema pobreza (Echagüe, et al., 2016).

En Argentina, las condiciones nutricionales desfavorables más prevalentes en niños/as de 6 a 72 meses de edad son la baja talla para la edad y la obesidad (Ministerio de Salud de Argentina, 2007). Así mismo, el patrón de baja estatura y exceso de peso son relativamente frecuentes en las poblaciones latinoamericanas, especialmente en las desfavorecidas socioeconómicamente. En el país, el 49,5% de los niños y niñas indígenas no tienen una vivienda adecuada (UNICEF, 2012) y la prevalencia de retraso del crecimiento es del 8% (IC 95%, 7,0-9,2). Mientras que la prevalencia de obesidad infantiles del 10% (Ministerio de Salud de la Nación, 2013). Las cifras de baja talla aumentan cuando se pone el foco en la provincia de Formosa, en la cual se encuentra una de las tasas más altas de población indígena que sufre desigualdad social y económica,

² Por malnutrición se entiende las carencias, los excesos o los desequilibrios de la ingesta de energía y/o nutrientes (Organización Mundial de la Salud, 2016)

encontrándose una prevalencia del 11,2% para niños/as menores de 6 años (IC 95%, 8,2-15,2). En caso de la obesidad, la cifra es casi similar a la prevalencia nacional reflejando un 9,2% de obesidad para los niños/as formoseños del mismo rango de edad (Ministerio de Salud de Argentina, 2007).

Retomando el lugar de desarrollo de esta tesis, Namqom es una comunidad de la etnia Qom ubicada a 11 km de la ciudad capital de Formosa. Los Qom son uno de los tres grupos étnicos principales nativos de la región del Chaco de América del Sur (UNICEF, 2011). Ellos/as han sido descriptos tradicionalmente como cazadores-recolectores nómades o seminómades (Braunstein & Miller, 2013). En mayor o menor medida, las comunidades Qom han pasado por un proceso de occidentalización caracterizado por un cambio en las prácticas tradicionales de subsistencia a la participación en la economía de mercado y un aumento de la urbanización (Lagranja, Valeggia & Navarro, 2014). Algunas comunidades, como Namqom, tuvieron que cambiar sus hábitos alimenticios pasando de consumir alimentos regionales preparados por ellos a alimentos procesados con aditivos (Molano-Tobar & Molano-Tobar, 2017).

Además de evaluar la alimentación y el estado nutricional en la edad preescolar, esta tesis describe ambos procesos teniendo en cuenta su asociación con la segregación espacial³ explícita en la comunidad de Namqom. Tener una mirada sobre la configuración territorial posibilita descentrar el análisis de los factores biológicos, físicos y químicos del ambiente para priorizar una comprensión de los modos de hacer salud, enfermar y morir como procesos sociales que se asientan en los lugares donde se construye la vida (Molina Jaramillo, 2018). No obstante, la existencia de estos estudios e investigaciones -ricos en términos teóricos y empíricos- donde se refleja al objeto de investigación como un todo integrado, aún cuenta con ciertos vacíos de conocimiento. Por ende, como se explicó anteriormente, esta tesis aporta entendimiento sobre la nutrición y salud de preescolares desde un abordaje integral.

³II.3.c. Variables de segregación espacial-pág.46

Al inicio de esta introducción, se mencionó que, para comprender el proceso de alimentación y el estado nutricional de los/as preescolares, se va a utilizar un modelo conceptual conocido como **modelo ecológico** (Davison & Birch, 2008). Este modelo conceptualiza el desarrollo humano de una forma interactiva, con una perspectiva contextual. Es así que, además de las características particulares del niño/a, como el género y la edad, se evaluaron cómo influyen las características familiares y sociales. Estas, a su vez, estaban integradas en contextos sociales más grandes incluyendo las variables estructurales y culturales (Figura 1).

El proceso de transición nutricional de la comunidad Qom, su contexto de carencia y el creciente aumento de la prevalencia de malnutrición a nivel mundial, nacional y provincial en niños y niñas de edad preescolar lleva a proponer la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo es la determinación social de la alimentación y del estado nutricional de preescolares Qom de Formosa?

La complejidad del objeto de estudio requiere una mirada cualitativa⁴ que complete el entendimiento del proceso alimentario nutricional de los/as preescolares. Por tanto, se recurre a los relatos de las madres, principales cuidadoras de estos/as niños/as, para una comprensión desde los propios actores.

⁴II.5. b. Análisis cualitativo-pág. 56

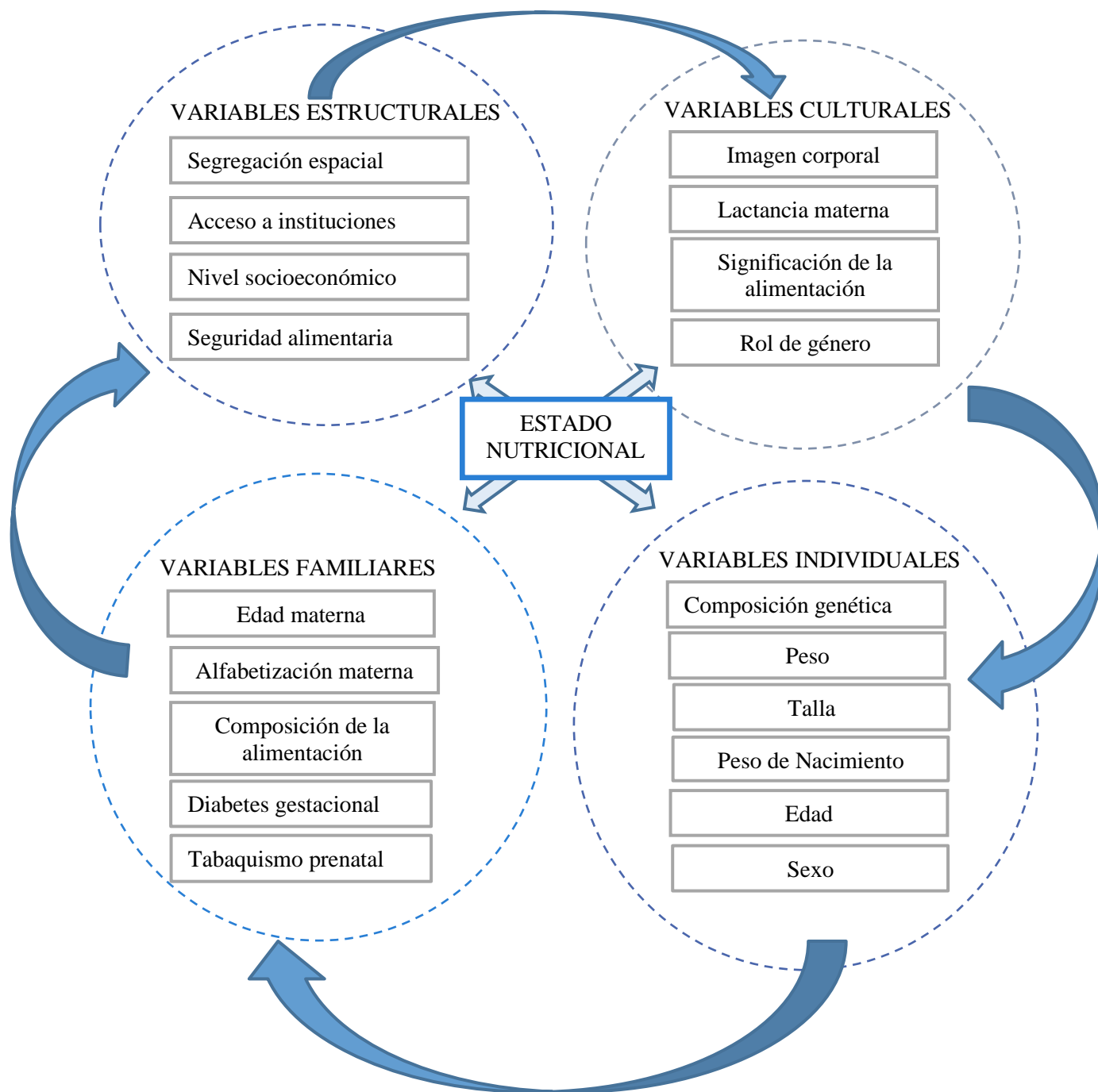


Figura 1. Modelo ecológico del estado nutricional

Fuente: Adaptado del Modelo ecológico de predictores de la obesidad infantil de Davison & Birch, 2008.

CAPITULO I: Marco Teórico

I.1 Antecedentes de trabajos realizados en Namqom

El término “Toba” es la designación oficial de quienes se denominan a sí mismos Qom. “Toba” no corresponde a una auto designación sino a un nombre peyorativo, de origen guaraní, que significaba ‘frentones’. Este término hacía referencia a la costumbre, hoy en desuso, de depilarse las cejas. En contrapartida, el término Qom deriva del pronombre personal de la primera persona plural (Qomi, Qom: gente, -i: sufijo que pluraliza) y abarca, en un sentido restringido, a quienes hablan una misma lengua, comparten una misma cosmología y una forma de vincularse con el entorno y, en un sentido amplio, designa a las personas indígenas (Tola, 2012).

En este apartado se describen algunos de los trabajos de investigación realizados en los últimos años en Namqom. Muchos de ellos fueron desarrollados bajo el Programa de Ecología Reproductiva del Chaco Oriental (PERCHA), el cual es dirigido por la Dra. Claudia Valeggia.

En primer lugar, Arenas (2000) dio cuenta de que la dieta tradicional de la etnia Toba/Qom era rica en proteínas, producto del consumo de una gran variedad de animales de la caza y pescado; también rica en fibras debido a las frutas silvestres, los tubérculos y los productos de una horticultura (Arenas, 2000). Por medio de esta breve revisión bibliográfica se evidencia que a través de los años la alimentación de la comunidad Qom se vio atravesada por diferentes elementos: los hitos alimentarios, la cosmovisión de la vida, la transición nutricional y el contacto con el/la “blanco/a”.

En cuanto a los hitos alimentarios, los antecedentes refieren que a las niñas tobas-pilagás menárquicas o menstruantes y a las madres puérperas se le indicaba dieta vegetariana. Es decir, consumían comidas livianas, sin carne ni condimentos y en pequeñas porciones. En caso no respetar la regla consumiendo carnes, pescado, grasas y mieles se sucedían una serie de comportamientos que son parte de los mitos del Gran Chaco: la mujer siente un deseo descontrolado de comer carne con sangre, luego se torna peligroso porque agrede a otras personas y finalmente se convierte en caníbal. Otro supuesto es que la mujer se torna insaciable, es decir come desaforadamente, pero permanece “*escuálida*” (flaca) (Garrido Aranda, 2004).

Por otra parte, la manera de ver la vida, la cosmovisión de los animales y los humanos de la etnia Toba/Qom es muy distinta al mundo occidental. Tola (2016) expone que *“los Qom viven una socialidad en la que humanos y no-humanos conforman un mundo”*. La autora habla de otros modos de concebir la existencia y componer el mundo, donde habitan humanos debajo del agua, y donde los seres humanos se comunican con los animales porque tienen un mismo principio de vida (Tola, 2016). Esta percepción de la vida influye en las formas de alimentarse de la comunidad Qom, porque como explica Tola, para la comunidad Qom *“gran parte de los animales poseen un dueño no-humano al que los humanos les imploran su compasión y el deseo de recibir presas. Si los humanos cazan más de la cuenta y no guardan una actitud humilde hacia los animales, los dueños los atacan”* (Tola, 2016). Con esta visión de animales y humanos, junto con los hitos se puede percibir que lo espiritual también se relaciona con lo que comen.

Sumado a lo anterior, estudios demostraron que la etnia Toba conformaba un tipo de sociedad cazadora-recolectora-pescadora en donde las relaciones de parentesco funcionaban simultáneamente como relaciones sociales de producción (Ceriani Cernadas, 2017). Dentro de estas relaciones sociales de producción, se expresaban valoraciones de los géneros –femenino y masculino– relacionados a la obtención de la alimentación. Por un lado, la contribución femenina a la economía doméstica parece haber sido muy valorada, especialmente porque los alimentos que recogían y procesaban podían salvar a las familias de las hambrunas. Sin embargo, los alimentos aportados por los hombres, como carne y pescado, tenían una mayor valoración ideológica (en los mitos): ellos aparecen posicionados como los proveedores primarios, cuestión que se registra en otras sociedades cazadoras-recolectoras (Ceriani Cernadas, 2017).

La alimentación de la etnia Toba/Qom sufrió una adaptación como consecuencia del contacto con el/la “blanco/a”. Por ejemplo, en el pasado la miel se tomaba pura o disuelta en agua (hidromiel), esta se fermentaba y se convertía en *aloja* o *chicha*. Con el contacto con el/la blanco/a, las mieles empiezan a tomarse con queso, con pan o sirve para endulzar el mate (Garrido-Aranda, 2004). Además, a merced de la tradición del blanco, en los tiempos de duelos la etnia Toba tenía prohibido consumir mieles y carnes (Garrido Aranda, 2004). Una variante de la aloja que actualmente se consume en Namqom es una preparación denominada “poko”, cuya preparación consiste en

“quemar” el azúcar y después se agrega agua caliente, resulta como un café clarito que se consume como una infusión (Quarin, 2013).

En cuanto a la composición de la alimentación de la comunidad Qom, en un trabajo realizado con la población adulta sobre enfermedad cardiovascular en el año 2010, se encontró que la dieta típica de la comunidad de Namqom consiste en una comida central, que por lo general es un guiso a base carbohidratos (arroz, fideos o, en menor proporción, harina de maíz (polenta). Según disponibilidad, se le añade carne de vaca grasa (corte o puchero), puré o salsa de tomates, papas y cebollas previamente salteadas en aceite. De estar disponibles, también agregan morrón, zanahoria, zapallo y/o arveja. Acompañan con pan blanco, en su mayoría comprado (no casero), o torta frita. Esta comida central correspondería al almuerzo, donde no hay un horario fijo ya que se realiza “cuando hay hambre”. Muchas familias repiten este menú por la noche. Al levantarse, en ayunas, toman mate cebado amargo. Luego desayunan pan o torta frita y en algunos casos acompañan con mate cocido dulce o leche con azúcar (Lagranja, Navarro & Valeggia, 2015).

Además de estos cambios en la alimentación y estilo de vida, la salud de la población en estudio también ha variado a lo largo de los años. En términos generales, se encontró que la salud de la comunidad Qom se caracteriza por una alta fecundidad (Valeggia & Ellison, 2003), enfermedades por carencia nutricional y alta prevalencia de enfermedades crónicas. Los antecedentes en Namqom refieren que las mujeres Toba/Qom presentaron una prevalencia alta (28%) de los niveles de hemoglobina indicativos de anemia (Goetz & Valeggia, 2017). Otro estudio expuso que para los factores de riesgo del síndrome metabólico los valores promedios fueron altos en la población adulta Qom. Del mismo modo, el sobrepeso y la obesidad fueron altamente prevalentes al igual que la obesidad abdominal medida por la circunferencia de la cintura (Lagranja, Phojanakong, Navarro & Valeggia, 2015).

En el caso de la población infantil, en un estudio realizado con registros del Centro de Salud de Namqom de enero del 1994 a julio del 1998, se encontró que durante los primeros 12 meses de vida el peso promedio de niños y niñas de la comunidad es superior a los patrones nacionales e internacionales, aun en aquellos niños y niñas amamantados/as. Sin embargo, durante el segundo año de vida esta tendencia se revierte

y el crecimiento se ententece. Otro hallazgo de este estudio es que alrededor del séptimo mes estos bebés pasan por un período de desnutrición infantil (Valeggia, Faulkner & Ellison, 2002).

I.2 Alimentación en comunidades indígenas y en contexto de carencia

El acto alimentario es un conjunto articulado de prácticas y procesos sociales (Álvarez & Pinotti, 1997). En una comunidad que sufre carencias de recursos materiales, el primer objetivo de la alimentación es sobrevivir y no la de nutrir el cuerpo. Si además se trata de una comunidad originaria, el proceso alimentario se complejiza porque se relaciona con una cosmovisión de la vida y la naturaleza distinta a la cultura occidental hegemónica, anteriormente mencionada en el apartado I.1 de esta Tesis. Si bien en este trabajo no se abordará la seguridad alimentaria de la comunidad Qom como tal, parte del estudio se complementaría con el término “inseguridad alimentaria” porque cuando se habla de carencias y alimentación indisolublemente emerge esta condición. Para la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) “las comunidades indígenas tienen un mayor riesgo de inseguridad alimentaria y malnutrición que otros grupos, ya que sufren mayores niveles de pobreza, menor disponibilidad de recursos y una creciente dependencia de más alimentos baratos, aunque con un alto grado de procesamiento” (FAO, 2017 *pág.* 33). Esta situación, ubica a estas comunidades en un estado de vulnerabilidad social⁵, que junto con la inseguridad alimentaria refuerza sus limitaciones en el acceso⁶ y consumo⁷ de alimentos (Lomaglio, 2012).

⁵ Vulnerabilidad social es la desprotección de ciertos grupos poblacionales ante daños potenciales a la salud, lo que implica mayores obstáculos y desventajas frente a cualquier problema de salud debido a falta de recursos personales, familiares, sociales, económicos o institucionales.

⁶ El acceso a los alimentos puede ser físico y/o económico. La falta de acceso físico se da cuando los alimentos no están disponibles en cantidad suficiente, allí donde se necesita consumirlos. El aislamiento de las poblaciones y la falta de infraestructuras pueden incidir en la imposibilidad de contar con alimentos en condiciones adecuadas de manera permanente o transitoria.

⁷ Se refiere a que las existencias alimentarias en los hogares respondan a las necesidades nutricionales, a la diversidad, la cultura y las preferencias alimentarias. También tiene en cuenta aspectos como la inocuidad, la dignidad, las condiciones higiénicas de los hogares y la distribución con equidad dentro del hogar.

En Argentina, la seguridad alimentaria se cumple en casi todos sus requisitos: hay suficiencia de alimentos, estabilidad en la producción, sustentabilidad -aunque cuestionada- y autonomía en relación al suministro externo. Sin embargo, lo que no está garantizado es la equidad, es decir, “que todas las personas en especial los más pobres, tengan acceso a una alimentación culturalmente aceptada, nutricionalmente adecuada, variada y suficiente para desarrollar su vida”. Dicha inequidad compromete la salud de amplios sectores, siendo la población infantil la más vulnerable (Bergel, Cesani & Oyhenart, 2017). Por su parte, el patrón alimentario⁸ de Argentina se caracteriza por un excedente de carnes y productos concentrados en azúcares y grasas, un déficit de hortalizas, frutas y aceites vegetales, y un exceso de cereales, sobre todo en hogares pobres (Lomaglio, 2012). Se ha observado que, junto con la introducción temprana de alimento, la ingesta de varios nutrientes no alcanza a cubrir las recomendaciones diarias en niños y niñas menores de 5 años (Durán, et al., 2009).

En cuanto a la historia alimentaria de la población Qom, los relatos compilados de los primeros pobladores dan cuenta de una alimentación autóctona. Desde la década de 1940, cuando los primeros pobladores que después habitarían Namqom llegaron a la ciudad de Formosa, la actividad principal era la caza, la pesca y la recolección de frutos silvestres. Así se obtenían ñandúes que permitían recaudar dinero con la venta de las plumas y el cuero. De igual modo, la carne de ñandú se comía y la grasa se utilizaba como remedio. Además, otros animales que se cazaban eran: tatú, quirquincho, iguana, entre otros. Al mismo tiempo, pescaban cascarudos y tarariras. En lo que concierne a vegetales y frutos, las plantas silvestres que recolectaban eran: algarroba, mistol, la tala, la pasionaria, etc., (Educadores Originarios, 2011). Luego, con la transición nutricional⁹, la dieta autóctona de las poblaciones indígenas fue sustituida por alimentos de alta densidad energética a expensas de altos porcentajes de grasa (Bay, et al., 2003).

⁸ Patrón Alimentario se refiere al uso frecuente y homogéneo en cantidades apropiadas y suficientes de alimentos para la satisfacción de las necesidades energéticas y de proteínas de la familia/hogar.

⁹ Transición nutricional es un proceso que incluye cambios en el perfil nutricional de las personas. Se produce cambio de la alimentación tradicional a una alimentación hipercalórica con exceso de grasas y azúcares, acompañados de cambios en el estado nutricional predominando la obesidad.

A lo anterior se le suma que las familias de escasos recursos suelen tener, por necesidad, una alimentación monótona; por lo tanto, si algún nutriente o micronutriente es deficitario y la privación se mantiene en el tiempo puede conducir a desnutrición (Bergel, Cesani & Oyhenart, 2017). De hecho, otros tantos relatos de ancianos/as Qom hacen mención al hecho de que en el pasado la comida que se conseguía con la caza, pesca y recolección de frutos con un estilo de vida nómada no enfermaba y no se dependía del dinero para conseguirla. En cambio, la comida de ahora si enferma y para conseguirla la persona debe estar inserto en una economía de mercado (Ministerio de Educación y Deportes; Presidencia de la Nación, 2016). En cuanto a los antecedentes alimentarios de la población a estudiar, un estudio previo relata, por un lado, que los alimentos elegidos como primeros sucedáneos de la leche materna son la sopa colada de arroz (25%), el pan (20%), la torta frita (15%) y los palitos de maíz –“chizito” - (15%). Por otro lado, entre los alimentos reportados de consumo habitual en la alimentación del lactante encontramos manzana, banana, zapallo, zanahoria, papa y cebolla. Además, el pan, la torta frita y el palito de maíz son culturalmente considerados alimentos que harán que el niño engorde (Olmedo & Valeggia, 2014).

Los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida, en el entorno familiar y social, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el status social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales (Osorio, Weisstaub & Castillo, 2002). Resulta fundamental, además de conocer lo que consume la comunidad originaria, entender las tácticas de obtención de alimentos describiendo las transacciones, los intercambios y las relaciones que se dan en torno a la alimentación. El proceso alimentario está enmarcado dentro un contexto de inseguridad alimentaria, transición nutricional y en el caso de las comunidades originarias dentro de una cosmovisión de la vida.

1.3 Malnutrición: exceso de peso y baja talla en preescolares

Tanto el sobrepeso como la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa, más adelante se definirá en función de su ecología debido a que esta malnutrición excede estrictamente lo biológico (Bergel, Cesani & Oyhenart, 2017). No obstante, su evaluación se realiza utilizando el Índice de Masa Corporal (IMC) como indicador indirecto de la grasa corporal, utilizando medidas antropométricas como el

peso y la talla. Entonces, en términos diagnósticos el sobrepeso se define como el IMC para la edad y el sexo con más de una desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS. Por su parte, la obesidad se define como el IMC para la edad y el sexo con más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2014a).

El exceso de peso en la población infantil representa una de las condiciones de salud crónica más frecuente y constituye uno de los problemas crecientes en la Salud Pública (Organización Mundial de la Salud, 2014a). Respecto a la proporción de niños y niñas con exceso de peso, se estima que en 2012 había 44 millones de niños/as menores de 5 años, es decir, el 6,7% del total mundial con sobrepeso u obesidad (Organización Mundial de la Salud, 2014b). Actualmente, la prevalencia de esta condición en niños/as en edad preescolar de todo el mundo supera el 30% (Organización Mundial de la Salud, 2017a).

En el pasado, tanto el sobrepeso como la obesidad fueron considerados como un estado nutricional exclusivo de los países desarrollados. Sin embargo, en las últimas décadas se observa un rápido incremento de sus incidencias en poblaciones de países en desarrollo (Álvarez, Sánchez, Gómez & Tarqui, 2012; Organización Mundial de la Salud, 2014a, Oyhenart, et al., 2008). Por lo tanto, en América Latina junto con el proceso de transición nutricional, se observa a la obesidad como un fenómeno de malnutrición sobre todo en las clases con menos recursos (Amigo, 2003; Bay, et al., 2003; Bergel, Cesani & Oyhenart, 2017; Oyhenart, et al., 2007).

En el caso de Argentina se observa la misma tendencia que a nivel mundial, 1 de cada 10 preescolares presenta obesidad (Ministerio de Salud de la Nación, 2013). Tendencia que ha demostrado ser ascendente desde el año 1990. Al igual que en otros países de América Latina, en el país se vislumbra un significativo incremento del sobrepeso y de la obesidad y su asociación con la pobreza. Por ejemplo, un estudio realizado en seis provincias de Argentina: Buenos Aires (en las ciudades de Brandsen y La Plata), Catamarca (Catamarca), Chubut (Puerto Madryn), Jujuy (San Salvador de Jujuy), La Pampa (Santa Rosa y Toay) y Mendoza (General Alvear) demostró que a pesar de que la mayor concentración de niños y niñas con exceso de peso (sobrepeso y obesidad) se corresponde a las provincias del Sur, se encontró una prevalencia del 12,8%

en el Norte (Jujuy) y del 10,8% en el Litoral (Catamarca) donde además hay mayor concentración de pobreza (Oyhernart, et al., 2008). Entonces al relacionar pobreza y exceso de peso, se centra la mirada en el Norte del país. Argentina se divide por regiones, la región Noroeste (NOA: Jujuy, Salta, Catamarca, Tucumán y Santiago del Estero) junto al Noreste (NEA: Formosa, Chaco, Corrientes y Misiones) forman el Norte grande. Según el indicador de privación material de los hogares (IPMH) este sector del país se caracteriza por presentar más del 50% de hogares con privación material (patrimonial y de recursos materiales) (Lomaglio, 2012).

La proporción de niños y niñas con obesidad en el NEA es de 6,9% (IC 95% 5,3-9,0). Esta región presenta una alta proporción de su población con necesidades básicas insatisfechas a comparación con el resto del país. Sin embargo, a nivel regional se advierte una mayor proporción de obesidad en niños y niñas con las necesidades satisfechas (7,8%), respecto a la proporción de niños/as con obesidad con las necesidades básicas insatisfechas (5,7%). Concretamente, en la provincia de Formosa, la prevalencia de sobrepeso y obesidad de niños y niñas menores de 5 años es de 9,2% (IC 95% 7,1-11,9) (Ministerio de Salud de la Nación, 2013).

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en la edad preescolar se traduce en futuras consecuencias de salud que afectan al desarrollo en la infancia. Las morbilidades más frecuentes son: hiperlipidemia, enfermedad cardiovascular isquémica, hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y osteoartritis (Ministerio de Salud de la Nación, 2013). Otras afectaciones que un/a niño/a obeso/a puede sufrir son la discriminación social, la baja autoestima y la depresión (Lobstein, Baur & Uauy, 2004). De este modo, se evidenció que los niños/as con obesidad informan mayores limitaciones funcionales, físicas y psicosociales lo que repercutiría en una baja calidad de vida debido al estigma social y las consecuencias de la obesidad sobre la salud (Hu, 2008; Lobstein, et al., 2004).

Por todo esto, el concepto de doble carga de morbilidad impartido por la OMS es interesante debido a que hace referencia al doble riesgo que sufren los niños/as de poblaciones de bajos recursos (Organización Mundial de la Salud, 2016). En esta tesis se expone una triple carga, porque trabajamos con niños y niñas originarios/as con las necesidades básicas insatisfechas y con morbilidades desde el periodo prenatal. Entonces, además de estudiar el exceso de peso en los preescolares, se pone el foco en la malnutrición por carencia como es el caso del retraso en el crecimiento.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), baja talla para la edad se define como la altura para la edad que es más de dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de los estándares de crecimiento infantil de la OMS (Khattak, Iqbal & Ghazanfar, 2017). La baja talla para la edad es un indicador que refiere una malnutrición crónica por carencia, es decir, la desnutrición. Actualmente, la baja talla para la edad afecta al 30% de niños y niñas menores de 5 años (Organización Mundial de la Salud, 2017b), de los cuales 5,6% viven en América Latina. Aunque la desnutrición infantil sigue siendo común en todo el mundo es más frecuente en los países con menos desarrollo económico (Ruiz, et al., 2005). Por ejemplo, en Argentina la prevalencia de baja talla para la edad es del 8% (IC 95%, 7,0-9,2). Esta proporción aumenta al observar una de las provincias más pobres del norte, como es el caso de Formosa, encontrándose allí una prevalencia de baja talla/edad del 11,2% para niños/as menores de 6 años (IC 95%, 8.2-15.2) (Ministerio de Salud de Argentina, 2007).

La baja talla es un indicador óptimo de las carencias económicas y sociales en un horizonte retrospectivo de varios años (Bacallao, Peña & Díaz, 2012). Analizando el estado nutricional de los/as preescolares en función de las necesidades básicas (satisfechas o insatisfechas) en el país se observó que la emaciación¹⁰, la baja talla y el acortamiento¹¹ aumentó en la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) (Lomaglio, 2012). El retraso del crecimiento lineal -es decir, la baja talla- refleja un proceso crónico en el que confluyen varios elementos tales como el bajo peso de nacimiento, las carencias nutricionales, los procesos infecciosos y las condiciones ambientales en general. A su vez, la incidencia de desnutrición y diarreas en niños/as de 0 a 4 años de edad, por ejemplo, ha sido asociada con deficientes condiciones higiénico-sanitarias en la vivienda (Oyhenart, et al., 2007). Es decir, es evidente el efecto negativo de las enteroparasitosis sobre el estado nutricional dado que, cuando las infecciones parasitarias son crónicas se observa retraso en la talla (Garraza, Zonta, Oyhenart & Navone, 2014). Por lo tanto, la talla para la edad es un indicador nutricional que se correlaciona bien con las condiciones ambientales. En definitiva, el estudio de la talla en niños y niñas de una comunidad es necesario porque refleja la historia social de la comunidad. Como se señaló anteriormente, el efecto evidente de la

¹⁰ Peso bajo para la talla.

¹¹ talla baja para la edad

desnutrición en una población es su talla baja. Pero este estado nutricional se origina de un proceso de adaptación, definido como un proceso biológico de autodefensa. En este proceso disminuye la velocidad de crecimiento, con la finalidad de reducir los requerimientos nutricionales. Es entonces que esta talla baja esconde una patología de subdesarrollo biológico y funcional con repercusiones en el desarrollo social (Álvarez & Pinotti, 1997).

I.4 Cuidadoras: significación de la alimentación y percepción del cuerpo infantil

Una comunidad se rige por tradiciones culturales, además de las características nutricionales, alimentarias y socioeconómicas. En esta tesis se intentará conocer las pautas culturales que rigen la alimentación de los niños/as y como esas pautas influyen en los significados que se atribuyen a la alimentación y al cuerpo infantil sano. Para comenzar resulta necesario explicitar la conceptualización de cultura alimentaria. Entonces, se denomina cultura alimentaria a un conjunto de significados y símbolos compartidos que dan forma a las prácticas alimentarias, las cuales se manifiestan de manera diferente entre los grupos sociales (Oliveira, Czeresnia, Vargas & De Barros, 2018). Sin embargo, la cultura no es estática, sino que puede ser definida como historia en proceso (Segato, 2015). Cuando los individuos de una comunidad comparten entendimientos culturales particulares, se habla de consenso cultural. Los conceptos de consenso cultural han sido desarrollados y utilizados por los/as científicos/as sociales, particularmente en las áreas de la teoría y los métodos antropológicos y psicológicos que son relevantes y útiles para la investigación y acción nutricional (Kalra, et al., 2018). Metodológicamente, la técnica para describir y analizar el consenso se ha desarrollado bajo el nombre de dominio cultural. Por lo tanto, un dominio cultural se puede definir como "un conjunto de elementos que un grupo de personas define como pertenecientes al mismo tipo"; además, "los dominios culturales se refieren a las percepciones de las personas y no a sus preferencias" (Kalra, et al., 2018). Muchas de estas percepciones¹² y significados¹³ que los diferentes grupos de población atribuyen al acto de alimentar, por ejemplo, están dadas por la dinámica establecida en el entorno social y familiar, especialmente en su intento de acceder a los alimentos y conservar los alimentos de

¹² Percepción es el conocimiento o la comprensión de un objeto/ idea concebido a través de los sentidos

¹³ Idea o concepto que representan o evocan los elementos lingüísticos, como las palabras, expresiones o textos

acuerdo con los hábitos alimentarios aprendidos, que a veces trae como consecuencia estados nutricionales precarios (Arboleda-Montoya & Villa-Alcaráz, 2016).

Sidney Mintz (2003) señala que “los alimentos son portadores de significados, entendidos éstos como los atributos que les confiere una población para clasificarlos de manera que guíen su elección según la ocasión, la condición socioeconómica, la edad, el sexo, el estado fisiológico, la imagen corporal entre otros factores” (Mintz, 2003). Por una parte, el estudio de los significados que le otorga una determinada población a los alimentos permite acercarse al entendimiento de los comportamientos o elecciones alimentarias. Por otra parte, los padres son la principal fuerza social que influye en el desarrollo de los niños/as durante los años preescolares formativos, incluida la socialización de los hábitos alimenticios de sus hijos/as (Bergmeier, Skouteris & Hetherington, 2015). Las elecciones hechas por los/as encargados/as de la alimentación doméstica- padres, madres, abuelas- suelen estar impregnadas de cultura que da significado a la comida, los preparativos y las experiencias que proporcionan (Arboleda-Montoya & Villa-Alcaráz, 2016). Por añadidura, la variabilidad de las elecciones alimentarias se relaciona con la variabilidad de los sistemas culturales, existiendo así diferencias considerables entre clases, grupos o entre las categorías que estos contienen (Aguirre, 2004).

En la mayoría de las culturas latinoamericanas, la madre es la principal responsable de la transmisión de las pautas alimentarias a sus hijos. Las pautas culturales pueden prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación, como la obesidad (Jiménez, Cordero, García, López & Ferre, 2012). Para la cultura latina, una madre que tiene un/a niño/a bien alimentado/a es un signo de prosperidad (Martínez, Rhee, Blanco & Boutelle, 2015). En algunas sociedades, estas pautas culturales muy arraigadas (tales como “*niño/a gordo/a, niño/a sano/a*”) puede alentar a las familias a sobrealimentar a sus niños/as (Aguirre, 2004). No obstante, los/as hermanos/as también pueden influir en el desarrollo del comportamiento del niño/a. Específicamente, los hermanos/as pueden actuar como cuidadores/as y modelos a seguir. Tal es así, que un estudio realizado en Namqom informó que la alta variabilidad en los patrones de cuidado, independientemente de la composición del hogar, puede atribuirse a una interacción entre el orden de nacimiento y la composición del hogar. En este estudio se observó que las madres dan prioridad de cuidado al lactante, dejando que sus hijas mayores cuiden a sus

hermanos/as menores (Bove, Valeggia & Ellison, 2002). Es decir, que tanto la madre como los hermanos/as influyen en la alimentación de los niños/as. En otro estudio, se ha demostrado una asociación entre los específicos comportamientos de la alimentación materna y los estímulos respecto de la forma de comer del hermano/a durante las comidas en niños/as pequeños/as (Mosli, Miller, Peterson & Lumeng, 2015).

El estado nutricional es una condición que puede ser afectada particularmente por los propios antecedentes socioculturales (Kim, Kim & Park, 2015). Los sectores pobres, por ejemplo, resumen su ideal corporal en la noción de “fuerte” que para ellos sintetiza salud y belleza (Aguirre, 2000). Como se mencionó anteriormente, la percepción de los padres también se relaciona con el estado nutricional de sus hijos/as. Tal es así, que se ha demostrado que los padres de niños/as con sobrepeso suelen subestimar el problema al percibir el peso de sus hijos/as de forma normal (Manios, Moschonis, Grammatikaki, Anastasiadou & Liarigkovinos, 2010). Concretamente, la percepción materna hacia el peso de los niños/as es importante en términos de gestión de la obesidad (Kim, et al., 2015). En sociedades inmersas en relaciones de subordinación con la sociedad nacional y en procesos de marginación permanente, como es el caso de Namqom, las conceptualizaciones sobre el cuerpo son centrales para comprender de manera articulada la organización social y la cosmología de estas sociedades (Tola, 2012).

La percepción del cuerpo saludable forma parte de la conducta humana que comprende un proceso de selección y elaboración simbólica del cuerpo, que resulta en la construcción social del cuerpo. Entonces, resulta importante enfocarse en las percepciones respecto al estado nutricional y significación de la alimentación que relatan las madres -como principales cuidadoras- acerca de sus hijos/as, teniendo en cuenta el carácter histórico y, por ende, dinámico de la cultura.

I.5 Roles de género en el proceso alimentario

Retomando el concepto de alimentación como un conjunto de prácticas y procesos sociales, en su puesta en marcha emerge una figura encargada y proveedora de prácticas de cuidado: la mujer. Dentro de las prácticas de cuidado, se encuentra la alimentación. Esta tarea no se ha distribuido equitativamente entre los miembros de una familia, sino que es una responsabilidad casi individual y exclusiva de las mujeres

(Pautassi & Zibecchi, 2010). Sumado a esto, se ha demostrado cómo las mujeres proveedoras de cuidado entablan una relación muy particular con las personas dependientes de esta protección, y cómo la misma es reforzada por un conjunto de normas sociales (Waterman, 2003). La Sociología, por su parte, generó aportes con vistas a la desnaturalización de estas prácticas de cuidado, ya que históricamente se le ha adjudicado un carácter altruista, desinteresado y desarraigado y se las ha estudiado como si carecieran de vínculos con las prácticas económicas y la sostenibilidad del sistema social en su conjunto (Bourdieu, 1986). Esto se refleja en cómo la actividad económica crea, mantiene y renegocia vínculos íntimos entre las personas, entre ellos: las relaciones de cuidado. De esta manera, los/as integrantes de una familia se brindan los/as unos/as a los/as otros/as cuidados de salud, consejos acerca del cuidado de los niños, información y muchos otros servicios (Pautassi & Zibecchi, 2010).

Cuando el foco se dirige al colectivo de mujeres indígenas, la exclusiva responsabilidad del cuidado también recae sobre ellas, pero sufren además la triple opresión y exclusión de ser pobres, mujeres e indígenas. Género y raza colonial-moderno resultan de la biologización de la desigualdad, es decir, es entendido como distribución de posiciones desiguales en el orden patriarcal, también resulta de la biologización de la jerarquía (Segato, 2015). Rita Segato (2015) analiza la relación género y colonialidad desde la época precolonial, y afirma que “el efecto colateral de esa biologización es que el proceso es retirado de la historia y colocado en la naturaleza” (Segato, 2015). En el caso de los Qom, los documentos anglicanos evidencian esta división sexual del trabajo como producto de un discurso de género explícito que subjetivaba a las mujeres y a los hombres desde que eran pequeños, siendo una matriz simbólica central en la construcción de las identidades y subjetividades de género. Las mujeres debían aprender a soportar y llevar pesadas cargas y bultos. Cuando ellas crecían, la capacidad para la resistencia física aumentaba, ellas tenían mayores tareas repetitivas e ininterrumpidas a su cargo y eran las responsables de la crianza y del cuidado de los hijos. Los hombres parecían tener tiempo extra para dedicarlo a otro tipo de actividades de divertimento y socialización, por ejemplo, juegos como el polké -similar a hockey, que, a pocos años de instalarse la misión anglicana, dejaron de practicarse (Ceriani Cernadas, 2017).

Analizando la literatura disponible se encontró que el género ha sido escasamente incorporado como una categoría de análisis en las investigaciones de nutrición y alimentación (Gil-romo & Coria, 2007). Las relaciones de género son una escena ubicua y omnipresente de toda vida social (Segato, 2015). Se tratan de relaciones entre grupos, colectivos de género, y se reconocen tres tipos: a) *Rol reproductivo*: en casi todas las culturas es asumido por las mujeres, y está relacionado con la reproducción biológica y las actividades necesarias para garantizar el bienestar y sobrevivencia de todos los miembros del hogar, la crianza, la educación, la alimentación, la atención y el cuidado de la familia, la organización y mantenimiento del hogar. En este caso la participación del hombre se limita a ayudar; b) *Rol productivo*: se refiere a todas las actividades que producen ingresos personales y para el hogar. Los ingresos pueden ser en dinero o en especie. Tradicionalmente se ha considerado el rol principal del hombre; c) *Rol de gestión comunitaria*: son las actividades que se realizan para aportar al desarrollo o a la organización política de la comunidad. Se incluye toda la forma de participación voluntaria en la promoción y manejo de actividades comunales (Presno Labrador & Castañeda Abascal, 2003). En las comunidades minoritarias, la desocupación y la pobreza condujo a una mayor participación de la mujer en programas sociales asistenciales, comedores y ollas populares, y organizaciones comunitarias de las más diversas índoles, muchas de ellas dedicadas al cuidado de miembros dependientes (Pautassi & Zibecchi, 2010).

Entonces, el estudio del proceso alimentario desde su impronta social implica abordar e indagar sobre los roles de género, pre- y re- establecidos en la comunidad originaria Qom. Partiendo de que se trata de una comunidad enmarcada dentro de una cultura distinta a la occidental, donde el rol de género, la mujer y su participación en la sociedad fue resignificada desde la colonización y la modernidad. Por ende, conocer la significación de los roles y funciones de la impronta masculino-femenina permite entender las diferencias alimentarias o no, entre los preescolares, y el por qué de la selección o preferencia a ciertos alimentos o maneras de comer.

I.6 Namqom: historia, territorio y características

Se entiende a Namqom como pueblo, como colectivo vivo de la historia, su historia. A pesar de la invasión a los pueblos indígenas conocida como “conquista” y

expropiación colonial, lo que sustenta la existencia y continuidad de un pueblo es el proyecto de serlo: ser pueblo. En América Latina, las políticas poscoloniales y la globalización han obligado a muchas poblaciones indígenas a una situación socioeconómica empobrecida, Namqom no es la excepción.

Durante la colonización se produjo la persecución de los pueblos originarios (Educadores Originarios, 2011). Para adaptarse la comunidad colonizada suspendió sus costumbres imperantes, cambió normas que parecían soportes esenciales de la identidad. Frente a esta adaptación, se practica lo que Segato (2015) denomina “puerta medio abierta con la sociedad dominante”, para dialogar con agentes del Estado y obtener recursos que ofrezcan, pero manteniendo siempre la diferencia entre la interlocución hacia afuera y la interlocución hacia adentro de la propia comunidad (Segato, 2015). Parte de esta adaptación ha sido construida por los agentes religiosos, que se encargaron de internalizar los discursos hegemónicos sobre la importancia del trabajo, particularmente en la parte del empleo público. Debajo de la influencia del estado y los agentes religiosos (la mayoría anglicanos y evangélicos), que ponen un gran valor en la labor pagada, las comunidades del Chaco integraron y reprodujeron valores no indígenas y cambiaron sus propias nociones de subsistencia (Ceriani Cernadas, 2017).

La historia de Namqom se comienza a tejer en la década de 1930, cuando llegaron dos misioneros británicos y se establecieron en la ciudad de Formosa (Ministerio de Educación y Deportes; Presidencia de la Nación, 2016). En ese entonces, el interés del gobierno argentino era fomentar la integración productiva del indígena y lograr volverlo sedentario, trabajando en la agricultura. Pero eso no se logró, hoy en día prácticamente no existen comunidades Qom que sobrevivan gracias al trabajo agrícola. La tierra en la que se encuentra Namqom es extremadamente improductiva, lo que no permite que la comunidad Qom cultiven o recolecten alimentos por su cuenta (Tola, 2012). Además, el área circundante, que anteriormente se usaba para la caza y la recolección, se privatizó en el año 2009 a un propietario individual, quien prohibió la caza y sólo permitía la recolección de leña para cocinar o de totora para hacer canastos, si se pedía permiso (Kapsalakis, 2011). Actualmente, las familias dependen de los subsidios del gobierno y del ingreso de empleos temporales (principalmente para hombres) y de la venta de artesanías por parte de mujeres.

En 1964, algunas familias Qom provenientes del Chaco se establecieron en los alrededores de la ciudad de Formosa, debajo del llamado “puente blanco”- un puente construido sobre el riacho Formosa, que constituía el límite oeste de la ciudad capital. Mientras vivían allí, vendían artesanías, plumas de ñandú y pieles de animales en la ciudad. Hacia 1968, las familias ubicadas debajo del puente eligieron como cacique a uno de sus primeros pobladores, Lucio Rodríguez, con el fin de solicitar al gobierno provincial un espacio en donde asentarse. Luego de varios intentos frustrados, Rodríguez viajó a Buenos Aires en donde obtuvo un decreto por el que le concedían el lote fiscal N° 68 (Figura 2). Desde su consolidación en 1970, varios proyectos de desarrollo han sido ejecutados en Namqom. En 1975, una vez asentados en el Lote 68, y teniendo ya una comisión vecinal cuyo primer presidente fue el cacique Rodríguez, se construyó la primera escuela y una sede de la Iglesia Evangélica Unida. En los años sucesivos, se mensuraron las primeras parcelas y se construyeron algunas viviendas. En 1979 se construyeron noventa casas a través del Ministerio de Acción Social (Kapsalakis, 2011). Hacia los años 80, se creó un centro de salud. Las calles de Namqom poseen los nombres de personas que contribuyeron a la defensa de la comunidad en sus comienzos: Manuel Chascoso (Pilagá), Adolfo Zalazar (Qom- proveniente del Oeste formoseño) y Lucio Rodríguez (Qom- primer habitante de Namqom) (Educadores Originarios, 2011). Hacia esos años, se creó el Centro de Desarrollo Comunitario bajo el cuidado de la orden María Auxiliadora (Tola, 2012). En 1995, se construyeron cincuenta casas a través del Instituto Provincial de la Vivienda, operación “Techo y Trabajo”. En el mismo año, se desarrolló un proyecto de agua potable a través del Subsecretario de Vivienda para la Nación (Kapsalakis, 2011).

A mediados de la década del 90, se produjo la proliferación de asociaciones civiles surgidas sobre la base de antiguos liderazgos (cacique y chamanes). Sin embargo, los líderes de las asociaciones independientes suelen ser convocados por los dirigentes de los partidos políticos que entablan con ellos una variedad de relaciones sociales, políticas y económicas. Las redes organizativas de Namqom se superponen a redes de parentesco que actúan como distribuidores de los beneficios recibidos del gobierno y los partidos políticos (Tola, 2012). A partir de 1984, el gobierno democrático sancionó en Formosa la Ley Integral del Aborígen (N° 426) de reconocimiento indígena tras la presión de la lucha indígena. La ley 426 transformó radicalmente la acción política de la

provincia, se creó el Instituto de Comunidades Aborígenes (ICA) como instancia de articulación entre el Estado y las poblaciones indígenas, se implantó un sistema democrático para la elección de delegados, se estableció la resolución jurídica parcial de la propiedad de la tierra y se legitimó, ante el ICA, la asociación civil. Todas estas transformaciones políticas cayeron, sin embargo, en los viejos esquemas políticos partidistas que constituyeron una vida política provincial inclinada hacia la marginación de los indígenas (Ministerio de Educación y Deportes; Presidencia de la Nación, 2016).

En cuanto a las características familiares, los hogares de las comunidades originarias del Gran Chaco están conformados por muchas personas: más de la mitad supera los siete miembros y sólo el 25% de ellos tiene cuatro o menos miembros. La alta cantidad de integrantes en los hogares es el resultado de una alta fecundidad y de la tradición cultural de incorporar a la misma casa, o a habitaciones aledañas, a las familias de los/as hijos/as que van formando pareja y familia. Esta tendencia de la fecundidad se debe principalmente a un inicio temprano de la reproducción y a un escaso uso de métodos modernos de anticoncepción (UNICEF, 2011).

En el 2014, la comunidad de Namqom tenía aproximadamente 3000 habitantes (Lanza, datos no publicados). La comunidad está ubicada a ambos lados de la Ruta Nacional N° 81 y dividida en cuatro sectores de vivienda. El primer sector se desarrolló a lo largo de la ruta a fines de los años '70 con casas construidas con fondos de un programa de vivienda provincial. En los otros dos sectores, la construcción de viviendas se llevó a cabo posteriormente por otro programa de viviendas, en el otro lado de la ruta. Estos dos sectores más recientes presentan un perfil demográfico diferente: las familias son más jóvenes, con una alta tasa de desempleo en comparación con el área central. Además, los servicios de agua potable y electricidad no están disponibles. Un cuarto sector de la población se ha asentado en un terreno fiscal adyacente (Lote 67), donde han construido casas tradicionales de palmas y barro o una combinación de troncos de palmas, arcilla, plásticos y cartón (Figura 3). El agua potable y la electricidad tampoco están disponibles en esta parcela, por lo que los familiares que viven en el área vecina les proporcionan estos recursos.

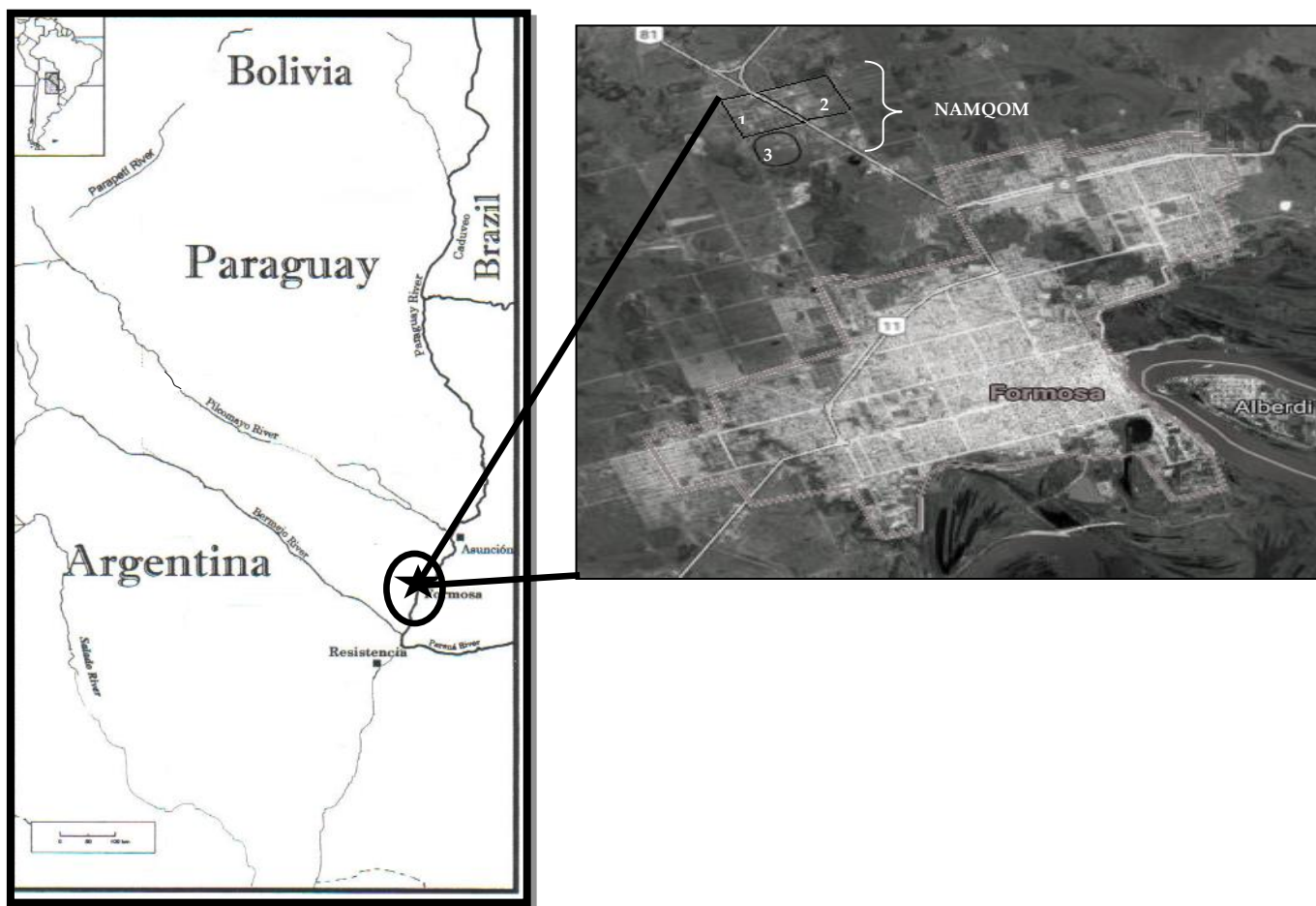


Figura 2. Mapa de la región del Gran Chaco. Namqom está ubicada a $58^{\circ} 2' O$, $26^{\circ} 2'S$. Fuente: Adaptado de las comunidades del Gran Chaco, 1999, Ed. Elmer S. Miller, Bergin y Garvey

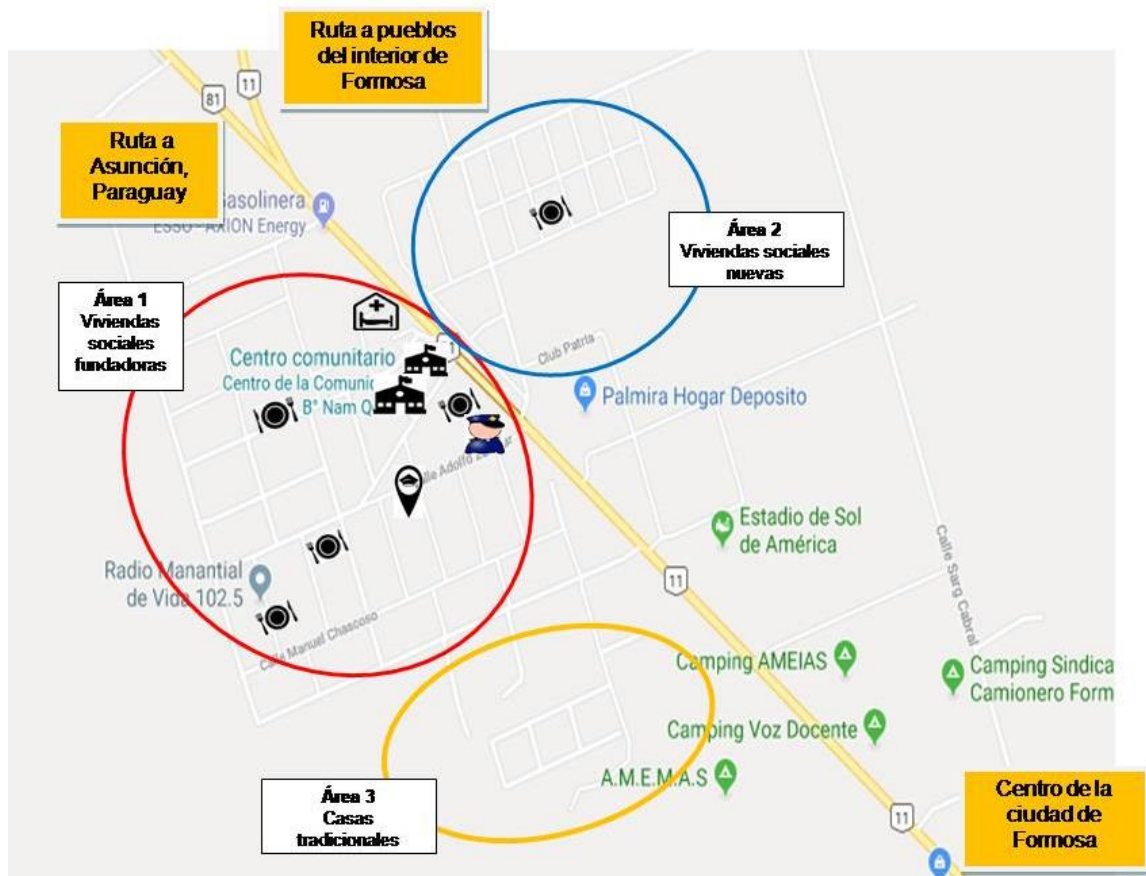











Figura 3. Mapa de Namqom y sus principales características

Fuente: Elaboración propia

- | | | | |
|---|-------------------------------|---|-----------------------------------|
|  | Comisaría de Namqom |  | Comedor Comunitario |
|  | Colegio secundario E.I.B N° 1 |  | Área 1: al suroeste de la ruta 11 |
|  | Escuela N° 335 |  | Área 2: al noroeste de la ruta 11 |
|  | Jardín de Infantes N° 21 |  | Área 3: al sureste de la ruta 11 |
|  | Centro de Salud Namqom | | |

I.7. Salud y segregación espacial

La salud humana y los ecosistemas son objetos que incluyen procesos de carácter biológico socialmente determinados (Breilh, 2010b). Al entender a la salud como un proceso social, su estudio requiere tratarla desde un encuadre teórico-metodológico colectivo. Para ello, nace el concepto de Medicina Social, desde el cual las especificidades individuales y grupales son analizadas en el contexto social que las determina. Sin embargo, es oportuno aclarar que en Brasil la corriente ha adoptado el nombre de Salud Colectiva, con el fin de resaltar la impronta colectiva del proceso de salud y la posibilidad de transformarla (Iriart, et al., 2002). Retomando, desde la Medicina Social y la Salud Colectiva se entiende a la salud como procesos, representaciones y respuestas sociales que expresan hechos históricos-sociales que implican colectivos humanos y que, por lo tanto, es necesario explicar su determinación y distribución de estos procesos más allá de su causalidad próxima y del ámbito de la biología (Arellano, Escudero, Moreno, Luz & Carmona, 2008). La mayoría de las comunidades originarias de Latinoamérica tienen una visión integral de la salud, en la que la dimensión espiritual ocupa un lugar importante y determinante. Según su cosmovisión, la salud resulta del acceso a elementos fundamentales para su “buen vivir” como el acceso a la tierra, la participación en la sociedad y la libertad para vivir su propia singularidad cultural en lo que respecta a su idioma, alimentación, vestimenta, vivienda, trabajo, educación y salud propiamente dicha (Stivanello, 2015).

El ser humano y la naturaleza tienen una relación económica, cultural y política, además de biológica, que determinan las formas de vida en las sociedades humanas, las formas de construcción de los espacios social-naturales y la propia construcción de patrones estructurados o modos de desarrollarse en dichos espacios (Breilh, 2010b). Esta perspectiva resulta particularmente apta para entender la situación de poblaciones latinoamericanas. Latinoamérica tiene uno de los niveles de desigualdad por ingreso más altos del mundo, así como una población mayoritariamente urbana y pronunciadas divisiones sociales por raza y clase (Monkkonen, 2012). La urbanización rápida de la última mitad del siglo XX llevó a la proliferación de asentamientos informales de vivienda en la periferia de las ciudades y a su incorporación gradual en el área urbana.

La estructura espacial de las ciudades latinoamericanas se ha caracterizado tradicionalmente por tres rasgos principales: a) los grupos de ingresos más bajos ocupan áreas de densidad baja, periféricas y con servicios pobres; b) los grupos de ingresos elevados se agrupan en un área de la ciudad, generalmente con un vértice en el centro histórico y se mueven hacia el exterior en una dirección; y c) existe una mayor homogeneidad socioeconómica en los barrios de bajos ingresos (Monkkonen, 2012). Es por esto que incorporar la localización espacial de los distintos grupos sociales tiene implicaciones importantes para las relaciones sociales y de salud. En esta tesis, se pondrá énfasis en una comunidad originaria periférica, con condiciones de vida y de salud inadecuadas, pero, además, con una cosmovisión de la salud diferente a la sociedad occidental (explicado en las secciones anteriores).

En América Latina, muchos grupos indígenas habitan en la periferia de zonas urbanas (Torres, 2001), originando segregación espacial. Esta desigual distribución espacial tiene un impacto negativo en las condiciones de vida y de salud de los más desfavorecidos. El paradigma de salud colectiva se basa en la construcción integral del objeto de salud y no en la transformación de riesgos aislados o factores determinantes ligados a las preocupaciones de la burocracia internacional (Breilh, 2010b). Por esto, desde la salud colectiva, se buscan las causas de la inequidad y sus vías de solución a partir de la determinación social del proceso salud-enfermedad (Acero, Caro, Henao, Ruiz & Sánchez, 2013).

Además de ser periférica, la comunidad de Namqom presenta segregación espacial. Esta característica se observa en las poblaciones indígenas, donde los niveles de segregación espacial son más altos que la población no-indígena y los patrones son más extremos: los hogares de bajos ingresos tienden a residir en las zonas periféricas y los hogares de altos ingresos en las zonas céntricas, lo cual indica niveles aún mayores de discriminación. Los indígenas ocupan mucho menos espacio por vivienda (casas pequeñas y hacinamiento) y viven más periféricamente que los hogares de bajos ingresos o los empleados en el sector informal (Monkkonen, 2012). Consecuentemente, las comunidades que viven en la periferia sufren exclusión social (Martinez Veiga, 1999) y desigualdades socioeconómicas. Por ejemplo, los niños/as indígenas son tres veces más vulnerables a sufrir privaciones graves en el acceso a la educación, el agua potable y la vivienda que los niños/as no-indígenas (CEPAL & UNICEF, 2006).

En cuanto a la conceptualización jurídica de “territorio indígena” hace referencia a todo territorio de administración autónoma respondiendo a una figura cuyo régimen sea semejante al municipal (en cuanto a los conceptos de autonomía aceptados constitucionalmente), bajo control y gestión del control por parte de la población originaria (cuya personalidad jurídica deberá estar regulada en el marco del derecho público) en concordancia con el Estado Provincial (De la Cruz, 1995). A pesar de tener una legislación en materia de reconocimiento indígena, la situación territorial de estas comunidades de Formosa es grave en lo que respecta a los derechos. La sedentarización forzada y la colonización limitaron el acceso a los lugares que constituían su territorio ancestral. Tan solo el 4% (3.075 kilómetros cuadrados) del territorio de la provincia -que asciende a 72.066 kilómetros cuadrados- corresponde a la tierra reconocida por el Gobierno provincial a las comunidades indígenas por la Ley Integral del Aborigen (Instituto Provincial del Aborigen, 1984). Si bien desde la implementación de esta ley algunas comunidades poseen título de propiedad de sus tierras, los límites de estas suelen corresponder a pequeñas partes de los territorios que los indígenas recorrían antiguamente (Ministerio de Educación y Deportes; Presidencia de la Nación, 2016). Sin embargo, las formas organizativas de los pueblos indígenas, al ser reconocidos como preexistentes, deben ser interpretadas como sujetos del derecho, *per se*.

A nivel latinoamericano, se halla como antecedente importante la Ley Indígena número 6172 sancionada por la Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica en 1977, que expresa claramente en su artículo segundo: "Las comunidades indígenas tienen plena capacidad jurídica para adquirir derechos y contraer obligaciones de toda clase. No son entidades estatales" y luego en su artículo cuarto "Las reservas [de tierras indígenas] serán regidas por los indígenas en sus estructuras comunitarias tradicionales [...]"(De la Cruz, 1995). A nivel Nacional, en la Constitución Nacional Argentina (LEY N° 24430, 1994) en el Artículo 75, inciso 17 se menciona *“Reconocer la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos. Garantizar el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural; reconocer la personería jurídica de sus comunidades, y la posesión y propiedad comunitarias de las tierras que tradicionalmente ocupan; y regular la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano; ninguna de ellas será enajenable, transmisible ni susceptible de gravámenes o embargos. Asegurar su participación en la gestión referida a sus recursos*

naturales y a los demás intereses que los afecten. Las provincias pueden ejercer concurrentemente estas atribuciones” (Argentina, 1994)

Por todo lo expuesto anteriormente, el estudio del espacio -físico y social- en el cual se desarrolla la vida de las personas nos permite acercarnos a la determinación social de la salud. Entonces, más allá de utilizar al espacio -específicamente, la segregación espacial- como un medio para clasificar un fenómeno, se va a concebir como un producto material. Es decir, el lugar es el ámbito de vida cotidiana donde las personas habitan. Estos espacios están asociados al concepto de lo local, y poseen dimensiones que se vinculan estrechamente con la calidad de vida, pero también a la identidad (historia, cultura) y la vida cotidiana (prácticas y experiencias compartidas). El lugar entonces es un espacio de interacción de las personas que es construido por sus habitantes pero que al mismo tiempo los construye en términos sociales (Venier, 2013). Es decir, un producto al cual los seres humanos con sus relaciones prácticas le otorgan formas, funciones y significaciones. Entonces, en términos de salud, los perfiles epidemiológicos en el espacio urbano -que no son simples perfiles estadísticos sino explicaciones de la salud- varían de una clase social a otra y sufren modificaciones históricas según los cambios de las relaciones de poder que afectan los modos de vida (Breilh, 2010a). Esta investigación da lugar a explicar el estado nutricional, específicamente el exceso de peso y la baja talla, y sus variaciones según la segregación espacial, las condiciones de vida y características socioeconómicas.

I.8 Determinación social de la alimentación y del estado nutricional

Hasta aquí, se describió que actualmente los niños y niñas en edad preescolar presentan altas prevalencias de malnutrición, tanto exceso de peso como baja talla para la edad, a nivel mundial, nacional y provincial. Pero que si ese niño o niña, además de tener alguna malnutrición, vive en la pobreza padece una doble carga de morbilidad a futuro. En una comunidad donde las carencias son evidentes, como Namqom, la baja talla al ser un proceso crónico y de adaptación permite correlacionarse con las condiciones ambientales, y, además, refleja la historia social del lugar.

La alimentación concebida como práctica y proceso social en comunidades con carencia implica poner en marcha tácticas de obtención de alimentos. A pesar de que

Argentina es un país con condiciones que permiten asegurar la alimentación para todos, esto no sucede debido a la inequidad alimentaria que compromete, sobre todo, la salud de los grupos vulnerables como los niños y niñas. Namqom, por su parte, ha pasado de tener una alimentación autóctona a una transición nutricional que deriva en una alimentación industrializada, de alta densidad calórica y pobre en nutrientes.

Otro aspecto a tener en cuenta es que, en una comunidad, la cultura es una historia en proceso que en el colectivo en conjunto va elaborando un consenso cultural. Este consenso cultural permite llegar a un dominio cultural de, por ejemplo, la alimentación y el cuerpo. Los alimentos, en sí mismos, poseen significados que en el caso de los niños estos significados están influenciados por los padres. A su vez, las elecciones alimentarias de los padres están influenciadas por la cultura. Estas influencias se construyen de generación a generación como pautas culturales. Las pautas culturales latinoamericanas más significativa son el rol de la madre como encargada de la alimentación y la concepción del cuerpo sano.

Por su parte, la cultura latinoamericana coloca a la mujer como cuidadora responsable de la familia, generando una desigualdad naturalizada. Pero si además de ser mujer es indígena y es pobre, esta sufre una triple opresión. Opresión, resignificada a partir de la colonización. Teniendo en cuenta este contexto, y los antecedentes teóricos acerca de estudios de nutrición y género, se tiene en cuenta la perspectiva de roles de género.

Dentro del estudio de la alimentación y del estado nutricional de preescolares y desde la Salud Colectiva, se entiende a la salud como proceso social que para las comunidades indígenas implica el resultado de un conjunto de elementos para su buen vivir, entre ellos, territorio, alimentación, vivienda, educación, entre otros. Desde esta perspectiva, la localización espacial tiene implicaciones en la salud. Las comunidades que viven en la periferia sufren exclusión social y desigualdades socioeconómicas, donde los niños indígenas son más vulnerables. En Formosa, Namqom, es una comunidad periférica y posee un territorio limitado. En esta investigación, se aborda a la segregación espacial como un producto final, donde el estado nutricional puede presentar o no variabilidad en función de las características de cada área.

Basándose en el modelo ecológico, los resultados de este estudio contribuyen a un mejor entendimiento de la determinación social de la alimentación y del estado nutricional de los preescolares (Figura 1). Debido a que en este estudio no sólo se estudian las prevalencias de exceso de peso, de talla baja y las frecuencias diarias de consumo de alimentos, sino que también se describe todo el proceso desde lo biológico, social, histórico y cultural, porque se concibe a la alimentación y al estado nutricional de los preescolares desde la concepción y mirada de las madres.

I.9 Hipótesis

En general, podemos asumir que el estado nutricional de un/a niño/a es el resultado de la determinación social construido por las características alimentarias, políticas, pautas culturales y condiciones de vida en la que se desarrolla. Dado que la población de Namqom es genéticamente homogénea y que el 100% de las familias que lo habitan vive por debajo del nivel de pobreza, se esperaría encontrar, a nivel poblacional, indicadores de estado nutricional desfavorables respecto a la población general. Ahora bien, una mirada más detallada y cualitativa de la comunidad de Namqom permite identificar la presencia de una incipiente estratificación en el nivel socioeconómico, aun cuando todas las familias se clasificarían como pobres. Hipotetizamos que esta incipiente estratificación lleva a desigualdades en el proceso de alimentación (calidad, cantidad, acceso) lo que se vería reflejado en diferencias en el estado nutricional de los/as niño/as.

I.10 Objetivo general y específicos

I.10.a Objetivo general

Analizar la determinación social de la alimentación y del estado nutricional en niños y niñas de 2 a 5 años de la etnia Qom en Formosa Capital durante el periodo 2016-2018.

I.10.b Objetivos específicos

1. Determinar el estado nutricional según sexo y edad de niños y niñas de 2 a 5 años mediante el valor del índice de masa corporal y la talla por edad en referencia a las curvas estándar de crecimiento para Argentina y para el mundo (OMS).
2. Describir el contexto alimentario y la frecuencia de consumo de los alimentos relatados por madres de niños/as en edad preescolar.
3. Analizar la asociación entre el estado nutricional de niños y niñas en edad preescolar con su alimentación, su nivel socioeconómico y su ubicación espacial dentro del barrio.
4. Interpretar las pautas culturales relacionadas con la significación de la alimentación en edad preescolar, la concepción de cuerpo saludable, la percepción del tamaño corporal y los roles de género por parte de las cuidadoras de los preescolares incluidas en la muestra.

CAPITULO II: Materiales y Métodos

II.1 Diseño de la investigación

Este estudio fue de corte transversal, analítico y de métodos mixtos (cuanti-cualitativo). Se llevó a cabo en los hogares de niños y niñas de la comunidad Qom de 2 a 5 años de edad, en Formosa capital. La recolección de los datos cuantitativos se realizó durante los meses de enero y diciembre del año 2016 y la de los datos cualitativos se tomó desde el año 2016 al año 2018.

II.2 Ámbito, población y muestra

La presente investigación se desarrolló en el ámbito de una comunidad originaria de la etnia Toba/Qom, la cual forma parte de la región del Gran Chaco (Figura 2). Ésta es una vasta región de biogeografía subtropical, y el pueblo de Namqom se encuentra específicamente en el Chaco húmedo. Las precipitaciones en esta área oscilan entre 1.200 y 1.700 mm/año y las temperaturas medias anuales oscilan entre 18 y 26°C (Scribano, et al., 2017).

Namqom se ubica en la periferia de la ciudad de Formosa, a 11 km al oeste de la ciudad de Formosa capital de aproximadamente 3000 habitantes. El nombre del barrio es Namqom y en idioma Qom significa *nuestra gente*. Dentro del barrio, se observaron tres áreas bien diferenciadas: sector de viviendas sociales fundadoras (área 1), sector con viviendas sociales nuevas (área 2) y sector con casas tradicionales (área 3) (Figura 3).

Según el último censo poblacional realizado (Lanza, datos no publicados, 2013) en Namqom, la población de niños y niñas entre los 2 y 5 años era de aproximadamente 450. Para este estudio se establecieron como criterios de inclusión que los niños y niñas al comienzo de la investigación tuviesen entre 2,0 y 4,9 años de edad, que nacieran en el barrio Namqom y que sus madres/padres consintiesen en participar. En cambio, los criterios de exclusión correspondieron a aquellos niños/as nacidos prematuros, niños/as con diagnóstico de retraso de desarrollo, enfermedades crónicas o discapacidades físicas y mentales. Finalmente, el cálculo del tamaño de muestra necesario, considerando una

prevalencia de exceso de peso del 9% fue de 160 niños con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

A fin de alcanzar ese tamaño muestral y teniendo en cuenta que la confianza de la comunidad y la voluntad de cada familia para participar sería imprescindible para el desarrollo de la estrategia de recolección de datos, se invitó primero a las familias que la doctoranda conocía, y viceversa, por el Programa de Ecología Reproductiva del Chaco Argentino (PERCHA)¹⁴. Para seleccionar la muestra, primero se incluyeron cincuenta (50) niños y niñas que habían participado en investigaciones conducidas por el PERCHA. Luego, se realizó aleatoriamente una selección de preescolares por área de Namqom. Se seleccionó al azar los/as participantes, primero se trabajó en el área 1, luego en el área 2 y luego en el área 3. En cada área se preguntó cuáles eran las familias con niños/as de 2.0 a 4.9 años, se les invitó a participar y los que aceptaron formaron parte de la muestra.

II.3 Variables

Basándose en el diseño del estudio, se trabajó con variables cuantitativas y cualitativas. En primer lugar, el análisis de las variables cuantitativas permitió obtener la prevalencia de exceso de peso y baja talla en la población, describir la frecuencia diaria de consumo de alimentos, comparar la percepción de las madres sobre el cuerpo de sus hijos o hijas con el estado nutricional, describir la situación socioeconómica de las familias de los preescolares y ubicación según área geográfica. En segundo lugar, el estudio de las variables cualitativas permitió contextualizar y dar sentido a los datos cuantitativos antes mencionados. Se trató de profundizar en los significados de la alimentación para los niños y niñas Qom desde las voces de las madres y comprender el por qué de las elecciones alimentarias. También se indagó sobre la percepción de cuerpo saludable, que posibilitó conocer el ideal corporal; además, permitió tener una primera aproximación sobre cómo se manifiestan los roles de género en la comunidad, y así

¹⁴ PERCHA se estableció en 1997 y se centra en la investigación y educación en reproducción femenina, salud y desarrollo infantil y salud indígena en general. La base de datos de donde se extrajo el nombre del participante potencial fue un censo de la aldea realizado como seguimiento de un estudio bio-demográfico en curso. Los datos no están publicados.

entender si existen o no diferencias en la manera de alimentar a los niños y niñas en edad preescolar.

Al analizar estas variables desde la determinación social se estudió como un todo, retratando la dinámica de lo biológico y lo social desde el modelo ecológico que permite ver estas características en niveles (Figura 1), y donde se observa como lo social –nivel estructural y cultural- engloba a lo biológico. Es decir, las variables cuantitativas nos permitieron describir la alimentación y el estado nutricional en la comunidad, respecto a las políticas públicas y la cultura. El enfoque cualitativo permitió darle voces a la comunidad respecto a estos procesos y entender las desigualdades sociales que se presentaron producto de las relaciones de dominación.

II.3.a. Variables demográficas y prenatales

Las variables demográficas que se obtuvieron fueron las siguientes:

- a. Identidad del cuidador o cuidadora del preescolar: persona que se encarga del cuidado y alimentación del niño o niña.
- b. Sexo: del/la preescolar y de su cuidador/a, según características físicas visibles.
- c. Edad: años cumplidos al momento de la encuesta según Documento Nacional de Identidad (DNI) o libreta de salud, del/la preescolar y su cuidador/a.
- d. Alfabetización materna: indica si las madres leen y escriben, datos reportados por ellas mismas.
- e. Escolaridad materna: nivel de estudio formal alcanzado. Las categorías fueron: primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, terciario o universitario.

Las variables prenatales fueron:

- a. Peso al nacer: según libreta de salud. Se clasificó en bajo peso (≤ 2499 g), peso normal (2.500g-3.499g) en alto peso de nacimiento a macrosómico ($3.500g \geq 4.000g$).
- b. Tipo de nacimiento vaginal o cesárea, según libreta de salud.

- c. Diabetes gestacional: presencia de diabetes durante el embarazo, según historia clínica en el Centro de Salud de Namqom.
- d. Tabaquismo en el embarazo: si la madre fumó o no durante el embarazo, reportadas por las madres y verificadas en historia clínica del centro de salud de Namqom.

II.3.b. Variables antropométricas

Para determinar el estado nutricional de los preescolares y sus madres, se tomaron el peso y la talla en los hogares de familias:

- a) Peso actual: se tomó el peso del preescolar al momento de la entrevista y en óptimas condiciones de salud. A la madre se le tomó el peso el mismo día que a su hijo/a. Se midió en Kilogramos (Kg).
- b) Talla: se tomó la talla que presentó el preescolar y su madre al momento de la entrevista. La talla del preescolar se midió en centímetros (cm) y el de la madre en metros (m).

II.3. c. Variables de segregación espacial

Los cuatro sectores de viviendas se agruparon en tres para el análisis, teniendo en cuenta la ubicación de los hogares. Dado que dos áreas en un lado de la ruta tenían las mismas características demográficas y estructurales, se analizaron como un área única. Por lo tanto, obtuvimos estas categorías:

- a. Área 1: el primer sector con viviendas construidas a partir de familias de los años 70 y fundadores,
- b. Área 2: el segundo y tercer sectores con construcción de viviendas nuevas y familias jóvenes, y
- c. Área 3: el cuarto sector construido con casas tradicionales de palma y barro y demografía heterogénea.

Las características de cada sector se describen con más detalle en la sección I.6 Namqom: historia, territorio y características del Capítulo I.

II.3. d. Variables socioeconómicas

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), Namqom es una comunidad con bajos recursos económicos, es decir, que tiene sus necesidades básicas insatisfechas (Instituto Nacional de Censo y Estadística, 2015). Para una mayor comprensión de las desigualdades socioeconómicas se analizó la posesión de algunos recursos. Los recursos socioeconómicos estudiados fueron:

a. Tipo de vivienda: Esto incluyó cuatro tipos de construcción:

- i. casas tradicionales: hechas de troncos de palmas y barro,
- ii. viviendas sociales fundadoras: de ladrillo antiguas (construidas antes del año 2000 por planes de vivienda provinciales, con uno o dos dormitorios, una dependencia (letrina) alejada de las casas),
- iii. viviendas sociales nuevas: de ladrillos nuevas (construidas después del año 2000, con dos o tres dormitorios, baños afuera, pero adjuntos a la casa), y
- iv. construcción propia: (de ladrillo construidas por las mismas familias sin subsidios del gobierno). Para el análisis, esta categoría se excluyó por poca cantidad de casos (3 casos).

b. Acceso a agua potable: si la familia tiene o no un suministro de agua potable en la casa. Se categorizó en: sin agua potable/con agua potable.

c. Posesión de refrigerador: si hay un refrigerador, un congelador o un refrigerador con congelador en el hogar. Se categorizó en: sin heladera/con heladera o freezer/con heladera y freezer.

d. Posesión de cocina: si hay una estufa de gas o una estufa de leña en el hogar. Se categorizó en: con cocina a leña/con cocina a gas.

Entonces, a cada recurso se le asigna un punto. Luego, el puntaje final permite clasificar de acuerdo con diferentes puntos de corte: 0-7 (nivel socioeconómico bajo), 8-15 (nivel socioeconómico medio), 16-21 (nivel socioeconómico alto) (Anexo IV). Es así que, a pesar de ser una comunidad de bajo nivel socioeconómico relativamente homogéneo, con fines analíticos se realizó una incipiente estratificación del nivel socioeconómico para su posterior descripción.

Tabla I. Recursos materiales de los hogares según una clasificación del nivel socioeconómico relativo

		Nivel relativamente bajo	Nivel relativamente medio	Nivel relativamente alto
Tipo de vivienda	Casas tradicionales	86,8% (33)	25,0% (28)	0,0
	Viviendas sociales fundadoras	13,2% (5)	60,7% (68)	14,3% (74)
	Viviendas sociales nuevas	0,0	14,3% (16)	85,7% (6)
Agua	Sin agua potable	60,5% (23)	14,0% (16)	0,0
	Con agua potable	39,5% (15)	86,0% (98)	100% (8)
Refrigeración	Sin heladera	65,8% (25)	12,3% (14)	0,0
	Con heladera o freezer	21,0% (8)	40,3% (46)	12,5% (1)
	Con heladera y freezer	13,2 % (5)	47,4% (54)	87,5% (7)
Cocina	Sin cocina	44,7% (17)	5,3% (6)	0,0
	Con cocina	55,3% (21)	94,7% (108)	100% (8)

II.3. e. Variables alimentarias

Las variables alimentarias consideradas fueron:

- a. Acceso a instituciones: si los preescolares asistían o no al jardín de infantes y/o guardería. Estas instituciones cuentan con servicio alimentario para los niños y niñas que asisten.
- b. Lactancia prolongada: si toma o tomó leche materna por más de 2 años.
- c. Tácticas de obtención de alimentos: se clasificó según la procedencia de los recursos alimentarios en:
 - i. compra efectuada-intercambio: supermercados, kiosco del barrio, vendedores ambulantes y,
 - ii. ayuda recibida-donación: la ayuda recibida o donación se clasificó en:
 1. formales: comedores comunitarios o escolares, caja de alimentos y las ayudas de iglesias, e

2. informales: provenientes de otras unidades familiares por el parentesco, la vecindad o amistad, basurero municipal, pedir comida casa por casa en el centro, etc.
- d. Frecuencia diaria de consumo de alimentos: utilizando el recordatorio de 24 horas, se recolectaron datos sobre el consumo alimentario de los preescolares, reportados por la madre o cuidador/a. La descripción de la manera en que se utilizó el instrumento se desarrolla en la sección II.4.d de este capítulo.

II.3. f. Variable sobre el tamaño corporal

Para estudiar la percepción que tenían las madres o cuidadoras respecto al cuerpo del preescolar, se utilizó un panel de 7 siluetas (Kim, Kim& Park, 2015). En cada juego, 2 siluetas representaron un peso inferior al normal (3° y 10° percentiles), los próximos 3 bocetos de niños representaron el rango de peso normal (25 y 75 percentiles), y la siguiente representa sobrepeso y obesidad (90 y 97 percentiles). Luego, las percepciones se categorizaron en:

- a. Cuerpo percibido: tamaño corporal actual del preescolar (bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad).
- b. Cuerpo deseado: tamaño corporal deseado (bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad).

II.3. g. Dimensiones sobre alimentación y cuerpo “saludable”

Una dimensión es un elemento integrante de una variable compleja que resulta de su análisis. Para comprender el dominio cultural de las madres y cuidadoras Qom respecto a la alimentación y el cuerpo “saludable” de los preescolares se estudiaron las dimensiones:

- a. Significación de alimentación: los alimentos son portadores de significados, entendidos éstos como los atributos que les confiere una población para clasificarlos de manera que guíen su elección según la ocasión, la condición socioeconómica, la edad, el sexo, el estado fisiológico, la imagen corporal y el prestigio, entre otros factores (Mintz, 2003).

- b. Percepción del cuerpo “saludable”: forma parte de la conducta que comprende un proceso de selección y elaboración simbólica del cuerpo, que resulta en la construcción social del cuerpo.

II.3. h. Dimensión Rol de género

Para estudiar los roles de género se estudió el papel que ocupan las personas encargadas de los preescolares. Luego, se categorizó en:

- a. Rol reproductivo: este rol, en casi todas las culturas, es asumido por las mujeres, y está relacionado con la reproducción biológica y las actividades necesarias para garantizar el bienestar y sobrevivencia de todos los miembros del hogar, la crianza, la educación, la alimentación, la atención y el cuidado de la familia, y la organización y mantenimiento del hogar. En este caso la participación del hombre se limita a ayudar;
- b. Rol productivo: en este tipo de rol entran todas las actividades que producen ingresos personales y para el hogar. Los ingresos pueden ser en dinero o en especie. Tradicionalmente se ha considerado el rol principal del hombre;
- c. Rol de gestión comunitaria: Son las actividades que se realizan para aportar al desarrollo o a la organización política de la comunidad. Se incluye toda la forma de participación voluntaria en la promoción y manejo de actividades comunales (Presno-Labrador & Castañeda-Abascal, 2003).

II.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Los datos fueron recolectados en los hogares de los preescolares participantes. El equipo de trabajo de campo estaba compuesto por la tesista y dos asistentes de campo: una estudiante avanzada de una universidad local (carrera de Nutrición) y una ayudante Qom de Namqom. Ambas fueron entrenadas en antropometría. Primero, el equipo visitó a las familias que tenían a un niño o niña en edad preescolar que figuraba en un censo obtenido por el Programa de Ecología Reproductiva del Chaco Argentino (PERCHA). Durante esta primera visita, se explicó verbalmente el propósito del estudio y se otorgó una invitación para participar a la madre del niño o su cuidador/a principal. El equipo dejó una hoja informativa escrita (Anexo I) y se ofreció a regresar más tarde (o en los días siguientes) si la persona necesitaba más tiempo para pensar en participar. Una vez

que se obtuvo el consentimiento, se programó una segunda visita para realizar la entrevista y recopilar medidas antropométricas.

Todos los pasos del proceso de consentimiento informado se siguieron estrictamente. Los niños y niñas participaron con el consentimiento de su madre, padre o abuela y su propio asentimiento. Dado que las personas de la comunidad Qom consideran que el habla es más vinculante que la escritura y los documentos escritos firmados tienen una connotación negativa, sólo se solicitó el consentimiento verbal. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Yale (Protocolo # 1510016698) (Anexo II).

II.4. a. Encuesta cerrada

Para recopilar datos demográficos, socioeconómicos y prenatales se utilizó un cuestionario cerrado aplicado en la entrevista (Anexo III). Esta encuesta se diseñó utilizando información etnográfica recopilada durante 20 años de trabajo de campo (notas de campo y observación participante) en el contexto del Programa PERCHA y que se había utilizado en estudios anteriores en Namqom (Alfonso-Durruty & Valeggia, 2016; Valeggia & Tola, 1999).

Este instrumento permitió también obtener datos sobre el contexto alimentario como: acceso a instituciones, seguridad alimentaria y lactancia prolongada. Así como también recolectar las variables de recursos socioeconómicos: tipo de vivienda, acceso a agua potable, posesión de heladera y/o freezer, posesión de cocina.

II.4.b. Antropometría

Se tomaron las medidas de peso y talla de los preescolares. Para el peso se utilizó una báscula digital portátil de marca Tanita® (BF-689). Los/as participantes fueron pesados descalzos, sin pañales o accesorios. El peso de la ropa se restó de la medida obtenida. La talla se obtuvo sin calzado utilizando un estadiómetro portátil (SECA 213®). Las técnicas antropométricas siguieron las pautas para la evaluación nutricional informadas por la Organización Panamericana de la Salud (OMS & OPS, 2008). El estado nutricional de los niños participantes se evaluó considerando los valores límite de

desviación estándar de la OMS 2006, utilizando la talla para la edad y el IMC para la edad como indicadores.

Estandarización de peso de ropa de niños/as

Pañal grande	0,030kg
Pantalones de pijama	0,040kg
Shorts de gimnasio	0,050kg
Campera fina	0,180kg
Remera mangas largas	0,070kg
Jumper de bebe con pies	0,120kg
Pantalones de gimnasio (polar)	0,050kg
Sweater (con cuello)	0,090kg
Vestido	0,130kg
Remera con mangas cortas	0,050kg
Sweater	0,060kg
Shorts	0,030kg
Bombachas	0,020kg

Para evitar factores de confusión asociados con la pérdida de peso durante la enfermedad, se preguntó a las madres si sus hijos/as habían estado enfermos en algún momento durante las dos semanas anteriores a la visita. Si la respuesta fue afirmativa se pactó una nueva visita en las semanas siguientes para tomar las medidas, pero si la respuesta fue negativa se recogieron las medidas de peso y talla.

Para tomar las medidas de la madre se utilizaron una balanza portátil digital Omrom HBF-514 para adultos y el mismo tallímetro portátil SECA 213. Las medidas de las madres se tomaron en la misma visita en que fueron tomadas las medidas de los/las preescolares.

II.4. c. Panel de siluetas

Para evaluar la percepción del tamaño corporal se presentaron a las madres o cuidadoras un panel de siluetas, mencionado en la sección II.3.f de este capítulo, (Figura 4). La información relacionada con la imagen corporal percibida y deseada, se obtuvo

solicitando a cada una de las madres de los preescolares que seleccionaran los modelos anatómicos que correspondieran a la percepción de la imagen actual de su hijo/a e imagen del cuerpo ideal de su hijo/a.

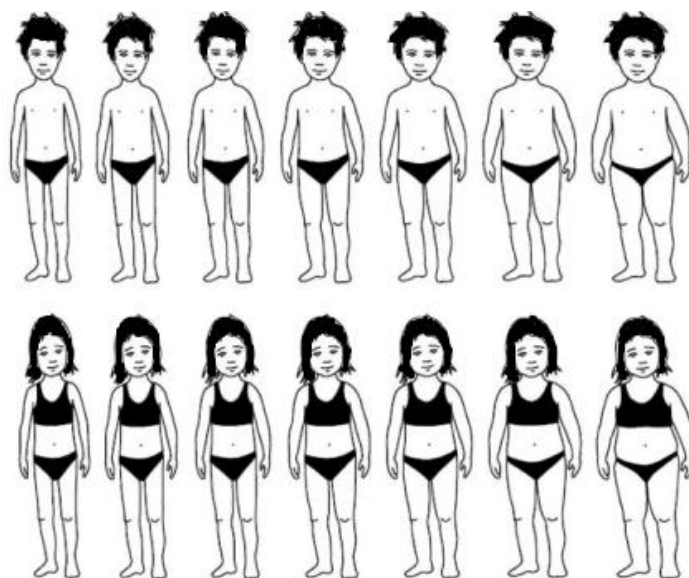


Figura 4. Panel de siluetas (Kim, et al., 2015)

II.4. d. Recordatorio de 24 horas

Para recopilar datos sobre los alimentos consumidos por los/as participantes de edad preescolar utilizamos tres recordatorios de 24 horas, realizados a madres y abuelas según quién sea la principal cuidadora del participante (Anexo III). Dos de ellos se realizaron durante la semana y un recordatorio durante el fin de semana o día festivo. Este instrumento se seleccionó para determinar la frecuencia de consumo debido a que las personas Qom tienen una concepción diferente del espacio y el tiempo. El recordatorio de 24 horas le permite al investigador obtener datos del día anterior. En el campo se utilizó como soporte el atlas de alimentos (Navarro et al., 2007) para facilitar la determinación de las medidas caseras, aunque no es un instrumento validado en la población de estudio. De todas maneras, la información que aporta el atlas permitió a las madres y abuelas participantes indicar una porción más próxima al consumo real de sus niños y niñas.

II.4. e. Entrevistas y observación participante

Durante el transcurso del estudio se realizó una entrevista con preguntas abiertas a madres, abuelas y referentes comunitarios acerca de la crianza de los preescolares, su alimentación y sobre su percepción del cuerpo saludable. El muestreo fue por conveniencia y estuvo sujeto al principio de la saturación de datos hasta que se cubrió todos los requerimientos conceptuales (Salamanca-Castro & Crespo-Blanco, 2000).

Además, la tesista participó de las actividades llevadas a cabo en los diferentes comedores de los barrios, en las casas de familia y en el centro de salud para registrar datos experienciales y del contexto en el que sucede la alimentación de los niños/as de 2 a 5 años. Esta observación participante se registró a través de notas de campo.

II.4.f. Listado o asociación libre

Para determinar el dominio cultural de la alimentación y del cuerpo saludable de preescolares utilizamos una técnica de listado libre. Para esto, cada madre o abuela respondió con tres palabras o frases que vinieron a la mente cuando la investigadora les dijo "alimentación" y/o "cuerpo saludable". En la práctica, la técnica es muy simple: por ejemplo, la investigadora preguntó "¿qué es la alimentación?" y se obtuvo una respuesta como "comida". Luego, la investigadora repreguntó "¿qué comida?". Con esta técnica se debe tener en cuenta que, si un conjunto de elementos no tiene un nombre en una cultura determinada, es probable que no sea un dominio en esa cultura. Sin embargo, aun así, permite obtener una lista de elementos relacionados haciendo preguntas como "¿Qué tipos de alimentación hay?".

II.5 Análisis de datos

II.5. a. Análisis cuantitativo

Para evaluar el estado nutricional de los preescolares se trabajó con las puntuaciones z de peso y de talla, las cuales se calcularon utilizando el software Anthro Plus®. Para el análisis de índice de masa corporal (IMC) para la edad, reorganizamos los datos en dos categorías no superpuestas: exceso de peso (sobrepeso y obesidad) y sin exceso de peso (bajo peso y peso normal). Para la talla/edad se categorizó en: talla normal (talla alta y normal) y baja talla (talla baja y talla muy baja). Todos los análisis

estadísticos se realizaron utilizando el software Stata^{v.14}. Dado que muchas variables a analizar fueron categóricas, las asociaciones entre las mismas se exploraron mediante la prueba de Chi cuadrado, considerando los valores de $p < 0,05$ como estadísticamente significativos.

Para la descripción de la muestra, analizamos las características prenatales (peso al nacer, tipo de nacimiento, diabetes gestacional y tabaquismo en el embarazo) con las características nutricionales (IMC/edad y talla/edad). Luego se hizo una descripción de las características socioeconómicas de los preescolares (alfabetización materna, nivel socioeconómico, vivienda, agua potable, refrigerador y cocina) por área. El análisis bivariado se realizó mediante pruebas de independencia de Chi cuadrado para explorar la asociación entre el estado nutricional del niño (IMC/edad y talla/edad) y las variables independientes seleccionadas (sexo, alfabetización materna, diabetes gestacional, nivel socioeconómico y área geográfica de Namqom). El análisis multivariado (Regresión logística binomial) se utilizó para analizar los datos, que incluyeron:

- a. Exceso de peso por sexo como variable dependiente (variable respuesta con exceso/sin exceso de peso) y como covariables: alfabetización materna, diabetes gestacional y área geográfica dentro del barrio Namqom (Modelo 1) o nivel socioeconómico familiar (Modelo 2);
- b. Talla baja por sexo como variable dependiente (variable respuesta talla baja/talla normal a alta) y como covariables: alfabetización materna, peso de nacimiento y área geográfica dentro del barrio Namqom (Modelo 1) o nivel socioeconómico familiar (Modelo 2).

Para ambos análisis se utiliza el método *forward*, teniendo en cuenta como criterio de inclusión de las variables un $p < 0,20$ del análisis bivariado. Por último, se analizó el estado nutricional según IMC/edad, el cuerpo percibido y el cuerpo ideal según área geográfica.

La seguridad alimentaria (acceso de alimentos y tácticas de obtención de alimentos) se analizó en función de los datos obtenidos por la encuesta cerrada, determinando la proporción de preescolares en función de las diferentes tácticas de obtención de alimentos. Los datos obtenidos a través del recordatorio de 24 horas nos

permitieron recoger información sobre los alimentos consumidos por los preescolares. Por un lado, se analizó el consumo/no consumo de acuerdo al área geográfica. Primero, se promediaron los tres recordatorios de 24 horas y se obtuvo la frecuencia de consumo de cada alimento, las cuales se clasificaron en: a) no consume, y b) consume. Finalmente, estas frecuencias fueron comparadas teniendo en cuenta el Área en donde viven los participantes. Utilizamos Stata v.14 para el análisis estadístico de datos de alimentos. Por otro lado, se estudió la asociación de los alimentos más frecuentemente consumidos por los preescolares en función del estado nutricional y del nivel socioeconómico.

II.5. b. Análisis cualitativo

Para estudiar el contexto alimentario de los preescolares se completó con observaciones participantes realizadas por el equipo de campo, que consistió en asistir y participar en actividades relacionadas con el proceso alimentario como visitas en los hogares, en los comedores comunitarios, actividades en las iglesias como festividades, etc. Luego se realizaron notas de campo, que seguidamente fueron tratadas con un análisis de contenido a partir de categorías emergentes.

De la información obtenida del listado libre respecto a la palabra “alimentación” y “cuerpo saludable” se realizó un recuento de palabras y frases explicadas con mayor frecuencia desde la perspectiva de madres y abuelas. Por lo general, las asociaciones libres de palabras se obtuvieron como parte de una entrevista semi-estructurada, y no de una conversación informal. Se hizo exactamente la misma pregunta a toda la muestra de encuestadas. Luego contamos el número de veces que se menciona cada palabra o frase y ordenamos según frecuencia decreciente. La frecuencia de los elementos se interpreta generalmente en términos de prominencia. Es decir, se supone que los elementos que se mencionan con frecuencia son muy importantes para las madres, por lo que pocas olvidan mencionarlos. Sin embargo, otro aspecto de la prominencia es la rapidez con que la encuestada recuerda el término. Se asume que los datos recuperados primero son más destacados que los elementos recordados últimos. Cuanto mayor sea la probabilidad de que una participante mencione un elemento, más probable es que lo mencionen pronto. Esto apoya la noción de saliencia como una variable latente que determina si un dato se menciona y cuándo. Reconociendo que la frecuencia y el rango promedio son reflejos de la misma propiedad subyacente (prominencia), en este análisis se combinó los dos en una

sola medida. La medida fue esencialmente un recuento de frecuencia ponderado inversamente por el rango del elemento en cada lista. Es decir, analizamos el orden de esas palabras y frases y las generamos como un significado colectivo sobre la alimentación y cuerpo “saludable” de los preescolares en Namqom.

La perspectiva de género constituyó un elemento central en el análisis de los datos sobre alimentación. Entonces, para construir los roles de género de madres y abuelas se realizó un análisis de contenido de las notas de campo y entrevistas, teniendo en cuenta la clasificación: a) rol reproductivo, b) rol productivo, y c) rol de gestión comunitaria.

CAPITULO III: Resultados

III.1 Descripción de la muestra

La muestra estuvo conformada por 160 preescolares y 140 madres de Namqom, de los cuáles el 51,3% (n=82) son varones y el 48,7% (n=78) son mujeres, es decir, se trata de una muestra homogénea por sexo. Los niños y niñas tenían entre 2,0 y 4,9 años de edad, con una edad media de 3,4 años (40,3 meses, DE 12 meses). Dentro de la muestra hay 41 hermanos de 20 madres. Se encontró que las principales cuidadoras de los preescolares son mujeres, ya sea madres (73,2%), abuelas (6,4%) y tías (2%). Sin embargo, casi un 16% de los participantes son cuidados por ambos padres, sobre todo en el caso de las niñas participantes. Al momento de la encuesta, la mayoría de las madres eran jóvenes de 18 a 25 años (51%) y el 38,1% de ellas no sabían leer y escribir. Sin embargo, al momento del nacimiento de los preescolares el 28,7% de ellas eran adolescentes de entre 15 a 19 años, en total tenían una mediana de edad de 25 años. Con respecto a su estado nutricional, las madres presentaron alta prevalencia de sobrepeso (32,6%) y obesidad (33,3%).

Si bien todas las familias de Namqom tienen las necesidades básicas insatisfechas, en esta tesis se identificó una incipiente estratificación: se encontró que el 23,7% de las familias que participaron tiene un relativo bajo nivel socioeconómico.

En general, los niños y niñas en edad preescolar mostraron valores de peso al nacer relativamente altos, con una media de 3,39 kg (DE 0,60, IC 95% 3,27-3,51). Aproximadamente la mitad de los niños/as (53%) pesaba 3,5 Kg o más cuando nacieron. Además, estos niños/as presentaron alta tasa de partos por cesárea (Tabla II). Es importante señalar que las cesáreas no son electivas en esta población y muchas de ellas están programadas por el obstetra que atiende sin suficiente explicación para la madre (Martin, Veile & Vallengia, 2019). Adicionalmente, la mayoría de las madres no fumó ni tuvo diabetes gestacional durante el embarazo.

Tabla II. Características socioeconómicas, prenatales y nutricionales de preescolares por sexo

Características socioeconómicas		Mujeres		Varones		Total	
		N	%	n	%	n	%
Alfabetización materna	No lee ni escribe	28	35,9	33	40,2	61	38,1
Estado nutricional materno¹⁵	Sobrepeso	21	29,6	27	35,5	48	32,6
	Obesidad	26	36,6	23	30,2	49	33,3
Nivel socioeconómico	Nivel medio ¹⁶	58	74,4	64	78,0	122	76,3
	Nivel bajo	20	25,6	18	21,9	38	23,7
Área de Namqom	Área 1 (viviendas fundadoras)	34	43,6	44	53,6	78	48,7
	Área 2 (viviendas nuevas)	23	29,5	28	34,1	51	31,8
	Área 3 (casas tradicionales)	21	26,9	10	12,2	31	19,4
Características prenatales							
Peso de Nacimiento	Bajo peso ($\leq 2499g$)	5	8,6	5	8,5	10	8,6
	Peso normal (2.500g-3.499g)	23	39,7	22	37,3	45	38,5
	Alto peso de Nacimiento a Macrosómico ($3.500g \geq 4.000g$)	30	51,7	32	54,2	62	52,9
Tipo de nacimiento	Natural	48	64,9	49	65,3	97	65,1
	Cesárea	26	35,1	26	34,7	52	35,9
Diabetes gestacional	No	64	88,9	72	94,7	136	91,9
Tabaquismo durante el embarazo	No	61	84,7	67	83,7	128	84,2

Al relacionar las características socioeconómicas de los preescolares por área donde viven, en la Tabla III se observa diferencias estadísticamente significativas entre la edad de las madres y el área geográfica en donde viven. La mayoría de las madres analfabetas (45,1%) viven en el área 2, donde las condiciones socioeconómicas son mejores respecto al resto de las áreas. Asimismo, la mayoría de las familias con nivel socioeconómico relativamente bajo (58%) viven en el área 3, donde las casas son

¹⁵Estado nutricional materno: un caso de bajo peso y 33% (49) de estado nutricional normal

¹⁶ Nivel Medio incluye casos de nivel socioeconómico alto (8)

construidas tradicionalmente. En contraste, sólo en el área de viviendas sociales nuevas -área 2- se observan familias de nivel socioeconómico relativamente alto (15%). Del mismo modo, se observó que la frecuencia del tipo de vivienda (palma y barro, vivienda social fundadora o nueva) tiene diferencias estadísticamente significativas con respecto al área donde viven los preescolares ($p<0,01$). Consecuentemente, observamos que la mayoría de los niños y niñas en edad preescolar sin agua potable (87,1%), sin refrigeradores (48,4%) y con cocina a leña (35,5%) vivían en el área 3 con casas tradicionales y presentó diferencias estadísticamente significativas con respecto a las otras áreas (viviendas sociales fundadoras y viviendas sociales nuevas) ($p<0,05$).

Tabla III. Características socioeconómicas, prenatales y nutricionales de preescolares por área geográfica

		Area 1 n=78		Área 2 n=51		Area 3 n=31		Total n=160	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Edad Materna*	18 a 35 años	56	71,8	34	66,7	14	45,2	104	65,0
	36 a 55 años	22	28,2	17	33,3	17	54,8	56	35,0
Alfabetización materna	No lee ni escribe	26	33,3	23	45,1	12	38,7	61	38,1
Nivel socioeconómico*	Bajo Nivel	8	10,3	12	23,5	18	58,0	38	23,7
	Nivel Medio ¹⁷	70	89,7	39	76,5	13	41,9	122	76,2
Viviendas*	Palma y barro	14	18,4	17	34,0	30	96,7	61	38,9
	Vivienda social fundadoras	57	75,0	16	32,0	1	3,2	74	47,1
	Vivienda social nueva	5	6,6	17	34,0	0	0,0	22	14,0
Agua potable*	Sin agua potable	6	7,7	6	11,7	27	87,1	39	24,4
	Con agua potable	72	92,3	45	88,2	4	12,9	121	75,6

¹⁷ El nivel medio incluye casos de alto nivel socioeconómico (8) que se ubican en el Área 2.

		Área 1		Área 2		Área 3		Total	
		n=78		n=51		n=3		n=160	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Heladera*	Sin heladera	16	20,5	8	15,7	15	48,4	39	24,4
	Heladera o freezer	29	37,2	17	33,3	9	29,0	55	34,4
	Heladera con freezer	33	42,3	26	51,0	7	22,6	66	41,2
Cocina*	Cocina a leña	10	12,8	2	3,9	11	35,5	23	14,4
	Cocina a gas	68	87,2	49	96,1	20	64,5	137	86,6
Peso de nacimiento	Bajo peso (≤ 2.499 g)	6	10,2	3	9,1	1	4,0	10	8,5
	Normal peso (2.500-3499g)	21	35,6	13	39,4	11	44,0	45	38,5
	Alto peso a macrosómico (≥ 3.500 g)	32	54,2	17	51,5	13	52,0	62	53,0
Tipo de nacimiento	Normal	50	70,4	28	59,6	19	61,3	97	65,1
	Cesárea	21	29,6	19	40,4	12	38,7	52	34,9
Diabetes gestacional	Si	1	1,4	6	12,7	5	16,1	12	8,1
Tabaquismo durante el embarazo	Si	11	14,9	10	21,3	3	9,7	24	15,8

*p<0,05 corresponde a las diferencias entre áreas.

III.2 Estado nutricional de preescolares

Los preescolares mostraron una prevalencia de 21,2% de sobrepeso y 3,1% de obesidad, de los cuales al realizar una tabla de contingencia se encontró que el 32,5% de los preescolares con exceso de peso tienen madres con exceso de peso. Al mismo tiempo, el 15,6% tenían medidas de talla para la edad baja, con diferencias por sexo estadísticamente significativas: 8,9% niñas y 21,9% niños (p<0,05).

Al estudiar estas frecuencias en función del área en donde viven se observa que existe una mayor frecuencia de preescolares con exceso de peso -sobrepeso y obesidad- en el área de viviendas nuevas- Área 2(41,2%, p<0,05, Figura 5). En cambio, en el área de casas tradicionales (Área 3) se observa una mayor frecuencia de niños/as con talla baja (25,8%, Figura 6).

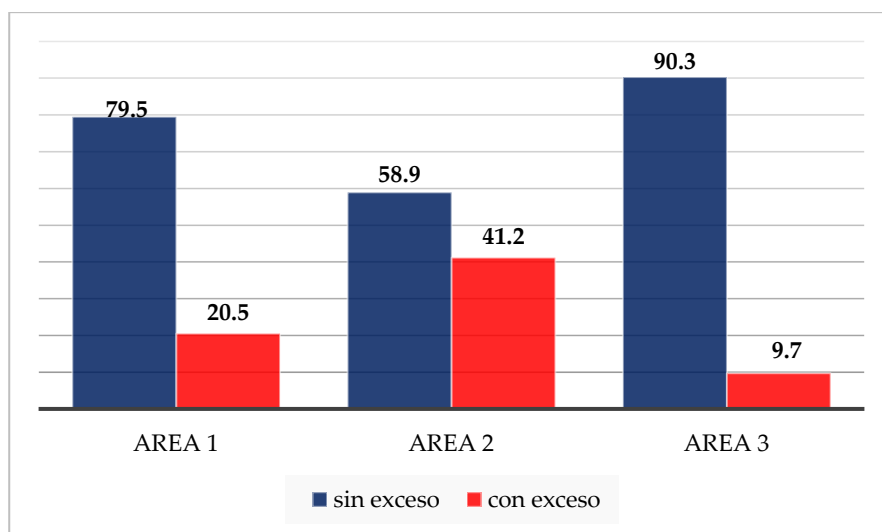


Figura 5. Estado Nutricional según área geográfica de Namqom (%)

1. Sin exceso de peso incluye 119 casos de peso normal y un caso de riesgo de bajo peso.
2. exceso de peso incluye 35 casos de sobrepeso y 5 casos de obesidad.

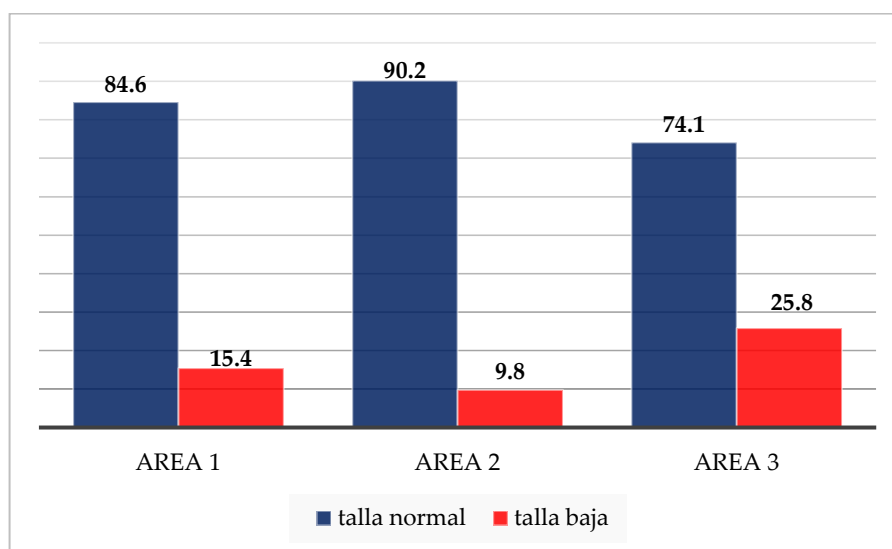


Figura 6. Talla-edad según área geográfica de Namqom (%)

Al analizar la asociación entre el exceso de peso con el sexo, la alfabetización materna, la diabetes gestacional y el área de vivienda o el nivel socioeconómico, se observó que el área geográfica donde viven los preescolares (OR=2,58; p=0,03) tiene una fuerza de asociación mayor que el nivel socioeconómico (Tabla IV).

Por un lado, al relacionar el sexo, con la alfabetización materna, la diabetes gestacional con el área geográfica se observó que según el área en donde viven los preescolares tienen 2,58 veces más probabilidades de tener exceso de peso (Tabla IV).

Por otro lado, cuando se relacionó el sexo, la alfabetización materna, diabetes gestacional con el nivel socioeconómico se observó que los preescolares cuyas madres tenían diabetes gestacional tienen 4,35 veces más probabilidades de tener exceso de peso (Tabla IV).

En cuanto a la relación del retraso en el crecimiento con el sexo, la alfabetización materna, el peso de nacimiento con el área geográfica o con el nivel socioeconómico también se observa que el área geográfica (OR=4,71, $p=0,04$) tiene una fuerza de asociación mayor que el nivel socioeconómico como en el caso del exceso de peso (Tabla V).

En primer lugar, al asociar el sexo, con la alfabetización materna, el área geográfica y el peso de nacimiento, se encontró que los preescolares varones tienen 4,17 veces más probabilidades de tener baja talla que las niñas. Además, los preescolares que nacieron con alto peso o macrosómicos tienen una baja probabilidad de retraso del crecimiento; y los niños/as que viven en el área 3 tienen 4,71 veces más probabilidades de tener baja talla (Tabla V).

En segundo lugar, al relacionar el sexo (masculino), la alfabetización materna (no saber leer ni escribir), el nivel socioeconómico (bajo) y el peso de nacimiento (alto peso de nacimiento a macrosómico), se observó que se mantiene el “efecto protector” de alto peso de nacimiento a macrosómico (Tabla V)

Tabla IV. Exceso de peso de preescolares por sexo, características socioeconómicas y nutricionales según Área geográfica (Modelo 1) y nivel socioeconómico (Modelo 2)

Características	Exceso de peso										
	Total de casos	% exceso peso	p	ORc	95% IC	p	ORa Modelo 1	95% IC	p	ORa Modelo 2	95% IC
Sexo											
Femenino	78	21.7									
Masculino ⁺	82	28.0	0.28	1.72	0.63-4.73	0.21	1.69	0.73-3.91	0.08	2.03	0.90-4.56
Alfabetización Materna											
No lee ni escribe ⁺	61	26.2	0.97	0.98	0.34-2.76	0.86	0.77	0.65-1.37	0.65	0.91	0.63-1-33
Lee y escribe	99	24.2									
Nivel socioeconómico											
Medio a alto ⁺	122	27.0	0.78	1.25	0.23-6.73				0.13	0.43	0.14-1.29
Bajo	38	18.4									

⁺ Categoría de referencia

ORc: Odd Ratio crudo

Determinación social del estado nutricional y la alimentación de preescolares Qom

Características	Exceso de peso										
	Total de casos	% de exceso de peso	P	ORc	95% IC	p	ORa Modelo 1	95% IC	p	ORa Modelo 2	95%IC
Área geográfica											
Área 1 Sector fundador	78	20.5									
Área 2 Sector viviendas+ nuevas	51	41.1	0.03	3.09	1.05-9.03	0.03	2.58	1.08-6.19			
Área 3 Sector tradicional	31	9.7									
Peso de Nacimiento											
Peso normal	45	24.4									
Alto peso a macrosómico	62	32.2	0.75	1.43	0.55-3.73						
Tipo de Nacimiento											
Natural	97	26.8									
Cesárea	52	21.1	0.50	0.70	0.25-1.94						
Diabetes gestacional											
No	136	23.5									
Si+	12	41.7	0.37	2.34	0.36-15.1	0.13	3.30	0.69-15.66	0.03	4.35	1.09-17-34
Tabaquismo durante el embarazo											
No	128	25.8									
Si	24	16.7	0.14	0.22	0.56-0.92						

Tabla V. Baja talla de preescolares por sexo, características socioeconómicas y nutricionales según área geográfica (Modelo 1) y nivel socioeconómico (Modelo 2)

Características	Talla baja										
	Total de casos	% de talla baja	p	ORc	95% IC	p	ORa Modelo 1	95% IC	P	ORa Modelo 2	95% IC
Sexo											
Femenino	78	8.9									
Masculino ⁺	82	21.9	0.02	2.85	1.11-7.27	0.04	4.17	1.03-16.79	0.13	2.53	0.75-8.49
Alfabetización Materna											
No lee ni escribe ⁺	61	19.6	0.27	1.62	0.68-3.82	0.96	1.02	0.29-3.62	0.88	1.09	0.31-3.82
Lee y escribe	99	13.3									
Nivel socioeconómico											
Alto a medio	122	12.3									
Bajo ⁺	38	26.3	0.04	2.54	1.03-6.27				0.08	2.93	0.84-10.15
Área de Namqom											
Área 1 Sector fundador	78	15.4									
Área 2 viviendas nuevas	51	9.8									
Área 3 Sector tradicional ⁺	31	25.8	0.20	1.91	0.69-5.26	0.04	4.71	1.04-21.21			

Determinación social del estado nutricional y la alimentación de preescolares Qom

Características	Talla baja										
	Total de casos	% de talla baja	p	ORc	95% IC	p	ORa Modelo 1	95% IC	p	ORa Modelo 2	95% IC
Peso de Nacimiento											
Peso Normal	45	22.2									
Alto peso a macrosómico ⁺	62	8.0	0.04	0.30	0.09-0.97	0.03	0.27	0.08-0.92	0.05	0.31	0.09-1.03
Tipo de Nacimiento											
Natural	97	14.4									
Cesárea	52	19.2	0.44	1.41	0.57-3.44						
Diabetes gestacional											
No	136	16.2									
Si	12	16.7	0.96	1.03	0.21-5.05						
Tabaquismo durante el embarazo											
No	128	15.6									
Si	24	8.3	0.36	0.49	0.10-2.25						

⁺ Categoría de referencia

ORc: Odd Ratio crudo

III.3 Características alimentarias de preescolares Qom

Para describir las características alimentarias se trabajó con 157 casos -debido a que dos madres (de 3 participantes) no supieron o no quisieron decir que consumieron sus hijos/as el día anterior- a los cuales se les realizó un cuestionario y tres recordatorios de 24 horas a las madres o abuelas de los preescolares según corresponda.

Respecto a la lactancia materna, 28,2% (46) de los niños/as participantes fueron destetados después de los 24 meses (>24 a 53 meses), el 70% fueron amamantados hasta los 24 meses. En general, la mediana de la edad de destete de los preescolares fue de 21 meses (DE 0,89 meses). La mayoría de ellos (45%) comenzaron a recibir alimentos complementarios a los 6 meses, y 18,7% a los 12 meses o más. Los niños en edad preescolar iniciaron la alimentación complementaria en promedio a los 7,6 meses (DE 0,29).

Con los recordatorios de 24 horas se identificaron 38 alimentos y preparaciones consumidos por los preescolares. En la figura 7 se muestra que casi el 96% de los preescolares consume pan, el 89% consume leche, el 87,5% galletitas dulces, el 84,7% guiso, casi el 72% torta frita y el 63,1% sopa siendo éstas las más frecuentes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo en el consumo de leche -83,5% de varones y 93,6% de mujeres-, jugo -48,1% de varones y 66,7% de mujeres- y galletitas dulces -13,9% de varones y 34,6% de mujeres- (Tabla VI).

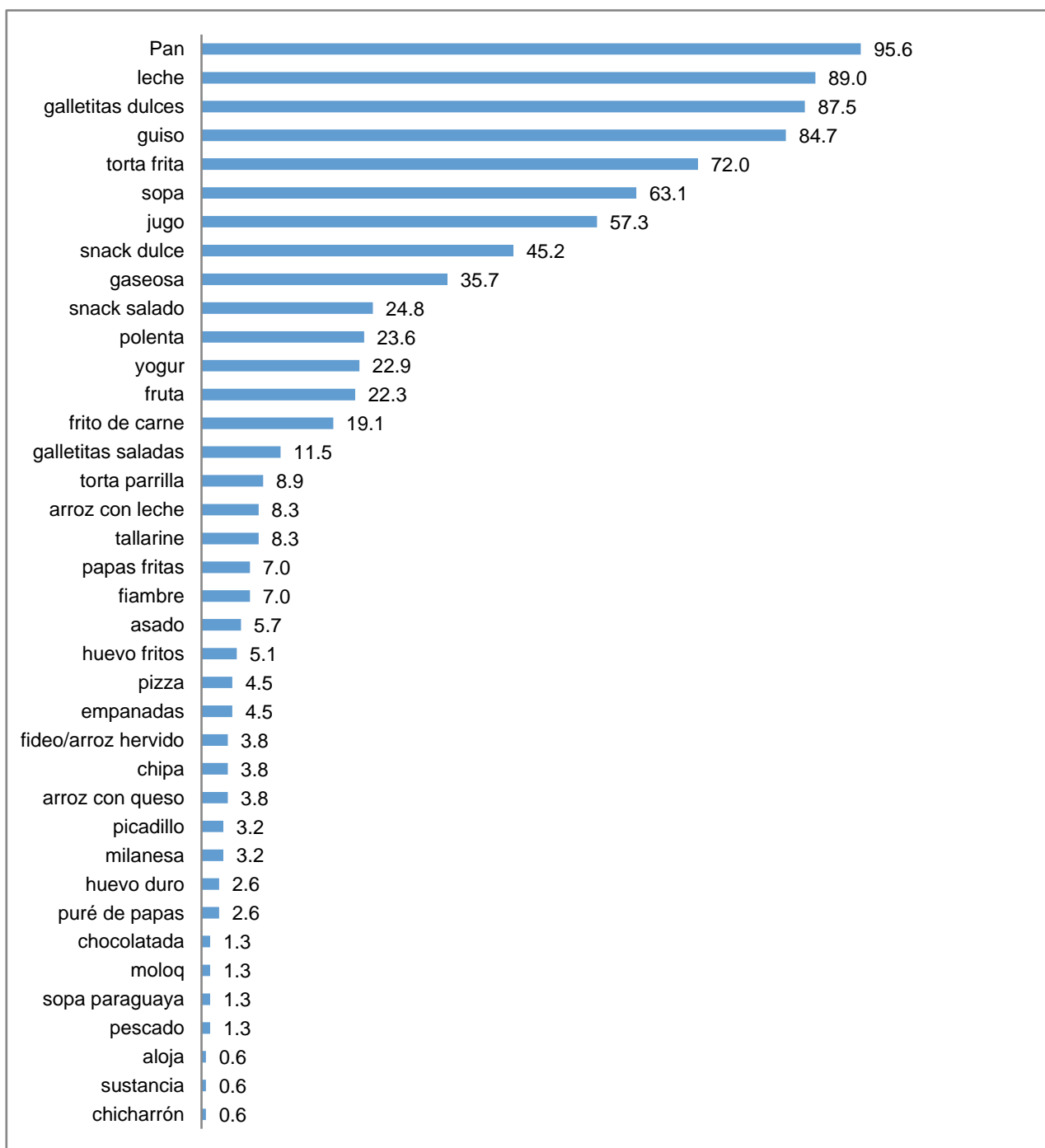


Figura 7. Alimentos y preparaciones consumidos por los preescolares Qom (%)

Tabla VI. Frecuencia de consumo diario de alimentos según el sexo de los preescolares

Alimentos consumidos por preescolares		Varones		Mujeres	
		n	%	n	%
Pan	No consume	5	6,3	2	2,6
	Consume	74	93,7	76	97,4
Leche *	No consume	13	16,5	5	6,4
	Consume	66	83,5	73	93,6
Galletitas dulces *	No consume	68	86,1	51	65,4
	Consume	11	13,9	27	34,6
Guiso	No consume	11	13,9	13	16,7
	Consume	68	86,1	65	83,3
Torta frita	No consume	22	27,8	22	28,2
	Consume	57	72,2	56	71,8
Sopa	No consume	24	30,4	34	43,6
	Consume	55	69,6	44	56,4
Jugo*	No consume	41	51,9	26	33,3
	Consume	38	48,1	52	66,7
Bebidas carbonatadas	No consume	52	65,8	49	62,8
	Consume	27	34,2	29	37,2
Total		79	100	78	100

*p <0.05 corresponde a las diferencias según sexo

Para conocer el contexto en el que se dan los procesos alimentarios se recurrió a notas de campo (observación participante), cuestionario y entrevistas; luego se analizaron las tácticas de obtención de los alimentos teniendo en cuenta la compra e intercambio de alimentos y las ayudas alimentarias, tanto formales como informales.

En cuanto a la compra o intercambio de alimentos, se encontró que el 67,5% de las familias de los preescolares compran en supermercados en el centro de la ciudad de Formosa, a 11 km de Namqom. Aunque en el medio hay otros recursos como kioscos del barrio o almacenes y vendedores ambulantes. Por otra parte, las notas de campo dan cuenta que las madres reconocen al basurero municipal como un lugar de obtención de alimentos

(mercaderías que tiran las grandes cadenas de supermercados) o de “cirujeo”, es decir obtención de plásticos y aluminio, para vender a empresas a precios bajos y comprar alimentos.

Como ayuda alimentaria, las familias de Namqom cuentan con diferentes modos de ayuda que se pueden dividir formal e informal. En el estudio se encontró que el 67,0% de la muestra asiste a algún comedor, ya sea comunitario o de alguna institución como jardín o guardería. De los cuáles, el 37,2% realiza el desayuno y el almuerzo, el 23,2% hace el desayuno, el almuerzo y la cena y el 18,6% el almuerzo y la merienda. Es decir, que más de la mitad de la muestra realiza al menos 2 de las comidas principales en alguna institución. Además, los relatos de los referentes comunitarios y las madres dan cuenta de que los niños y niñas Qom no aceptan comidas con verduras a la vista como las tartas que se ofrecen en algunos de los comedores comunitarios (comestibilidad cultural). En consecuencia, según los relatos, la mayoría de los comedores ofrecen preparaciones como guisos y sopas. Además, como otra ayuda alimentaria formal, más del 75% de las familias de los preescolares reciben la caja de alimentos por parte del Estado Nacional a través del Plan Alimentario Nacional. Los alimentos que contiene esta caja son: 2 kg de harina, leche en polvo, 2 kg de azúcar, 2 litros de aceite, 3 kg de fideos, 2 kg de arroz, 1 paquete de lentejas. Por otro lado, para las ayudas alimentarias informales: los relatos dan cuenta que la “comensalidad extendida” permite el compartir la comida con parientes o vecinos, es decir, familias que viven en casas separadas se juntan a compartir la alimentación en una única casa. Además, en algunos casos, las madres relatan que piden comida en la calle como otro recurso informal para conseguir alimentos:

- *“El domingo nos fuimos a pedir comida al centro, y nos dieron asado” (Nota de campo de doctoranda, octubre 2017)*

A pesar de la alta asistencia de los niños y niñas a los comedores comunitarios, y que realizan las comidas más importantes o la mayoría, se esperaría la pérdida de la comensalidad familiar. Sin embargo, los relatos de las madres dan cuenta de que el momento alimentario que se comparte en familia es el desayuno:

- “Estaban todos en familia, desayunando en el patio de la casa” (Nota de campo de doctoranda, diciembre 2016).
- “cuando llegamos A. estaba desayunando con sus chicos” (Nota de campo de doctoranda, marzo 2016).
- “Fuimos a la casa de L., cuando llegamos estaban desayunando leche que L. preparo en una jarra con pan” (Nota de campo de doctoranda, mayo 2016).

Al relacionar los alimentos consumidos con el nivel socioeconómico de los preescolares se observó que consumieron similares proporciones ambos grupos de NSE considerados (Figura 8). Para esta relación se tuvo en cuenta los alimentos que consumen con mayor frecuencia los preescolares (consume/no consume) y el NSE (bajo /medio-alto).

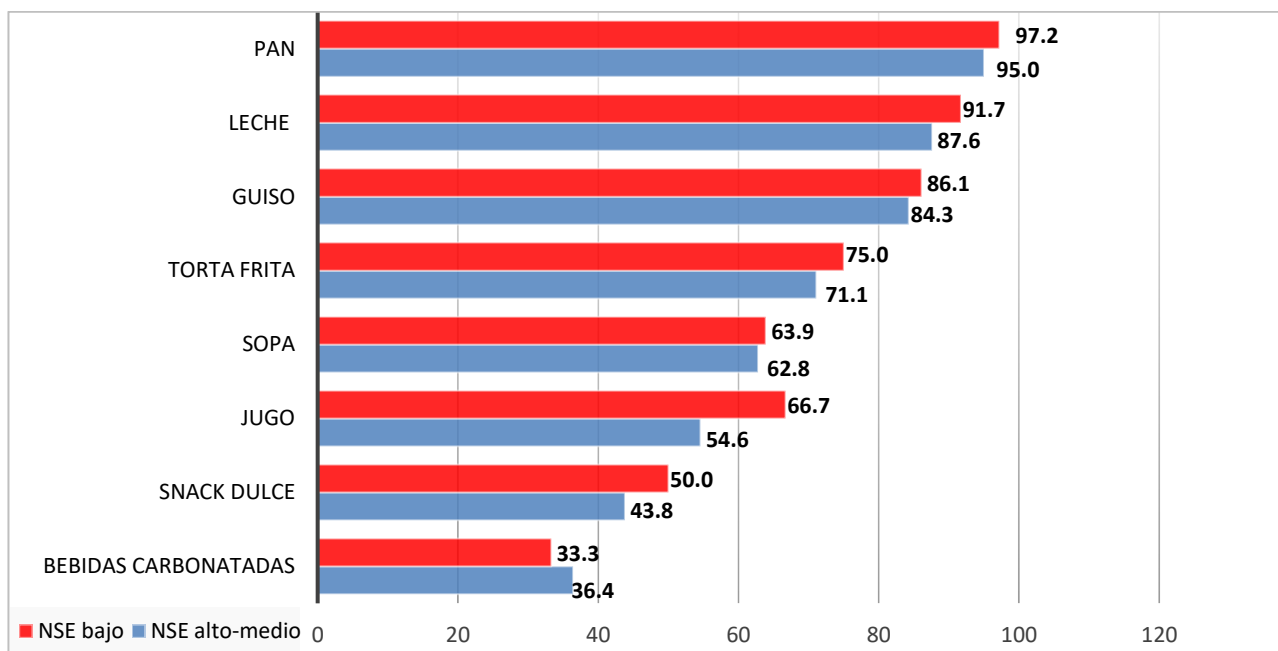


Figura 8. Frecuencia diaria de consumo de alimentos según el nivel socioeconómicos de los preescolares (%)

En la figura 9, observamos una mayor proporción de preescolares que consumen jugo en polvo en el sector tradicional (área 3, donde hay menos recursos materiales) (75,8%) que en el área de viviendas fundadoras (área 1) (42,8%) con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,01$). Además, existen mayores proporciones de preescolares que

consumen leche en el área de viviendas sociales (área 2) (96%) que en el área de casas tradicionales (área 3), (82,7%, $p=0,02$).

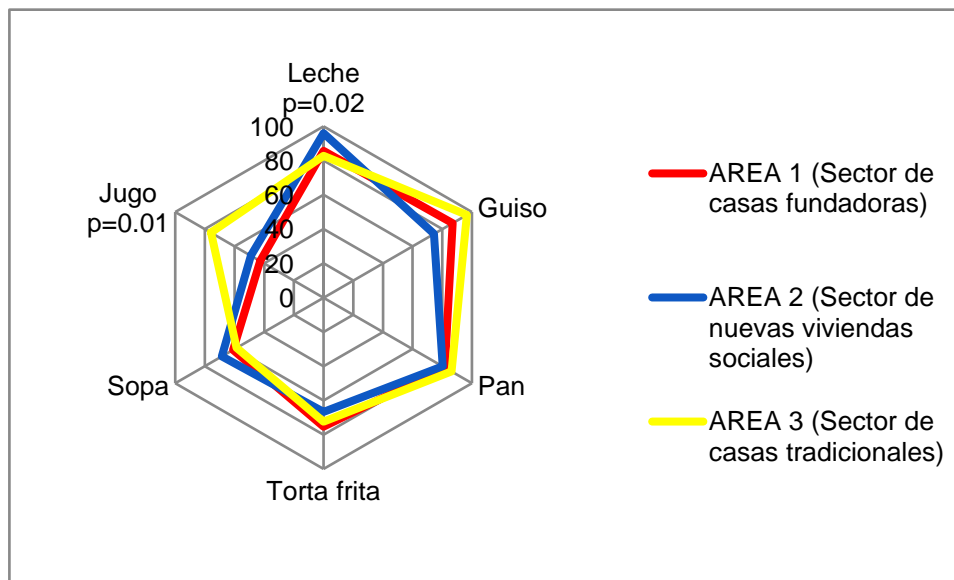


Figura 9. Alimentos y preparaciones consumidos por los preescolares según área geográfica

III.4 Asociación entre la alimentación y el estado nutricional de preescolares Qom

De los preescolares que presentaron exceso de peso, el 15% tomaba leche materna (LM). En cambio, de los que presentaron retraso en el crecimiento el 40% continua con lactancia materna ($p=0,01$, Tabla VII). Al asociar la duración de la LM con el estado nutricional de los preescolares, se encontró una mayor frecuencia de preescolares que continúan con lactancia materna prolongada tienen mejor estado nutricional (sin exceso de peso, dentro del cual hay un solo caso con bajo peso), (Figura 10).

Tabla VII. Estado nutricional relacionado con la lactancia materna de los preescolares

Lactancia materna (LM)	Exceso de peso				Baja talla*			
	No		Si		No		Si	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sin LM	91	75,8	34	85,0	110	81,5	15	60,0
Con LM	29	24,2	6	15,0	25	18,5	10	40,0

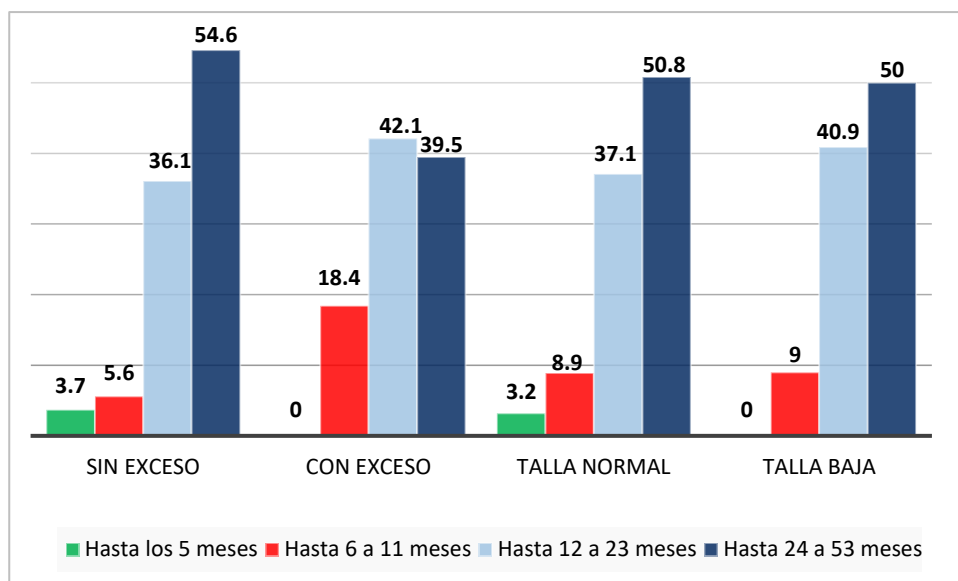


Figura 10. Estado nutricional relacionado con la duración de la lactancia materna de los preescolares (%).

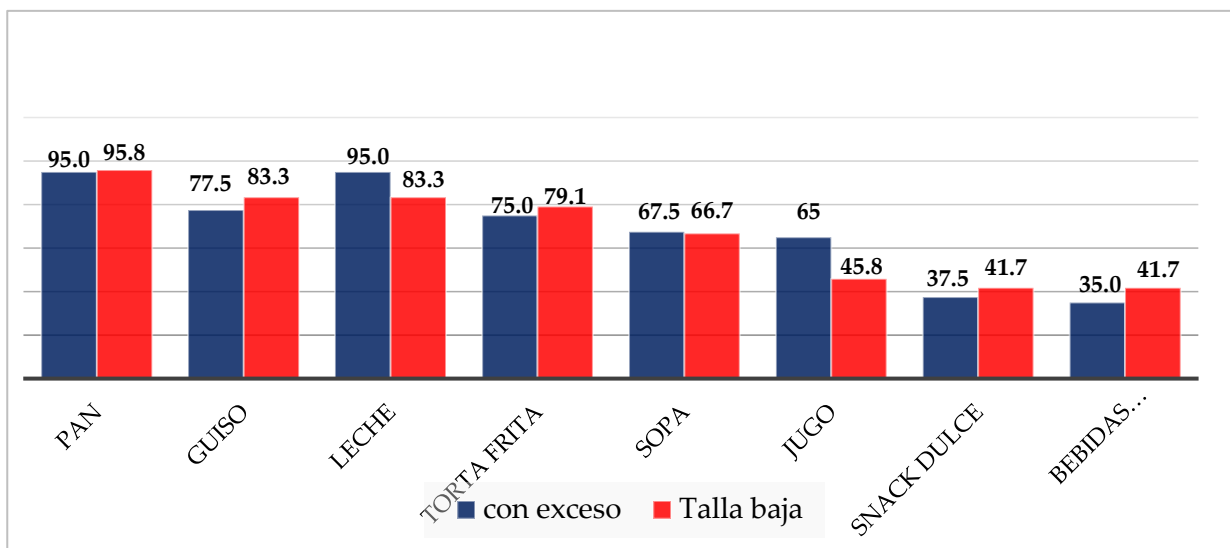


Figura 11. Porcentajes de consumo de alimentos según el estado nutricional (%)

En la figura 11 se observan los alimentos consumidos por más del 50% de los preescolares y su relación con el estado nutricional. Se encontró que el 95% de preescolares con exceso de peso consumen pan y leche. Y el 95,8% de los preescolares con baja talla consumen pan. El 77,5% de los preescolares con exceso de peso consume guiso. Además, el

83,3% de los preescolares con baja talla consumen guiso y leche. Es decir, los alimentos más consumidos por los preescolares con exceso de peso y baja talla son: el pan, leche y guiso.

III.5 Pautas culturales para la significación de la alimentación y “cuerpo sano” en preescolares

Para determinar la significación de la “alimentación” y del “cuerpo sano”, se analizaron los datos obtenidos del listado libre. De este análisis surge que para las madres de los preescolares la palabra alimentación significa en primer lugar “comida”. Al indagar sobre a que se refieren con “comida”, estas mujeres relataron:

- *“cualquier cosa” (madre de 18 años, listado libre- marzo 2016)*
- *“comida, que no sea tan fuerte o pesada” (madre de 22 años, listado libre-abril 2016)*
- *“hacer las comidas del día” (madre de 32 años, listado libre-julio 2016)*
- *“comida del mediodía es la más importante” (madre de 27 años, listado libre-julio 2016)*

Y luego al repreguntar y pedir que describan las comidas, las preparaciones que mencionaron fueron: *“arroz, guiso de arroz, fideo con carne, leche, frutas, verduras, torta frita, puchero, yogur, zapallo, pollo, guiso de lentejas, hígado, arroz con leche, torta parrilla, mate cocido”*.

En segundo lugar, las madres relacionan a la alimentación con *“comer, comer bien, alimentarse bien”*, y los enunciados que acompañaban a esa idea fueron:

- *“alimentarse bien, que no falte el alimento” (abuela de 46 años, listado libre-abril 2016)*
- *“comer todos los días” (madre de 28 años, listado libre-abril 2016)*
- *“bien, para que pueda engordarse” (madre de 46 años, listado libre –julio 2016)*
- *“es lindo tener que comer” (madre de 24 años, julio 2016)*
- *“lindo es comer” (madre de 20 años, listado libre-julio 2016)*

Al profundizar en este concepto de “comer bien” se encontró que en términos del dominio comunitario es comer liviano, consumir “comida linda”. Esta idea se traduce en preparaciones como: sopa con zapallo, sopa con verduras, significa, además, evitar las “comidas fuertes” (con puré de tomate), etc. A su vez, el objetivo de comer bien es “estar bien”, en otras palabras, para las madres Qom estar bien se interpreta como: estar bien de salud, crecer, no enfermar.

Continuando con el orden de importancia, las madres relacionan la palabra alimentación con los términos “fuerza” y “crecer”:

- *“para que crezca bien” (madre de 29 años, listado libre-julio 2016)*
- *“para tener energía” (madre de 20 años, listado libre-septiembre 2016)*
- *“para que tenga fuerza” (madre de 30 años, listado libre- octubre 2016)*
- *“para ser fuerte” (abuela de 56 años, listado libre- marzo 2016)*

En este sentido, una de las frases que más resonó entre las participantes fue “alimentarse para tener fuerza”. Al indagar sobre cuáles son los alimentos que otorgan fuerza se mencionaron: frito de carne, pescado, chanco moro, frito de hígado. Con este listado se puede interpretar que los alimentos, a los cuales se le da un valor de fuerza son los que constituyen fuente de proteínas, accesibles económicamente y algunos se obtienen en el medio a través de la pesca. Así mismo, al analizar la significación de la alimentación según sea niño o niña, se encontró que la connotación de fuerza de la alimentación es otorgada por las madres de varones, mientras que para las madres de las mujeres la alimentación cumpliría un objetivo más ligado al crecimiento.

Además, en estos relatos se evidencia que el acto de comer se desarrolla dentro de un contexto de carencia:

- *“lo más importante es que coma” (mamá de 30 años, listado libre- agosto 2016)*
- *“desafío cuando no tengo comida” (madre de 30 años, listado libre- marzo 2016)*
- *“Come de la basura” (Nota de campo- ayudante, noviembre 2016)*

- *“Ella decía que hace todo posible para darle de comer al día a sus hijos”
(Nota de campo, ayudante Qom, diciembre 2017)*

Los alimentos que las madres consideran “buenos” o que “hacen bien” a los preescolares son el arroz (solo, en guisos, con puré de zapallo, con carne, con papa y cebolla, con aderezos) y la leche (sola, con mate cocido, con arroz). Debido a las carencias económicas que sufren en la comunidad, los preescolares consumen como reemplazo de la leche un líquido denominado “aloja” que es agua con azúcar o “sustancia” que es agua con azúcar y almidón de maíz. Asimismo, una comida tradicional que consumen las familias de Namqom es una comida típica denominada “moloq”, que contiene carne, algunas verduras como papa, cebolla, zapallo y harina de trigo, el producto final es una sopa espesa.

Respecto a los alimentos que los preescolares prefieren, las madres de varones relataron que prefieren las golosinas como caramelos, chupetines, chicles, etc. en cambio las madres de mujeres coincidieron que ellas prefieren torta frita, luego prefieren las golosinas dulces. Durante las visitas, en la mayoría de los hogares se observaron personas haciendo torta frita.

Continuando con las características alimentarias de los preescolares Qom, los relatos de las madres dan cuenta de que las comidas no se rigen por una organización temporal (por ejemplo, hacer las 4 comidas: desayuno, almuerzo, merienda y cena). Se come cuando hay alimentos disponibles o cuando hay hambre, es así que algunas de las notas de campo indicaban:

- *“Eran las 10 de la mañana estaba comiendo hígado frito” (Nota de campo, tesista, mayo 2016)*
- *“Eran las 9 de la mañana estaba comiendo salchicha hervida”, (Nota de campo, tesista, junio 2016)*
- *“A las 5 de la mañana comió bife de carne con galletitas y jugo” (Nota de campo. Ayudante de campo Qom- mayo 2016)*

En lo que concierne a la significación del “cuerpo saludable”, las madres Qom perciben al cuerpo saludable de los preescolares como aquel cuerpo que permite jugar, comer y está “gordito/a o rellenito/a”:

- *“bien alimentado, bien gordito” (madre de 26 años, listado libre-marzo 2016)*
- *“come bien” (madre de 22 años, listado libre- marzo 2016)*
- *“juega todo el día” (madre de 23 años, listado libre- marzo 2016)*
- *“no está flaquito” (madre de 23 años, listado-abril 2016)*
- *“es más gordita” (madre de 41 años, listado libre- mayo 2016)*

Al profundizar sobre la concepción de “cuerpo sano” como sinónimo de cuerpo “gordito”, las madres indicaron que se refieren al “cuerpo fuerte”. A su vez, para desarrollar este cuerpo fuerte necesitaría los alimentos “fuertes”, como fue mencionado en los párrafos anteriores, se refieren a las fuentes de proteínas, carnes, hígado.

III.6 Percepción de la imagen corporal

Al evaluar la imagen corporal percibida con los modelos anatómicos del panel de siluetas se encontró que en general hay mayor frecuencia de madres que percibieron a sus preescolares con peso normal y bajo peso. Además, una mayor proporción de madres tienen una percepción ideal del cuerpo de sus hijos/as ligado al exceso de peso (48,1%), en comparación con la prevalencia de exceso de peso encontrado en los preescolares (24,3%) (Figura 12).

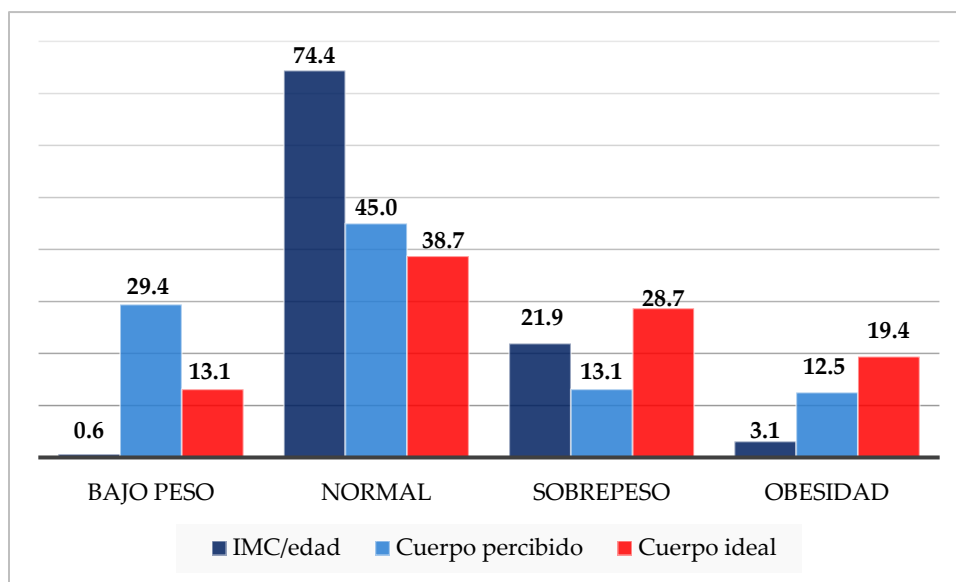


Figura 12. Estado nutricional por IMC/edad, percepción del cuerpo actual e ideal de preescolares de Namqom (%)

Al estudiar estas percepciones -real e ideal- según el área de Namqom, se encontró que en todas las áreas la mayoría de las madres perciben a sus hijos con peso normal o bajo peso. Por ejemplo, en el Área 1 el 25,6% de las madres perciben con bajo peso a sus hijos y el 52,5% con peso normal, respectivamente. En el área 2 el 31,3% y el 33,3% respectivamente, y en el Área 3 el 35,5% y el 45,1%. Además, en el Área 3 el 12,9% de las madres percibieron a sus hijos con obesidad a pesar de que en esa área no se encontró preescolares con obesidad (Figura13,14 y 15).

En cuanto a la percepción del cuerpo ideal de los preescolares, se encontró una alta frecuencia de madres que les gustaría que su hijo tenga sobrepeso u obesidad. Sin embargo, en el Área 2, donde hubo mayor frecuencia de exceso de peso, se encontró la misma frecuencia de madres que quieren que su hijo/a tenga un cuerpo normal, sobrepeso y obesidad (29,4% en cada uno) (Figura 13,14 y 15).

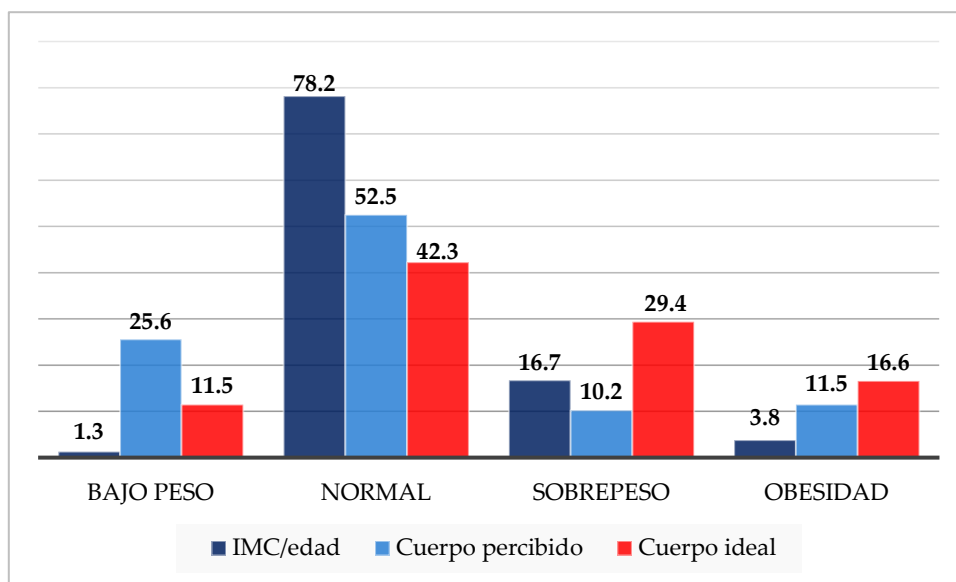


Figura 13. Estado nutricional por IMC/edad, percepción del cuerpo actual e ideal de preescolares del área 1 de Namqom (%)

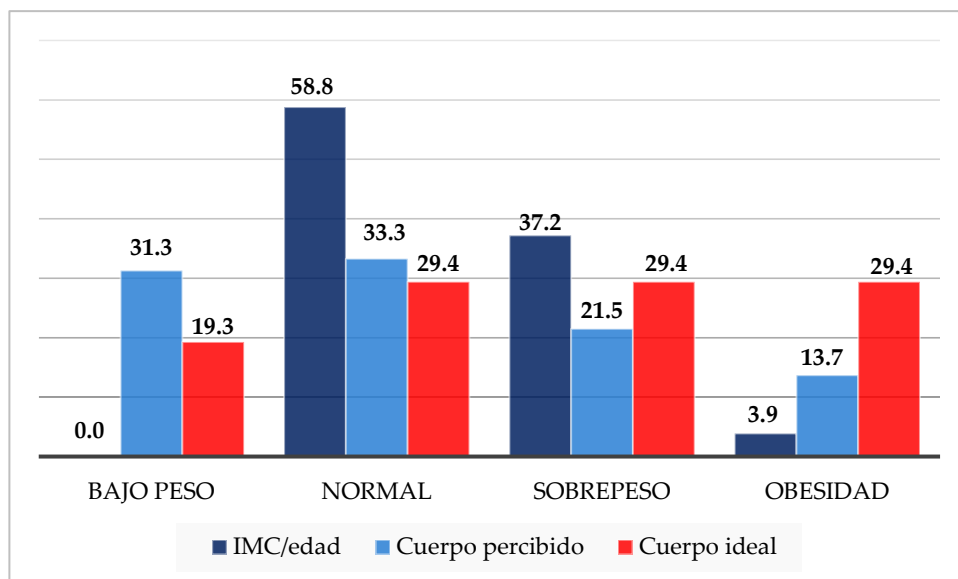


Figura 14. Estado nutricional por IMC/edad, percepción del cuerpo actual e ideal de preescolares del área 2 de Namqom (%)

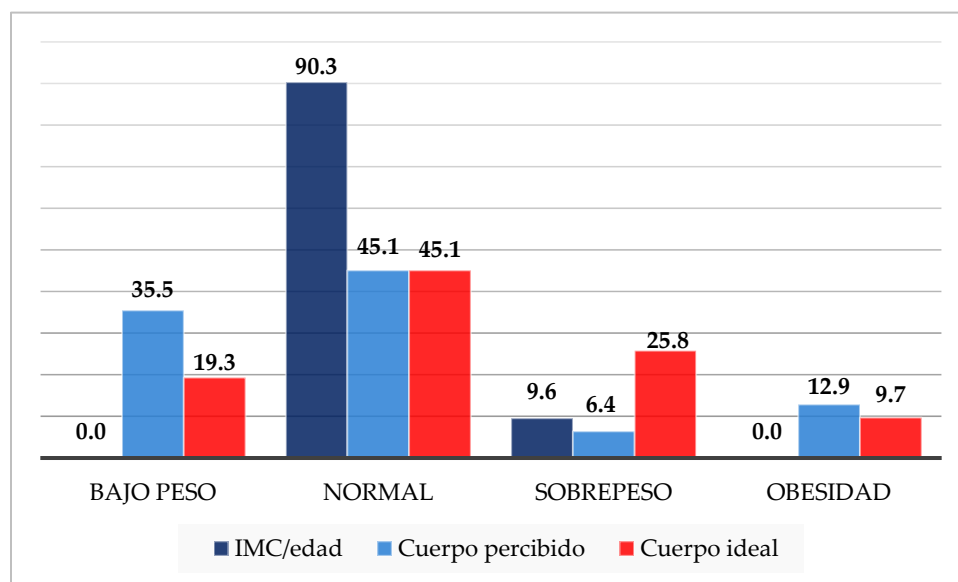


Figura 15. Estado nutricional por IMC/edad, percepción del cuerpo actual e ideal de preescolares del Área 3 de Namqom (%)

III.7 Espiritualidad y salud

Por otra parte, al indagar sobre alimentación y cuerpo se está hablando de salud, y en esta comunidad se encontró que la salud está ligada a la espiritualidad. En los relatos de las madres emergió la religión como una estrategia de sanación, es decir que se manifestó la relación entre salud-religión. Respecto a la religión practicada por la mayoría de los Qom es la evangelista pentecostal y tiene un papel importante en su cosmovisión. Las participantes tienen incorporado como practica de vida la espiritualidad de buena persona que se preocupa por el otro a través de la religión. Los relatos dan cuenta de prácticas religiosas como orar y ayunar por tiempo prolongado para la curación de alguna enfermedad de otra persona. La representación social del pastor es aceptada, autoridad y una voz con poder.

- *Entrevistadora: ¿Cómo los ves a los chicos de salud?*
- *Participante: Bien, se le nota que está bien porque juega todo el día, cuando está triste o desapareció ahí está enfermo. El pastor que está parando acá, no le vi al hijo de la cocinera de S, mi nieto se fue a la iglesia, le voy a ver a E, y*

estaba engripado –con gripe-, tenía granos en el cuerpo, le vio al pastor (su nieto) estaba preocupado (mientras el papá y la mamá trabajaba) lo llevó al pastor, se fue, le administró (le oró) y se curó y a las 2,3 hs ya andaba por acá. El pastor le dijo a Y (su nieto) Dios es grande, allá está tu compañero. El papá lo llevó a la sala, le pusieron inyección y no le hizo nada. De ahí Y comenzó a ir a la iglesia, lee los textos y le invita a cantar.

III. 8 Aproximación a los roles de género de los Qom

Tanto en el proceso alimentario como en toda la vida de la comunidad, se observa roles que son desempeñados por mujeres, hombres o ambos. Las mujeres de Namqom ocupan un rol reproductivo en las familias, ocupándose y preocupándose por satisfacer la necesidad de alimentación de la familia. Las madres Qom se ocupan desde el conseguir la materia prima para la comida hasta cocinar, o enviar o llevar a los niños al comedor, las observaciones y entrevista así lo ilustran:

“si no tengo mercadería, saco fiado (del quiosco), o hago “guachito” con papa, cebolla, fideo o arroz...” (Madre- Entrevista, mayo 2017).

En esta situación, el hombre-padre ocupa el rol de proveedor de recursos para obtener alimentos, ayudando en el rol reproductivo y ocupando un rol productivo:

“si no tengo mercadería (...) mi marido va al vaciadero y trae mercadería, o junta plástica y vende” (Madre-Entrevista, julio 2017).

Sin embargo, en Namqom muchas de las mujeres realizan artesanías (canasto de hoja de palma, totora o plástico) y venden, desarrollando su rol productivo también:

“Es así que fui a la casa de G que estaba lavando ropa, luego iba a hacer canastos” (Nota de campo- primera autora, abril 2016)

Además, las mujeres son voluntarias en los comedores comunitarios y referentes de los mismos, cumpliendo el rol de gestión comunitaria.

CAPÍTULO IV: Discusión

IV.1 Notas sobre mi posicionalidad al realizar esta investigación

Para comenzar, quiero compartir parte de esta experiencia. Esta tesis fue realizada en el marco del Programa de Ecología Reproductiva del Chaco (PERCHA), el cual lleva a cabo estudios sobre crecimiento y desarrollo infantil, salud materno-infantil y salud reproductiva en comunidades de pueblos originarios de la Provincia de Formosa. Asimismo, cabe aclarar que el programa funciona bajo el auspicio de la Universidad de Yale (EEUU), bajo la dirección de la Dra. Claudia Vallengia y está administrado localmente por la Fundación ECO de la ciudad de Formosa.

Inicialmente, conocí Namqom en el año 2012 cuando estaba terminando la carrera de grado (Licenciatura en Nutrición). A pesar de ser formoseña -nacida en la ciudad de Formosa- hasta ese entonces no había ido a la comunidad. En ese año tuve la suerte de, por medio de la Universidad de la Cuenca del Plata, conocer a Claudia, quien es mi directora de tesis. Realicé la tesina de grado, con Claudia y en Namqom, sobre “Factores que influyen en el inicio de la alimentación complementaria de lactantes Qom”. Este trabajo no sólo fue mi primer acercamiento a la comunidad, sino mi primer acercamiento a la investigación.

Mis primeras visitas a Namqom fueron con el equipo -de ese entonces- del PERCHA. Durante estos años, de compartir e interactuar con la gente me despojé de muchos prejuicios que toda mi vida había escuchado sobre la comunidad. Desde la mirada del afuera, Namqom se conoce por los cortes de ruta, por los niños que piden comida o ropa en el centro, por Félix Díaz o lo que dicen en los medios de comunicación, etc. Pero lo que yo conocí es una comunidad golpeada por las injusticias sociales y la falta de oportunidades. Tanto que hasta el sistema político logró penetrar en sus relaciones sociales. Namqom no es un grupo con un fuerte sentido de pertenencia y unidad, como uno se imagina cuando escucha hablar de una comunidad originaria. La comunidad está dividida por grupos de personas por diferentes razones o intereses que generalmente son propios de la sociedad occidental. Esta característica condicionó el trabajo en la comunidad.

Sin embargo, lo que aprendí de las personas -y sobre todo de las mujeres- es una concepción de la vida desde la calma, alejada de la vorágine del reloj. En Namqom no hay noción de tiempo ni espacio. Las personas viven el hoy, el aquí y ahora, que nosotros –“los criollos” así es como nos llaman- nos olvidamos por la rutina de todos los días. Las personas que viven en Namqom tienen una espiritualidad inquebrantable, que es su escape ante tanto ambiente hostil. En la comunidad conocí el verdadero significado de compartir cada vez que en una casa nos invitaban las tortas fritas, que quizás estaban contadas para cada miembro de la familia y era la única comida del día. Una de las costumbres que me llamo la atención es que los niños a partir del momento que aprenden a caminar son dueños de una autonomía, para caminar por las calles sin supervisión de un adulto, para decidir si quiere ir o no al jardín o a la guardería, etc.

La idea de hacer este proyecto surgió, en un principio, como una prolongación de la Tesina de grado, teniendo en cuenta los antecedentes de los estudios de Claudia. Durante la tesina ya había trabajado con las madres de los niños, las conocía y ellas me conocían. Con algunas tenía confianza, sobre todo con Lisandra, quien fue la que me ayudó con el trabajo de campo. Trabajar con niños y niñas me parece importante porque son el futuro de la comunidad. A partir de conocer y comprender como es su crecimiento y las percepciones de quienes los cuidan es posible pensar en intervenciones futuras para mejorar su situación, desde su cosmovisión de la vida. Además, una característica a tener en cuenta para el trabajo de campo es que en Namqom me resulta difícil hablar con los hombres, por el hecho de que ellos no quieren hablar a mujeres blancas. Independientemente del que el tema inevitablemente implica una interacción con las mujeres -por su rol reproductivo- si el tema fuera algún asunto de interés masculino, igual me resultaría difícil. En cuanto al idioma, la mayoría de las personas hablan castellano y los jóvenes y niños ya casi no hablan en el idioma Qom. Muchos de ellos entienden, pero no hablan en Qom. Durante el trabajo de campo, si alguna madre pronunciaba palabras en Qom, Lisandra me traducía su significado y viceversa.

Respecto al aporte de esta Tesis, cabe destacar que entender que la malnutrición y mala alimentación son resultados de una historia marcada por la marginalidad, escasez y

transición nutricional. En el cuál, en poco tiempo –un poco más de 50 años- toda una comunidad cambió su estilo de vida, y se insertó en un mundo-occidental- con intereses supeditados a un sistema capitalista. Producto de este choque, nos encontramos con una comunidad con un estado nutricional y de alimentación determinado por las desigualdades dentro de la misma comunidad.

En cuanto al recorrido del Doctorado en Ciencias de la Salud, no tengo más palabras de agradecimientos a todo y todos/as las personas que acompañaron en este proceso. Desde el momento que decidí hacerlo, fue aprendizaje. Particularmente, no sólo tuve la oportunidad de conocer grandes profesionales, investigadores, humildes y que me incentivaron en el recorrido, sino también hice grandes amigos y amigas, viví muchas experiencias que me hicieron madurar, crecer como persona y académicamente. Definitivamente, el doctorado marca un antes y después en mi vida personal y profesional. Y es verdad que la educación te hace libre, y te permite tomar decisiones conscientes de la existencia de un otro, y junto con la investigación aplicada al bien común, no diría que cambia el mundo, sino que cambia a las personas que van a ayudar que una parte del mundo sea más justo y amoroso, o al menos ese es mi anhelo. Todo esto fue posible, gracias a una educación pública de la mano de la Universidad Nacional de Córdoba y al apoyo de CONICET que permitieron que pueda llegar a este nivel académico.

Mi objetivo, como profesional de la salud, es que las políticas públicas dirigidas hacia la comunidad- y sobre todo a los niños y niñas- además de mejorar las condiciones de vida necesarias para prevenir el retraso en el crecimiento, integre los saberes tradicionales de esta comunidad, de las madres, resignifique la alimentación tradicional y valore su cosmovisión de salud, donde la tierra ocupa un lugar importante. Para mejorar estas condiciones nutricionales, resulta imprescindible que la comunidad Qom, y cualquier comunidad originaria, tenga su propia autonomía, de cómo quiere tratar la salud, la alimentación y la crianza de sus niños.

IV.2 Reflexión acerca de la alimentación de niños/as de una comunidad

En esta segunda sección, se va a discutir a la alimentación como un proceso social; desde la obtención de los alimentos, su consumo, la segregación espacial de la alimentación y hasta la significación que le dan al proceso alimentario las cuidadoras de estos niños/as.

Durante su desarrollo se explicitan las formas más relevantes de obtención de alimentos de una comunidad con escasos recursos económicos, y como las mismas políticas que buscan subsanar una necesidad y derecho –el derecho a una alimentación- generan otros cuestionamientos. Se exponen las características de la alimentación condicionada por el contexto y con algún vestigio de la identidad cultural Qom. Se manifiesta una desigualdad en la distribución de recursos y áreas geográficas bien definidas donde la alimentación queda supeditada a esas diferencias. Finalmente, se presenta el dominio cultural respecto a la alimentación relatadas desde las voces de las madres.

IV.2.1 Tácticas de obtención de alimentos

Como se viene exponiendo, Namqom es una comunidad periurbana cuya ubicación queda alejada del casco céntrico de la ciudad de Formosa. Otra característica es que es una comunidad con sus necesidades básicas insatisfechas y es una comunidad originaria. En este contexto, donde los recursos disponibles son limitados conseguir alimentos implica llevar a cabo ciertas tácticas para obtenerlos. Una de ellas mencionada en esta tesis es la *comensalidad extendida*- es decir, compartir la alimentación con otro/s grupo/s. De acuerdo a un trabajo realizado en la comunidad en el año 2011, la distribución de bienes entre parientes juega un papel más importante que su adquisición. Así, esta distribución determina el prestigio individual y las percepciones de la moralidad de las personas. Entonces, todos los que profesan la identidad Qom deben compartir sus bienes especialmente si poseen comida (Kapsalakis, 2011). Lo que daría a entender que esta práctica –comensalidad *extendida extrafamiliar*- se encuentra naturalizada. Al poner la atención en otros trabajos se encontró una situación similar en una población de Rosario-Argentina, en el cual las familias contaban con las ayudas alimentarias de parientes y amigos, y a las cuales se consideraba esencial para completar el mes. Estas procedían de familias con las cuales tenían estrechas relaciones y suponían un flujo regular de provisiones (Garrote, 2003). En estas poblaciones,

donde los recursos son insuficientes, la comensalidad familiar se ve afectada por la dependencia a otros recursos formales como la asistencia a comedores.

Entonces, además de las tácticas de obtención de alimentos informales como la comensalidad *extendida*, en nuestra población de estudio se hallaron tácticas formales que derivan de diversas políticas de estado y son las más significativas para la comunidad porque la mayoría de las familias dependen de ellas para alimentarse. Estas políticas dirigidas sobre todo a la población infantil van desde el binomio madre-hijo con programas de entrega de leche y suplementos de hierro a embarazadas, hasta becas escolares (Pautassi & Zibecchi, 2010). En Namqom, la alimentación de la gran mayoría de los preescolares dependía de estas ayudas externas como del acceso a comedores comunitarios, la caja de alimentos, etc. Esta situación se corresponde con los datos registrados a nivel nacional, donde según la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud se encontró que en el 49% de los hogares argentinos alguno de sus miembros recibía algún tipo de asistencia alimentaria: 20,9% leche en polvo, 15,6% leche fluida y 12,6% refirió concurrir a comedor (Durán, Biglieri, Kogan, Mangialavoria & Abeyá Gilardon, 2009). En general, los comedores ofrecen algunas de las principales comidas (desayuno, almuerzo, merienda y/o cena), sin embargo, en Namqom la alimentación no responde a esta organización. Las familias que no asisten a los comedores –o durante los fines de semana porque la mayoría cierran- comen cuando hay alimentos, y/o cuando se tiene hambre. Entonces, estas políticas están dirigidas para niños/as y madres en general, no tienen en cuenta la etnia de la población a la que asisten, ni sus costumbres, gustos e identidad.

En cuanto a las políticas de protección social que tiene Argentina, como la asignación universal por hijo (AUH), constituye, en la mayoría de los casos, el principal ingreso económico de familias de bajos recursos. Además de esta asignación, ante el deterioro de los indicadores de salud, en octubre de 2004 el gobierno de Argentina implementó el Plan Nacer para fortalecer una salud nacional fragmentada con un sistema plagado de fuertes asimetrías jurisdiccionales después de la crisis económica de 2001; y años más tarde en el 2013, se implementó el programa Sumar con el objetivo de lograr una cobertura sanitaria universal (Nuñez, et al., 2016). Conforme al tiempo pasara se fueron aplicando otros programas como Asignación por embarazo para protección social (por

embarazos de 12 semanas o más, trabajadoras informales, servicios domésticos, desempleadas, etc), pensión no contributiva para madres de 7 hijos, etc. En Namqom, el ingreso económico de la mayoría de las familias depende casi exclusivamente de estos programas, es por eso que se observó que gran parte de las madres participantes realizan la compra de sus alimentos en los supermercados del centro de la ciudad, una vez al mes cuando cobran sus planes sociales. Una característica respecto a este tema, es que en Namqom la mayoría de las personas –sobre todo los hombres- cobran una pensión por discapacidad, debido a que, en su momento, un personal del centro de Salud le otorgó el certificado correspondiente. Según un estudio realizado años anteriores, los jóvenes terminan el colegio y saben que no van a conseguir empleo, entonces buscan conseguir esa pensión aunque no tengan discapacidad alguna (Kapsalakis, 2011).

Sin embargo, la aplicación de estas políticas no es suficiente, así lo refleja algunos resultados de esta Tesis donde algunas madres –en menor frecuencia- relataron que buscan alimentos del basurero municipal o piden comida en el centro de la ciudad. Salvando las distancias, se podría hacer una analogía de la situación: antes para satisfacer sus necesidades alimentarias eran cazadores- recolectores y ahora, a falta de recursos naturales y económicos “recolectan” alimentos dentro del contexto que le ofrece un sistema que los mantiene en situación marginal y de pobreza. En este sentido, se ha demostrado que las condiciones de pobreza perpetuadas inter generacionalmente producen un modelo de estructura sociobiológica en las comunidades vulnerables que tiene consecuencias para las siguientes generaciones: talla baja, prematuros, etc. con costos sociales que se relacionan con dificultades en el campo laboral y productivo (Bolzán & Mercer, 2009). La reproducción de estas prácticas de obtención de alimentos, es el reflejo de una situación de extrema emergencia alimentaria de la comunidad.

Entonces, teniendo en cuenta el Modelo ecológico para evaluar la alimentación de estos niños/as, se puede percibir como las políticas de protección social constituyen un elemento fundamental para la adquisición de alimentos en esta comunidad, sobre todo recordando que se trata de una comunidad insertada en una economía de mercado desde hace un poco más de 50 años. A pesar de sus beneficios y el objetivo de estas políticas de contener,

sobre todo, a las poblaciones vulnerables, resultaría importante que su implementación vaya acompañado de otras políticas –reformuladas con los representantes de la comunidad- que permita sobre todo a las comunidades originarias desarrollar autonomía desde un enfoque biocultural y otorgue oportunidades laborales y de capacitación/educación intercultural desarrollada y llevada a cabo por los propios miembros de la comunidad. Acaso, posibilitando el acceso a pensiones que bloquean el desarrollo laboral ¿se respeta la tradición cultural de sociedad cazadora-recolectora con autosuficiencia alimentaria? Así mismo, desde la Salud Colectiva, se puede re-pensar en generar políticas de desarrollo que eviten la cultura de globalización homogenizante que producen estas políticas así implementadas en comunidades originarias como Namqom. Retomando el enfoque del Modelo ecológico, como segunda estrategia para la obtención de alimentos surgen las tácticas que se desarrollan en una instancia familiar y comunitaria como la comensalidad *extendida*. En este caso, esta comensalidad constituye una fortaleza frente al contexto de escasez y permite la formación de redes de contención entre los miembros de la propia comunidad. Sin embargo, la implementación de la comensalidad *extendida* debería darse con el objetivo de mantener la pauta cultural de compartir bienes para mantener su identidad como comunidad, y no como una estrategia por la falta de alimentos.

IV.2.2 ¿Qué comen los preescolares Qom?

En la literatura consultada, se señala que la pobreza y la miseria están vinculadas objetiva y simbólicamente a una forma particular de comer (Oliveira, Czeresnia, Vargas & De Barros, 2018). Quizás por esto, los resultados encontrados respecto al consumo alimentario de los preescolares no difieren tanto de lo que consumen otras sociedades no indígenas marginadas. Este consumo al que nos referimos son preparaciones con una variedad limitada, ricos en grasas e hidratos de carbono. Por un lado, una explicación al aumento de la presencia de grasa en la alimentación de estas poblaciones marginadas, es que las grasas sacian en volumen y logran preparaciones más “rendidoras” (Aguirre, 2000). Por otro lado, los hidratos de carbono son los alimentos más baratos del mercado.

Concretamente, los alimentos más frecuentemente consumidos por los preescolares fueron el pan – o en su defecto la torta frita-, la leche y como “*comida*” guiso. Estos hallazgos coinciden con los resultados de un estudio realizado con preescolares – no indígenas- de Caracas-Venezuela que tenían una baja frecuencia de consumo de frutas, vegetales y grasas, y alto consumo de cereales, carnes y lácteos (Nava, Pérez, Herrera & Hernandez, 2011). Aunque en Namqom, el consumo de carne está condicionada por el cobro de las pensiones, con el cual se compra la carne una vez al mes. Además, en Namqom se observó algunas diferencias entre las áreas geográficas en el consumo de alimentos que permiten vislumbrar las disparidades resultantes en el acceso desigual a los alimentos incluso dentro de la misma comunidad. En los resultados se encontró una mayor proporción de niños y niñas en edad preescolar que consumen jugo en un área con bajos recursos y casas tradicionales y más leche en el área con mejores recursos y viviendas sociales nuevas.

Como venimos explicando, en términos generales, la alimentación de la población de estudio no difiere de la alimentación de otros niños/as que viven en situación de pobreza. Sin embargo, existen preparaciones que parecieran ser resultados de, por un lado, que en la escasez la noción de alimentos está vinculada a cualquier sustancia nutritiva necesaria para la supervivencia (Oliveira, et al., 2018), y por el otro lado, que la comunidad Qom ha mantenido algunas preparaciones tradicionales pero han sufrido alguna adaptación. Las preparaciones que reflejan ambas características son “*aloja*” y “*sustancia*”, que los preescolares consumen como reemplazo de la leche de vaca. En el caso de la *aloja* en el pasado, los Tobas/Qom consumían miel disuelta en agua (que dejaban fermentar unos días) como “*aloja*”, hoy en día, que ya no producen miel ni van al monte a buscarla, preparan *aloja* mezclando agua con azúcar. Además, se reconoce que lo que se llama *comida* está vinculada a representaciones sociales y culturales (Oliveira, et al., 2018), en este caso, en Namqom consumen una preparación llamada *moloq* que es una de las comidas tradicionales que la gran mayoría todavía la realiza y consume. Estos son los alimentos que actualmente hacen a la identidad alimentaria de Namqom, la *aloja*, la *sustancia* y el *moloq*.

Una característica particular sobre la alimentación de nuestra población de estudio que no se puede dejar de mencionar es la alta frecuencia de lactancia materna de los

preescolares. Esta es una práctica cultural frente a la desidia del contexto y del cambio. Es por esto que esta práctica se observa en poblaciones vulnerables, algunos datos consultados así lo ilustran. Por ejemplo, según la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), a nivel nacional, la prevalencia de lactancia materna continuada al año fue de 49,2% (IC 95%: 44,3%- 54,1%) en niños de hogares sin Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y de 64,3% (IC al 95%: 54,3%-73,3%) en aquellos de hogares con NBI (Durán, et al., 2009). A los dos años, continuaron con la lactancia el 25 % de los niños y niñas argentinos/as (Macias, Rodríguez & Ronayne de Ferrer, 2013). Lo interesante de este hallazgo es que en poblaciones con pobreza la lactancia materna prolongada puede resultar un recurso protector frente a las vulnerabilidades del ambiente, debido a que la lactancia materna durante el segundo año de vida contribuye significativamente a la ingestión de nutrientes claves de los que carece la alimentación complementaria de poca calidad en entornos de bajos recursos (Organización Mundial de la Salud, 2017b).

Entonces, el consumo alimentario de los preescolares Qom está influenciado por variables estructurales –del modelo ecológico- como la condición de comunidad periférica marginal, los alimentos que consumen son procesados y los más baratos. A su vez, dentro de la misma comunidad se observó diferencias alimentarias en las áreas geográficas, que están condicionadas por una incipiente disparidad en el nivel socioeconómico de cada una de esas áreas. En un segundo nivel, una característica propia que forma parte de la alimentación de la comunidad Qom es la variable cultural representada por la práctica de lactancia materna prolongada que, además, constituye un efecto protector frente al contexto de carencia. En un tercer nivel, dentro de las variables familiares encontramos una alimentación rica en grasa e hidratos de carbono producto de la existencia de estas variables estructurales y culturales mencionadas que forman parte del modelo ecológico. Desde el enfoque de determinación social se observa que el consumo alimentario de los preescolares Qom ha perdido su diversidad – que en el pasado le aportaba el monte- y su identidad cultural, salvo algunas excepciones como el *moloq*, consumiendo alimentos industrializados provenientes de una economía de mercado.

Desde la salud colectiva se podría plantear políticas de desarrollo alimentario dentro de la comunidad, que potencien algunos elementos protectores de la alimentación de la comunidad como la lactancia materna prolongada, la presencia y diversidad de cultivos con técnicas de fertilización tradicionales, así como generar redes sociales de apoyo comunitario. Si bien, la comunidad de Namqom no podría abastecerse del monte porque es periurbana, estas políticas de desarrollo alimentario desde una perspectiva colectiva permitirán recuperar una identidad cultural en términos culinarios, fusionándose con lo que actualmente ofrece el medio y también le permitirá resistir frente a un sistema capitalista que homogeniza la alimentación.

IV.2.3 Segregación espacial de la alimentación en Namqom

Para empezar, vamos a aclarar porque utilizamos el término “segregación espacial” para describir las diferencias en el consumo por áreas de Namqom. En primer lugar, el concepto de *segregación* refiere a “la existencia de diferencias o desigualdades dentro de un colectivo...” (Rodríguez Vignoli, 2001). En Namqom, esas diferencias se dan por una separación simbólica y espacial bien marcadas. Entonces al referirse al término desigualdad hacemos referencia no sólo a desigualdades socioeconómicas sino también desigualdades en la distribución de los grupos sociales dentro de la comunidad. En segundo lugar, si bien en esta tesis no se realizó un análisis del índice de segregación espacial de Namqom para conocer el porcentaje de heterogeneidad social que permitiría explicar detalladamente la composición diferencial de cada área, estudiando en su conjunto los distintos análisis descriptivos de nivel socioeconómico, demográficos, de estado nutricional, de escolaridad materna se pudo vislumbrar esas marcadas diferencias en las tres áreas de Namqom.

Como se mencionó anteriormente en este capítulo, un aspecto relevante de la alimentación de los preescolares Qom es la existencia de los comedores comunitarios. Dentro de las políticas sociales y programas alimentarios que ha implementado el Estado con el fin de hacer cumplir el derecho a una alimentación suficiente, nutricional y culturalmente adecuada, financia comedores escolares y comunitarios (Sordini, 2014). Pero aún hoy en día, en Namqom se observa lo que Aguirre afirmó en 2004: “los comedores populares repiten las mismas pautas de las comidas “rendidoras” que utilizan como

estrategia doméstica de consumo los hogares de bajos ingresos”. Además, otro aspecto que se observó es la desigualdad en la distribución de estos comedores comunitarios dentro de la comunidad, se documentaron cinco (5) comedores de los cuáles, cuatro (4) se encuentran ubicados en el Área 1 – área con viviendas fundadoras- y uno (1) en el Área 2 – área con viviendas sociales nuevas (Figura 3, pág. 36). Lo particular de esta distribución es que en el Área 3 – área con casas tradicionales- donde hay mayores necesidades socioeconómicas y donde se encontró una mayor prevalencia de baja talla no hay comedor comunitario. Los niños y niñas que viven en el Área 3 asisten a comedores de las otras áreas, sobre todo del Área 1 por su cercanía.

Entonces, reafirmamos que la alimentación de los preescolares Qom depende en gran medida de los comedores comunitarios y los alimentos que estos ofrecen. También se observó que no hay una distribución equitativa de comedores comunitarios dentro de la comunidad. Y en cuanto al consumo específicamente, se encontró que en el Área 3 – con casas tradicionales y donde no hay comedor comunitario- hay mayor proporción de preescolares que consumieron jugo en polvo y en el Área 2 – con viviendas sociales nuevas y donde hay un comedor comunitario- hubo mayor proporción de preescolares que consumieron leche. Ante estas diferencias, se indagó en la literatura y si bien no se encontraron estudios que aborden diferencias en el consumo alimentario dentro de una misma comunidad, en un estudio de Brasil donde se utilizaron datos censales del país, se hizo un muestreo en zonas urbanas (81%) y rurales (19%), a partir del cual se realizó una frecuencia de consumo a las madres de niños de 6 a 59 meses y se encontró que todos los alimentos investigados mostraron una variación significativa según la región de residencia. En general, se puede observar que los niños y niñas que viven en las regiones del sur, sudeste y medio oeste consumen los alimentos recomendados con mayor frecuencia (arroz, pan, papas, frijoles, verduras de hoja, verduras, carne, yogur) en comparación con niños y niñas que viven en el norte y noreste. Cabe aclarar que las regiones del sur, sudeste y medio oeste de Brasil son las más desarrolladas por lo que tendrían más acceso a los alimentos investigados. El ingreso familiar promedio observado para los tres es mayor que el observado para los hogares del norte y noreste (Bortolini, Gubert & Santos, 2012). Aunque este estudio es un estudio poblacional realizado en 5 regiones de Brasil, permite una posible

similitud con los resultados de esta tesis, donde los preescolares con mejores condiciones de vida –Área 2- consumen leche que representa un alimento recomendado para la población infantil.

Además del estudio epidemiológico, se encontró otro estudio realizado en Brasil en el estado de Pernambuco con 969 niños menores de 5 años, donde se realizó un recordatorio de 24 horas para evaluar el consumo alimentario. En este caso, sus resultados arrojaron que independientemente del área geográfica los alimentos que consumen los niños y niñas son: leche, azúcar, grasa y arroz (De Farias & Osorio, 2005). Este es un estudio realizado en un estado de Brasil con una muestra mucho más grande que la que presentamos en esta tesis, que fue realizada en una pequeña comunidad periurbana. De todas maneras, en nuestro estudio se observan desigualdades en el consumo y en el acceso a comedores comunitarios según área de la comunidad, además de las diferencias socioeconómicas, de viviendas, demográficas y del estado nutricional. Es decir, que a pesar de tratarse de un estudio con una muestra más pequeña –de 160 participantes y una incipiente estratificación socioeconómica y segregación espacial, las desigualdades alimentarias dentro de la comunidad Qom son evidentes.

A partir de estas desigualdades por segregación espacial, desde la perspectiva de la salud colectiva, se concluye que el área geográfica y su disposición en la comunidad es una variable que emergió por su significación marcada para el consumo alimentario siendo esta una consecuencia del desarrollo de áreas diferentes en tiempos diferentes y bajo circunstancias y políticas totalmente distintas. Tal es así, que la diferencia en el número de comedores comunitarios por área, podría ser resultado de una exclusión dentro de la misma comunidad de la zona más marginada, sin mensurar y con menos recursos y servicios.

IV.2.4 ¿Qué significa la alimentación para las cuidadoras de los preescolares?

Los resultados encontrados en esta tesis exponen cambios en la alimentación de la comunidad Qom, los cuales se han observado en otros estudios realizados anteriormente en esta población. La comunidad Qom pasó de consumir alimentos de extracción (productos de caza, pesca y recolección) a alimentos procesados (Lanza & Valeggia, 2006; Valeggia & Tola, 1999). Estos cambios generan una transformación no solo en términos de consumo

alimentario; sino también en significación que tiene la alimentación para las madres. Ante los alimentos procesados e industrializados aparecen otros sabores, texturas y formas que podrían modificar también el concepto de alimentación que tienen las madres Qom. Sin embargo, nos encontramos con prácticas muy arraigadas a la subsistencia y a la dinámica doméstica, con alimentos o funciones de la alimentación según sea mujer o varón.

De este modo en Namqom, la significación de la alimentación difiere según si el relato de ese concepto refiere a alimentación para varones o para mujeres, aproximándose esa significancia y/o funciones de la alimentación a los roles que los y las preescolares cumplirán en un futuro dentro de la comunidad. Entonces, para las madres de niñas Qom se asocia al crecimiento, en cambio, para las madres de los niños Qom a obtener fuerza. Los antecedentes demuestran que en general se prioriza a los niños, y luego a los hombres, argumentando que son los que trabajan. Las desigualdades en la significación entre sexos proviene de la creencia de que los hombres son la fuerza de trabajo que da sustento a la familia, y dado que su trabajo se considera como productivo se tiende a alimentar en primera instancia a los hombres para que sigan proveyendo el sustento (Presno Labrador & Castañeda Abascal, 2003). Sin embargo, si se habla de alimentación, en términos generales, para las madres Qom la alimentación significa comer bien para dar fuerza y permitir un crecimiento saludable. En un estudio realizado en Río de Janeiro, las mujeres entrevistadas consideraron la carne como “fuerte” y buena para la salud. El consumo de carne, un producto caro y de acceso raro, confirió distinción sobre quién podría adquirirla (Oliveira, et al., 2018). En Namqom, la cuidadora relaciona la buena comida con carne de vaca, cerdo y pescado. Al mismo tiempo, esos alimentos se consideran alimentos fuertes porque permitirían adquirir fuerza. Pero a su vez, son alimentos de difícil adquisición por su costo en el mercado. En el pasado, el que se encargaba de obtener la carne a través de la caza y pesca era el hombre, y aunque la recolección de frutos de la mujer evitaba hambrunas, la acción del hombre de obtener carne tenía más valor, demostrando las desigualdades entre sexos desde tiempos remotos en la sociedad Toba/Qom (Ceriani Cernadas, 2017).

Más allá de las diferencias que existan en la significación de la alimentación de varones y mujeres, al incluir la categoría género en el estudio se busca comprender las

desigualdades en la alimentación entre los roles masculinos y femeninos. Para ello, en la práctica se accede únicamente a la voz femenina, madre-abuela o cuidadora, no sólo por el rol que ejerce en el cuidado de la familia; sino también porque al compartir el mismo género con la tesista y el equipo de campo, habilita la comunicación. Así mismo, la construcción de la identidad femenina centrada en la maternidad se define en lo femenino como un “ser para otros”, lo cual llega a tener implicaciones en la autoestima, la valoración social y la capacidad para tomar decisiones y actuar en su propio cuerpo, su vida y su salud, incluida su alimentación (Gil-romo & Coria, 2007). Por tanto, las madres se sienten las principales responsables de la alimentación de sus hijos, cuya actitud puede tener su origen en la práctica tradicional de las mujeres de quedarse en casa y cuidar de su familia y de la idea de que los niños deben ser "grandes y fuertes". La madre alimenta al hijo de acuerdo a sus valores, creencias, costumbres, símbolos, representaciones sobre los alimentos y las preparaciones alimentarias.

En resumen, las principales cuidadoras de los preescolares Qom son las madres. Por lo tanto, las diferencias encontradas en el significado de la alimentación de crecimiento para las niñas y de fuerza para los varones, se construyen desde las voces femeninas. Estas desigualdades encontradas no son inocentes, sino que tienen su origen en el deber ser de los géneros, es decir, el rol productivo que responde a un comportamiento masculino y el rol reproductivo al comportamiento femenino. Teniendo en cuenta el modelo ecológico, se podría decir que la significación de la alimentación por parte de las cuidadoras está relacionada en un nivel individual por el género. Así mismo, en otro nivel más amplio, estas significaciones de acuerdo al género se entrelazan con las pautas culturales que condicionan los roles de estos niños/as en el futuro. El nivel al que nos referimos es el cultural.

IV.3 Malnutrición en preescolares Qom

En esta tesis, se encontró que el exceso de peso y el retraso en el crecimiento se expresan simultáneamente en esta comunidad y en estos niños/as como en otras sociedades de escasos recursos materiales y en transición nutricional. Pero al tratarse de un pueblo originario ¿estos procesos de malnutrición son diferentes que otra comunidad no indígena?

En una primera instancia, la respuesta es negativa. Este fenómeno –de exceso de peso y retraso en el crecimiento- es una tendencia generalizada que se observa en diversas poblaciones. En Namqom, responde a las desigualdades sociales fuera – por medio de las políticas públicas- y dentro de la misma comunidad – por medio de una segregación del estado nutricional por área geográfica. De esta manera, se comprueba la hipótesis de que existe una relación entre las condiciones de vida y el estado nutricional, afirmándose que en el área donde las condiciones de vida son peores hay mayor prevalencia de baja talla; y aunque se encontró mayor prevalencia de exceso de peso donde las condiciones de vida mejoraron, se debe tener en cuenta que Namqom presenta las necesidades básicas insatisfechas. Luego, desde una mirada colectiva las significaciones que tienen las cuidadoras respecto al cuerpo de los preescolares influyen en estos resultados.

En una segunda instancia, el rol de la mujer-madre influye directa o indirectamente en el estado nutricional de los preescolares, primero a través de las significaciones de la alimentación -comida para aportar fuerza y crecimiento- y porque son las mujeres quienes se encargan de la alimentación de sus hijos. Como consecuencia, se tiende a un estado nutricional hacia el exceso de peso, porque son las madres quienes idealizan al sobrepeso como sinónimo de cuerpo sano de un niño/a.

IV.3.1 ¿La malnutrición de preescolares Qom como resultado de desigualdades sociales?

Los preescolares Qom presentaron una alta prevalencia de exceso de peso (25,0%) y de retraso en el crecimiento (15,6%). Lo llamativo de estos resultados, es que estas cifras superan las prevalencias nacionales y provinciales –mencionadas en el capítulo I- sobre todo en el caso de la baja talla, cuya prevalencia nacional es de 7,9% con diferencias significativas según nivel socioeconómico (Ministerio de Salud de la Nación, 2019), y la prevalencia provincial es de 11,2% (Ministerio de Salud de Argentina, 2007; Ministerio de Salud de la Nación, 2013). Entonces, ¿Qué condiciones particulares tiene Namqom que podrían hacer que estos números sean superiores?

Para empezar, como ya se mencionó, Namqom es una comunidad originaria periférica que en términos económicos y de salud –a término medio porque, como toda comunidad originaria, la medicina tradicional también tiene su incumbencia en la salud Qom (Olmedo, Berra & Valeggia, 2018)- depende de las políticas de estado. Respecto a estas políticas, un estudio realizado con poblaciones del Noreste y Noroeste argentino demostró que la prevalencia de retraso en el crecimiento disminuyó en los niños con la asignación universal por hijo (AUH) entre el año 2003 y 2005. Además, junto con el estudio de otros programas como el plan Nacer y el programa Sumar, se asoció con una reducción del 27.0% en la tasa de mortalidad infantil (14.3-10.8 por 1000) y una reducción del 17.0% en la tasa de mortalidad materna (3.9–3.2 por 10000) entre los años 2005 y 2013 (Nuñez, et al., 2016). Sin embargo, estas políticas son beneficiosas, pero no son suficientes para mejorar el estado de salud de estos niños/as. Y esto podría deberse a las características del contexto y qué condiciones ofrece o no para que estos niños/as puedan además de alcanzar su potencial de crecimiento, desarrollarse plenamente para el futuro.

Otra política significativa para Namqom y la salud de la comunidad son los planes de viviendas (explicados en el capítulo I). Esta política intentó mejorar la calidad de vida de la comunidad, pero su implementación intermitente y por lotes generó una segregación espacial dentro de la comunidad donde se observan diferencias nutricionales respecto de una a otra área. Esta cuestión, y la falta de lotes para todos dieron lugar a un asentamiento con casas tradicionales donde existe mayor prevalencia de baja talla y donde debido a la falta de servicios adecuados e indispensables – como agua potable, energía eléctrica, sistema de cloacas, etc- aumentan los riesgos de enfermedades infecciosas y crónicas. Un estudio demostró que de por sí en Namqom los riesgos de estas enfermedades son altos (Martin, et al., 2019). Sumado a esto, trabajos anteriores dan cuenta que las infecciones gastrointestinales y las respiratorias agudas son las causas más citadas de muerte infantil para comunidades periurbanas y rurales (Valeggia & Ellison, 2003). Según la OMS (2017b) las infecciones subclínicas provocadas por la exposición a entornos contaminados se asocian a un retraso del crecimiento. Esto se agudiza en contextos de pobreza, donde coexisten diversas causas que interactúan potenciando los efectos negativos que ésta ejerce sobre el

desarrollo de los niños (Oyhenart, et al., 2008). Un estudio realizado en Colombia con niños menores de 5 años, también demostró diferencias del estado nutricional según la distribución espacial, por ejemplo niños que viven en comunidades con mayores niveles promedio de riqueza fueron menos propensos a padecer desnutrición crónica (Osorio, Romero, Bonilla & Aguado, 2018). Este hecho refuerza la hipótesis de que, en condiciones de pobreza persistente, los niños y niñas del norte argentino no han podido modificar la tendencia secular del crecimiento. Una proporción importante de la niñez de nuestro país se ha visto marginada de las posibilidades de mejoramiento de las condiciones ambientales y de crianza, situación que se ha agravado durante la última década a partir del aumento de la pobreza y la exclusión en nuestro país (Ruiz, et al., 2005).

Aunque en esta tesis, se plantea explícitamente la relación entre las condiciones de vida y la malnutrición –baja talla- como dos procesos continuos, particularmente en Namqom existen antecedentes sobre una trayectoria de crecimiento diferente a la población no indígena (Alfonso-Durruty & Valeggia, 2016). Se postula que, como estrategia biológicamente adaptativa, los Qom tienen un alto peso al nacer y luego, en la edad preescolar, un alto peso y retraso en el crecimiento, pero finalmente llegan a la edad adulta con una de las más altas estaturas de los grupos nativos de América del Sur (Alfonso-Durruty & Valeggia, 2016). Esto reflejaría una posible trayectoria de crecimiento que enfatiza los mecanismos que priorizan el crecimiento de la masa corporal en detrimento del crecimiento lineal durante las primeras etapas de la vida y, una vez superada esta etapa, el proceso se invierte y la energía metabólica se reasigna al crecimiento en la estatura durante la adolescencia para alcanzar una estatura promedio de adulto que no difiera (o supere) la media para el país o para las poblaciones no indígenas (Alfonso-Durruty & Valeggia, 2016). No obstante, a pesar de que se tratase de una población con una trayectoria de crecimiento diferente, en este trabajo resulta relevante problematizar como las condiciones inadecuadas perpetuarían la malnutrición.

Retomando lo que se observó hasta el momento, en el área en donde hay mayor prevalencia de talla baja es el área donde las condiciones son inadecuadas. Estas condiciones inadecuadas junto con un contexto insalubre perpetuarían el retraso en el crecimiento.

Inversamente, en el área donde si llegaron los planes de viviendas más actuales- Área 2- y donde, además de los recursos básicos como agua potable y electricidad, cuentan con otros bienes como cocina a gas y heladera se encontró mayor prevalencia de exceso de peso. Si bien, esta área tiene acceso a más recursos no dejan de tener ciertas necesidades básicas insatisfechas. En este punto, en una revisión sistémica se demostró que la obesidad es más prevalente en poblaciones urbanas de menor nivel socioeconómico y educativo (Pérez, Sandoval, & Schneider 2008). Esta tendencia se observa en otras poblaciones, como en niños de 1 a 11 años que asisten a comedores de barrios periféricos de La Plata-Argentina, donde se encontraron prevalencias de sobrepeso y obesidad del 12.5% y 7.1%, respectivamente (Oyhenart, et al., 2007).

Desde el modelo ecológico se podría relacionar el desarrollo del exceso de peso y baja talla con ciertas características que se observan en los preescolares Qom. En un nivel estructural nos encontramos con las políticas públicas (de protección social, planes de viviendas intermitentes, planes sociales, etc) la marginalidad (población periurbana y periférica) y la segregación espacial (desigualdades socio-estructurales dentro de la misma comunidad). Desde el nivel individual, se relaciona con el sexo, la edad, y una trayectoria de crecimiento diferente a comparación de las poblaciones no indígenas etc. Con este modelo presentado, se vislumbra la necesidad de llevar a cabo las políticas que se centren en el capital social y en infraestructura. Se ha demostrado que, al cubrir las mínimas necesidades básicas de vivienda, saneamiento, etc los perfiles nutricionales mejoran. La disminución de la pobreza y las desigualdades debe establecerse como una prioridad en las políticas y los programas de desarrollo, ya que son los principales determinantes de la malnutrición en los niños/as. Pero además de las condiciones inadecuadas del contexto ¿podrían determinadas pautas culturales influir sobre la construcción del cuerpo sano de un niño/a?

IV.3.2 ¿Qué significa cuerpo saludable para las cuidadoras de los preescolares?

Las representaciones culturales y sociales sobre el cuerpo ideal que tiene quien alimenta al niño/a influyen en los tipos de alimentos que le ofrece y el estado nutricional de ese niño/a. Es así que las representaciones que tiene la madre sobre el cuerpo ideal del hijo

pueden corresponder a la de un niño obeso y por lo tanto su perfil de alimentación ideal irá acorde con tal percepción, las porciones de alimentos tenderán a ser mayores que las recomendables y exigirá al hijo que deje el plato vacío (Osorio, et al., 2002). La alimentación contribuye al moldeado, el cuerpo tanto femenino como masculino responde a la condición de sano- saludable si luce con sobrepeso. En Namqom, este cuerpo sano es obtenido con el consumo de alimentos fuertes, como las carnes, lo que explica la valoración de este alimento como buena comida.

Varios estudios demuestran que la mayoría de las madres de hijos con sobrepeso y obesidad subestiman el exceso de peso y esto podría interpretarse como falta de conciencia de la existencia de estas condiciones en sus hijos (Adeniyi, Ekure, Olatona, Ajayi & Nworgu, 2018; Bracho & Ramos, 2007; Ecina, et al., 2017; Hossain, et al., 2019). De igual modo, se ha demostrado que existe una creencia de las madres sobre el sobrepeso infantil, considerado como un signo de buena salud y que el sobrepeso será resuelto a medida que el niño crece (Jéssica, Natacha & Muriel, 2017). Los hallazgos de este estudio no fueron la excepción, ya que se encontró una alta frecuencia de madres que les gustaría que su hijo o hija tenga exceso de peso (sobrepeso u obesidad). Sumado a esto, como consecuencia del aumento recurrente en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes las madres pueden considerar al sobrepeso como normal, especialmente si hay muchas personas con esta condición en su familia o comunidad (Jéssica, et al., 2017).

Otra posible explicación de la subestimación podría ser la estigmatización de la obesidad, de este modo, las madres pueden querer evitar que sus hijos/as sean etiquetados/as por los demás niños/as (Latner, Stunkard & Wilson, 2005). También puede explicarse por el sesgo de respuesta positiva en el cual la madre evita reconocer que su hijo/a tiene un problema de salud, pues un/a hijo/a sano/a es un buen indicador de su labor como madre o en algunos casos las madres consideran a la delgadez de su descendencia como análoga del fracaso en la crianza (Houssain, et al., 2019). Es así que en Namqom, la significación de cuerpo sano infantil se asocia a ser “gordito”. En este mismo sentido, la creencia que un niño/a "gordito/a" goza de buena salud como consecuencia de un mejor cuidado por parte de

los padres podría aumentar la subestimación del peso (Angarita, Martínez, Rangel, Betancourt & Prada Gómez, 2014)

Si bien, en este estudio se trabajó con las madres respecto a la percepción de los cuerpos de los preescolares. Existe evidencia de un estudio de México que señala que los/as niños/as de 3 a 5 años de edad ya interiorizan estereotipos corporales (Vázquez-Arévalo, et al., 2018). Es así que encontraron que 77.1% de los niños y 64.5% de las niñas de 4 años querían una figura más gruesa a la que tenían (Vázquez-Arévalo, et al., 2018). Al mismo tiempo, se demostró que los padres tienden a percibir a los hijos en los extremos bajo peso y obesidad, en cambio los niños/as se ubican más en los estadios del medio en las siluetas. En esta tesis, los resultados arrojaron que casi el 30% de las madres percibieron a sus hijos/as con bajo peso y más del 10% con obesidad. Sin embargo, estos resultados se invierten respecto al ideal corporal de las madres con un poco más del 10% con un ideal de bajo peso y casi el 20% con un ideal de obesidad. Lo que supondría que quizás para las madres los niños/as deberían ser “gorditos” o “rellenitos” para estar sanos, reforzando la concepción de cuerpo sano de las madres Qom. Esta percepción perpetuada en el tiempo podría asociarse a problemas de salud en el futuro, ya que se demostró que los niños que aumentan más peso en la edad adulta son aquellos cuyos pesos se subestimaron durante la infancia (Hossain, et al., 2019).

Sumado a la falta de condiciones a nivel estructural, se percibe a la malnutrición de los preescolares relacionada también a un nivel cultural del modelo ecológico debido a que se asocia a la percepción del cuerpo sano impuestas por las pautas culturales propias de la comunidad (sobrepeso=sano). Incluso, desde el nivel familiar se relaciona con las percepciones y representaciones de las madres o cuidadoras. Resultaría alentador sumar a las políticas de infraestructura y desarrollo social, un enfoque biosocial/biocultural porque puede iluminar vías que son específicas de las poblaciones indígenas, para una mejor comprensión de los significados culturales y de los itinerarios terapéuticos, por ejemplo, puede arrojar luz sobre posibles intervenciones interculturales sociales y de salud que pueden ser más sensibles a las necesidades de estas poblaciones particulares. Por último, pero no menos importante, es la necesidad de alentar y apoyar las estrategias de investigación

participativa basadas en la comunidad que incorporen el conocimiento de la comunidad y den a conocer sus inquietudes y formas de conocimiento.

IV.3.3 El rol femenino y el estado nutricional de los preescolares

La mujer es, principalmente, quien nutre y alimenta a la familia, por esta construcción de la identidad de la mujer-madre al momento de estudiar la salud infantil se recurre a su voz, restringiéndola al ámbito reproductivo-materno (Gil-Romo & Coria, 2007). A su vez, la perspectiva biomédica centra su mirada sobre la salud materno-infantil y las políticas públicas considerando a las mujeres como categorías poblacionales (Gil-romo & Coria, 2007). En este trabajo, separándonos de esa mirada biomédica- hegemónica se aborda los roles de género para tener una mirada más abierta respecto a las influencias de todo el entorno en el crecimiento del preescolar pero inevitablemente se trabaja principalmente con las madres ya que en Namqom son las principales cuidadoras junto con las abuelas, y, además, resulta “difícil” el relato de los hombres (cuestión explicada al principio de la Discusión).

En la investigación en conducta alimentaria infantil se encontró que las madres tienen una influencia importante en la forma como el niño/a se comporta en relación con la alimentación (Crovetto, Henríquez, Parraguez & Montenegro, 2016). Debido a que la transmisión cultural de los modos de alimentación entre los humanos se realiza principalmente por la “vía femenina”; es decir la madre adquiere los conocimientos acerca de categorías y conceptos de alimentación infantil a través de su madre (abuela del niño/a) (Cabrera Rojas, et al., 2013). Por este motivo, fueron las madres y abuelas Qom quienes relataron el significado de la alimentación para los preescolares y luego significaron al cuerpo sano como el que es “gordito”. Entonces, tienen sentido que el consumo alimentario encontrado en estos preescolares se corresponda con los alimentos de alta densidad calórica. Sin embargo, la percepción de peso por sí sola no podría alterar la forma de alimentación de la madre si es que ellas no se preocupan por el peso actual del niño, existe antecedente de que las madres de los niños con sobrepeso y obesos presentan un nivel relativamente bajo

de preocupación sobre el peso actual de sus hijos sin embargo están preocupados que en el futuro sus hijos presenten sobrepeso (Cabrera Rojas, et al., 2013).

No obstante, centrar toda la atención en la mirada de las madres también podría generar sesgos al evaluar el estado nutricional de los preescolares. Porque como se mencionó en los apartados anteriores de esta tesis, el estado nutricional es producto integral de condiciones de vida, situación socioeconómica, área geográfica en la que vive el preescolar, su cultura, etc. Para el estudio del estado nutricional se requiere una interpretación social en donde el género se aborda como una determinante que se relaciona con otras variables e indicadores. Por ejemplo, en nuestro estudio no se encontraron diferencias respecto a la significación del cuerpo sano para hombres y mujeres, pero si en cuanto a la función de la alimentación que condicionaría determinada forma del cuerpo, debido a la creencia de que brindar una correcta alimentación a los niños/as permite un adecuado estado nutricional. En un estudio sobre los factores que habrían influido en estas creencias, se encontró que el nivel educativo de las madres las condiciona en gran medida, determinando la realización o ausencia de ciertas prácticas de cuidado y el significado otorgado a estas acciones. Sin embargo, en este mismo estudio, el nivel educativo no resultó ser el factor “fundamental”. Las vivencias personales y familiares positivas, tanto pasadas como actuales, tuvieron un mayor impacto en todas sus creencias y prácticas vinculadas al crecimiento infantil, es decir al estado nutricional (Fonti, 2019).

Con base en lo anterior, en un estudio desarrollado en México se realizaron entrevistas relacionadas con la práctica de lactancia en un grupo de mujeres indígenas, lo primero que se observó fue que los varones recibían por más tiempo la leche de las madres. Uno de los aspectos que llama la atención es el significado de fuerza de la leche materna: "los niños necesitan tomar más tiempo leche de sus madres para tener más fuerza y así estar más sanos para trabajar en el campo y mantener a su familia", a diferencia de las niñas que permanecen en la casa ayudando a sus madres en las labores de la casa (Gil-romo& Coria, 2007). En esta misma línea, en algunos estudios se ha observado que en familias no indígenas de bajos recursos se mantienen prácticas o costumbres como la de un menor tiempo de amamantamiento de niñas que de niños y privilegiar la alimentación de los varones, esto es,

darles de comer primero y/o mejor (Pelcastre-Villafuerte, et al., 2006). Estos hallazgos se reproducen en este trabajo, en donde se encontró que la alimentación cumple la función de fuerza si está destinada a los varones, y de crecimiento si está destinada para las mujeres. Este tipo de prácticas forma parte de estrategias familiares de vida, y además, están permeadas por una concepción diferencial del género de construcción social (Pelcastre-Villafuerte, et al., 2006). Por esto, en Namqom al analizar los roles de géneros se encontró que las mujeres-madres ocupan el rol materno y los hombres de proveedores.

Teniendo en cuenta los aspectos mencionados, Gil-romo & Coria (2007) reflexionan que “re-pensar en las mujeres y en los hombres durante los hechos relacionados con la alimentación sería, entre otros aspectos, hacerlas/os visibles en situaciones históricas concretas, principalmente como mujeres y hombres y no únicamente en su papel de madres-reproductoras y de padres-proveedores”. En Namqom, la mujer sigue siendo la principal actora en el cuidado de los niños y la familia, y principal “beneficiaria” de las políticas públicas descritas en los apartados anteriores. El acercamiento a los roles de género quedó escueto y superficial para lo complejo que sería abordar la salud de estos niños y niñas desde una perspectiva feminista, centrándose más allá del rol reproductivo y materno de la mujer. Sin embargo, esta práctica permite constatar como en Namqom se reproducen los mismos roles y deberes de las mujeres como en otras comunidades indígenas y no-indígenas, y esta reproducción podría relacionarse con el estado nutricional de los preescolares. Dentro del modelo ecológico el rol materno se ubica en la dimensión cultural y junto con las significaciones de alimentación y cuerpo saludable nos acerca la comprensión integral de la determinación social de la alimentación y estado nutricional de los preescolares Qom. De esta manera, queda en evidencia que la construcción del estado nutricional de un niño o niña no depende únicamente de la alimentación que reciba, sino que es producto de una serie de características, creencias, políticas e historia colectiva.

IV. 4 Determinación social del estado nutricional y alimentación de preescolares Qom

A partir de los resultados encontrados, se determina que tanto la alimentación de alta densidad calórica, barata y disponible como el exceso de peso y el retraso del crecimiento

ilustrarían una falta crónica de una nutrición adecuada. Este déficit podría deberse a una pobreza definida como el “resultado de procesos sociales estructurales referidos a la producción, distribución y consumo de bienes-servicios, procesos en los que existe o no existe equidad entre los grupos/clases sociales, lo cual se expresa finalmente, en el plano empírico, como igualdad/ desigualdad social” (Carmona-Fonseca & Correa, 2014). Es así como en esta tesis, se plasma a la malnutrición y alimentación de los preescolares Qom como un proceso integral resultante de la historicidad de desigualdad social de una comunidad marginal, periférica y en transición nutricional.

Los Qom son una de las etnias más importante del Chaco Argentino, comparten una cosmovisión de salud, donde la parte espiritual y territorial ocupan un lugar importante y significativo (Olmedo, Berra & Valeggia, 2018). Pero a su vez, sus condiciones ambientales e introducción al mundo occidental han llevado a percibir a los procesos alimentarios y del estado nutricional de sus niños y niñas condicionadas por la vulnerabilidad socioeconómica que sufren. Esta malnutrición podría ser reflejo de la transición nutricional alimentaria que vienen padeciendo hace un poco más de 50 años. Una definición clásica de transición nutricional hace referencia a cambios en la dieta y actividad física, que a nivel poblacional, resultan en cambios en la composición del cuerpo; específicamente, el pasaje de la desnutrición como la principal preocupación nutricional al sobrepeso y obesidad (Chaparro & Estrada, 2012). Pero en este trabajo, se aborda otras dimensiones como la cultural y la estructural desde un modelo ecológico. Entonces, resultaría importante, además, de conocer su trayectoria de crecimiento, confirmar esta transición alimentaria con un estudio de revisión o meta-análisis de todos los estudios sobre alimentación realizados en Namqom a lo largo del tiempo para complementar con los resultados obtenidos en esta Tesis.

En Namqom, se observa una distribución espacial demográfica, económica, nutricional y socialmente diferenciada. Por esto, se encontró una prevalencia alta de exceso de peso de preescolares en el área que presentó mejores condiciones de vida y población joven, donde la madre subestima el estado nutricional de sus hijos/as y donde el ideal corporal del cuerpo infantil tiende al exceso de peso. Además, se observó que el nivel socioeconómico de los preescolares con exceso de peso era relativamente mejor (nivel medio a alto), que los que

tenían talla baja; al contrario, estos últimos tenían nivel socioeconómico bajo. Este último resultado coincide con un estudio que se realizó en Indonesia en una comunidad rural, donde se demostró que hay falta de disponibilidad de agua, falta de disponibilidad de letrinas en el hogar, y materiales de techado de baja calidad, que contribuyeron significativamente al retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años (Tasnim, Dasvarma & Mwanri, 2017). Sin embargo, a partir de estos resultados no podemos establecer una relación causal entre estado nutricional y condiciones socioeconómicas. Aunque existen antecedentes sobre esta relación, por ejemplo, en un estudio realizado en Brasil se demostró que la talla poblacional mejora considerablemente con mejoras en condiciones sanitarias, económicas y sociales. El estudio concluye que hubo una tendencia secular positiva de crecimiento en altura y peso, que sería atribuible principalmente al desarrollo económico, de vivienda, saneamiento, de educación y en el área de la salud (Nascimento, et al., 2010).

Finalmente, interpretar las condiciones de malnutrición en una comunidad como resultado de carencias exclusivamente de índole alimentaria es una simplificación del fenómeno que subyace a las respuestas adaptativas/culturales del grupo humano, frente a los condicionantes sociales y económicos del entorno (Ruiz, et al., 2005). Para Breilh (2010b) es necesaria la esfera social en el desarrollo de la salud de las sociedades humanas (Breilh, 2010b) por ende, también resultaría necesaria en el desarrollo del estado nutricional- y de los ecosistemas con los que conviven- como la alimentación. En síntesis, a partir de estos hallazgos, se puede interpretar que el estado de malnutrición y la alimentación rica en densidad calórica y pobre en nutrientes de los preescolares Qom, se encuentra determinada principalmente por la segregación espacial que se ilustra, en las relativas desigualdades de 3 áreas bien diferenciadas por los recursos materiales, demografía, condición nutricional y de vida. Teniendo en cuenta en todo momento que Namqom es una comunidad con una marcada pobreza en general, donde toda la población tiene sus necesidades básicas insatisfechas, entonces, la prevalencia de malnutrición encontrada confirma la hipótesis de esta tesis. La relativa desigualdad es producto de una clasificación con fines analíticos que permite realizar una incipiente estratificación y diferenciar en áreas, aunque todas las familias viven en un contexto de carencia. Por este contexto de escasez, los resultados de

esta tesis podrían explicarse más por su condición de población pobre, marginal y perirubana que por ser originaria (Figura 16).

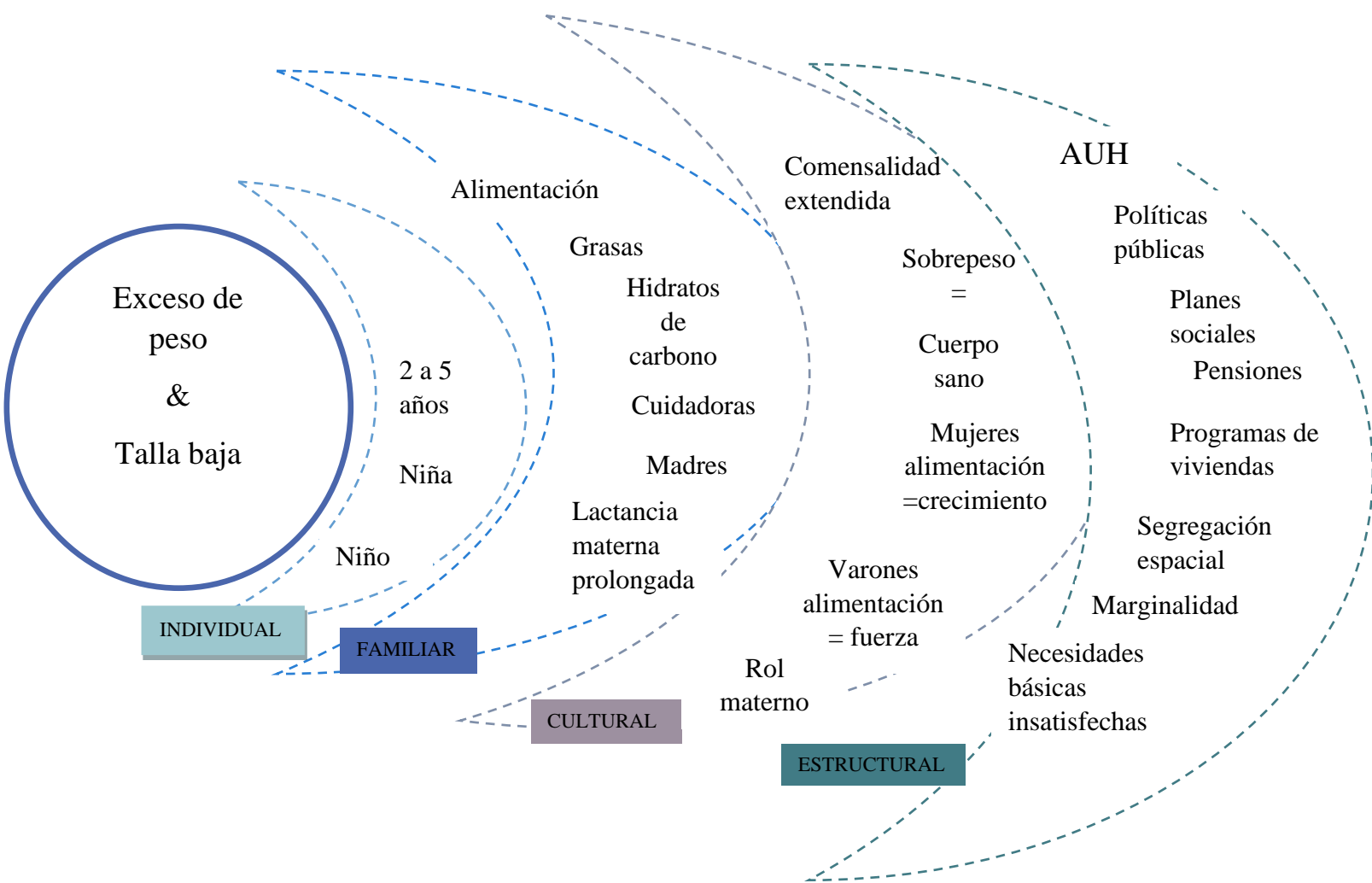


Figura 16. Modelo ecológico del exceso de peso y baja talla de preescolares Qom

IV. 5 Limitaciones y señalamientos para futuras investigaciones y reflexiones finales

Aunque este estudio contribuye a una mejor comprensión del estado nutricional de los niños y niñas indígenas que viven en condiciones de vida desfavorables, nos gustaría señalar algunas limitaciones que pueden haber afectado nuestros resultados. No pudimos incorporar medidas de morbilidad pasada, lo que podría ser una causa importante de retraso en el crecimiento. A la luz de nuestros resultados y nuestra experiencia en Namqom, sugerimos además que los estudios podrían centrarse en el vínculo entre la carga de enfermedades de las infecciones, el acceso al agua limpia, la contaminación ambiental y la salud general de los niños Qom. Estudiar si efectivamente la recurrencia de estas enfermedades es frecuente en esta comunidad sería un aporte para completar estos resultados y trabajarlos desde la Salud Pública. Sin embargo, nuestro estudio permite reflexionar sobre la influencia de las necesidades básicas de vivienda, saneamiento, etc. y el estado nutricional.

Este estudio, que sigue un diseño transversal contribuye al conocimiento sobre las diferencias en el estado nutricional de los niños en edad preescolar en comunidades pobres con condiciones de vida desfavorables en general. Ampliar la mirada con un diseño longitudinal permitirá estudiar los procesos de cambios en el estado nutricional de los preescolares directamente asociados con el paso del tiempo. Entonces, para ello, se podría tomar varias medidas antropométricas y retomar la teoría de trayectoria de crecimiento diferente.

Los datos fueron recolectados e informados por mujeres, madres y abuelas, quedando un vacío de conocimiento en lo referente a la postura de los hombres respecto a la alimentación de preescolares y la relación entre géneros. Esto se debe a una característica cultural, explicada anteriormente. Esta tesis, podría ser un punto de partida para abordar la alimentación y estado nutricional desde una perspectiva feminista, que profundice los resultados aquí expuestos.

Si bien, esta Tesis fue realizada de acuerdo a los relatos de las madres de los preescolares, una inquietud sobre los resultados es que justamente por esta “independencia”

de los niños/as las madres no se encuentran en todo momento con sus hijos, entonces además de lo que las madres relataron en el recordatorio de 24 hs los preescolares podrían haber consumido otros alimentos en las calles. De todas maneras, para complementar esta información que aporta el recordatorio se tomaron las notas de campo por medio de observación participante. Además, se utilizó el recordatorio de 24 hs en lugar de la frecuencia de consumo para determinar la frecuencia diaria de consumo de preescolares, debido a que en Namqom es diferente la concepción del espacio y el tiempo.

Muchos de los resultados de esta Tesis dan lugar a nuevos interrogantes, algunos se intentaron responder en esta sección de Discusión, pero muchos otros quedaron para repensar en otras líneas de investigación. Tanto la alimentación de los Qom como el estado nutricional son procesos complejos y trabajar con una comunidad bilingüe con otras perspectivas, pero inserta en esta economía de mercado complejiza aún más la cuestión. Por este motivo, todos los datos recolectados fueron complementados con notas de campo de cada visita y de cada día durante los dos años de trabajo de campo. De esta manera, se intentó validar lo más posible los datos recolectados.

CAPÍTULO V: Conclusiones

Los preescolares Qom presentan altas prevalencias de exceso de peso y baja talla para la edad determinados según segregación espacial, de esta manera, se corrobora la hipótesis de que en situación de necesidades básicas insatisfechas existe malnutrición. Esta malnutrición que presentan los preescolares Qom se relaciona con un proceso histórico/social. La malnutrición por exceso se correlaciona con el área donde los recursos materiales son relativamente mejores, mientras que la malnutrición por escasez se observa en el área donde los recursos son más escasos.

La alimentación de los preescolares Qom está constituida por alimentos de alta densidad calórica y saciantes. También consumen preparaciones culturalmente aceptadas denominadas aloja, sustancia y moloq. Es importante señalar que los preescolares Qom continúan con la lactancia materna hasta después de los 2 años.

Debido a que se trata de una comunidad con necesidades básicas insatisfechas, para conseguir los alimentos los Qom ponen en práctica diferentes tácticas de obtención propias de poblaciones que viven en la pobreza.

La condición de marginalidad y reciente transición nutricional de los Qom se vislumbra en la relación entre la malnutrición y la alimentación nutricionalmente deficiente de los preescolares. No obstante, la lactancia materna prolongada característica en estos niños resulta protectora para el estado nutricional.

La significación de la alimentación tiene una función de fuerza para los varones y de crecimiento para las niñas, respectivamente. Esta desigualdad responde a los roles de género preestablecidos desde la colonización, reproductivo para las femeninas, y productivo para los masculinos. En cambio, la significación de cuerpo saludable responde a un cuerpo con sobrepeso, independientemente del sexo. Las principales cuidadoras, es decir, las madres

perciben a sus hijos e hijas subestimando su estado nutricional y tienen un ideal corporal orientado fuertemente al exceso de peso.

En síntesis, el estado de malnutrición y la alimentación de los preescolares Qom se encuentran determinados por aspectos de los diferentes niveles del Modelo Ecológico. En el nivel individual con el sexo de los preescolares y su edad. En el nivel familiar con la alimentación alta en hidratos de carbono y grasas, con el rol de cuidadora de las mujeres, principalmente las madres, y sus representaciones. En el nivel cultural con la comensalidad extendida, las pautas culturales respecto a la alimentación y cuerpo de los preescolares, la significación del objetivo de crecimiento de la alimentación para las niñas y de fuerza para los niños, la percepción de que el cuerpo sano es el que presenta sobrepeso y la práctica de lactancia materna prolongada. En un espectro más amplio, en el nivel estructural estos dos procesos se relacionan con las diferentes políticas públicas nacionales y provinciales, la segregación espacial que tienen lugar en la propia comunidad, la situación de marginalidad y la condición de ser una población con las necesidades básicas insatisfechas.

Teniendo en cuenta la Determinación Social de la Salud, los preescolares Qom presentan altas prevalencias de exceso de peso y baja talla para la edad determinados según segregación espacial, de esta manera, se corrobora la hipótesis de que en situación de necesidades básicas insatisfechas existe malnutrición y desigualdades del estado nutricional dentro de la misma comunidad. El conocimiento de esta realidad socio-cultural y nutricional sobre la población de etnia Qom en la ciudad de Formosa durante el periodo estudiado, podría traducirse acciones integrales de salud pública, que incluya la implementación de políticas estructurales y de desarrollo social, respetando las costumbres y creencias de los cuidadores de los niños y niñas preescolares, para mejorar la salud de las futuras generaciones y calidad de vida de toda la comunidad Qom.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Acero, M., Caro, I., Henao, L., Sánchez, G. (2013). Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas Social. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 103-110.
- Adeniyi, O.F., Ekure, E., Olatona, F.A., Ajayi, E.O., & Nworgu, N. (2018). Nutritional assesment and maternal perception of toddler body size using toddler silhouette scale in Nigeria a developing country. *International Journal of MCH and AIDS (IJMA)*, 7(1), 9.
- Aguirre, P. (2000). Los alimentos rendidores y el cuerpo de los pobres, 1-10. *Estrategias domésticas de consumo en el área metropolitana de Buenos Aires*
- Aguirre, P. (2004). Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis. *Buenos Aires, Argentina: Capital intelectual*. 1-41.
- Alfonso- Durruty, M.P., & Valeggia, C.R. (2016). Growth Ppterns among indigenous Qom children of the Argentine Gran Chaco. *American Journal of Human Biology*, 28(6), 895-904.
- Álvarez M, Pinotti L. (1997). Procesos socioculturales y alimentación. Ediciones del Sol. 1-196.
- Álvarez, D., Sánchez, J., Gómez, G., & Tarqui, C. (2012). Overweight and obesity: Prevalence and social determinants of excess weight in the Peruvian population (2009-2010). *Peruvian Journal of Experimental Medicine and Public Health*, 29(3), 303-313.
- Amigo, H. (2003). Obesidad en el niño en América Latina: situación, criterios de diagnóstico y desafíos. *Cadernos do Saúde Pública*, Vol. 19, pp. 163-170.
- Angarita, A., Martinez, A., Rangel, C., Betancourt, M. V., & Prada Gómez, G. E. (2014). Determinantes de la subestimación de la percepción de los padres sobre el peso de sus hijos en hogares infantiles del ICBF de Floridablanca, Colombia, 2012. *Revista Chilena de Nutricion*, 41(4), 372–382.

- Arboleda Montoya, L.M., & Villa Alcaraz, P.A. (2016). Preferencias alimentarias en los hogares de la ciudad de Medellín, Colombia. *Saúde e Sociedades*, 25(3), 750-759.
- Arellano, O.L., Escudero, J.J., Moreno, L., Luz, Y., & Carmona, D. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el taller latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 3(4), 323-335.
- Arenas, P. (2000). La alimentación tradicional y sus cambios entre dos etnias del Gran Chaco; Los Mataco-ihoko'tax y Toba-pilagá. In. C. de América (Ed). *Revista Panamericana de Salud Pública*, 32(2), 145-150.
- Argentina. (1994). Constitución de la Nación Argentina. Imp. de la Nación Argentina.
- Bacallao, J., Peña, M., & Díaz, A. (2012). Reducción de la desnutrición crónica en las bases biosociales para la promoción de la salud y el desarrollo. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 32(2), 145–150.
- Bay, L. B., Kovalskys, D.I., Bay, L., Cecile, L., Herscovici, R., & Berner, E. (2003). Prevalencia de obesidad en una población de 10 a 19 años en la consulta pediátrica. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 101(6).
- Bergel, M., Cesani, M., & Oyhenart, E. (2017). Malnutrición infantil e inseguridad alimentaria como expresión de las condiciones socio-económicas familiares en Villaguay, Argentina. *Población y Salud en Mesoamérica*, 14(4), 1-27.
- Bergel, M.L., Cesani, M.F, & Oyhenart, E. (2017). Contexts of occurrence of child malnutrition in the district of Villaguay, Entre Ríos, Argentina. A multivariate analysis. *PLOS One* 12, 1-13.
- Bergmeier, H., Skouteris, H., & Hetherington, M. (2015). Systematic research review of observational approaches used to evaluate mother-child mealtime interactions during preschool years. *American Journal of Clinical Nutrition*. 101(1), 7-15.
- Bolzán, A., & Mercer, R. (2009). Seguridad alimentaria y retardo crónico del crecimiento en niños pobres del norte argentino. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 107(3), 221–228

- Bortolini, G. A., Gubert, M. B., & Santos, L. M. P. (2012). Food consumption Brazilian children by 6 to 59 months of age. *Cadernos de Saude Publica*, 28(9), 1759–1771.
- Bourdieu, P. (1986). Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo. In las ediciones de La Piqueta (Ed.), *Materiales de Sociología crítica*, (pp. 183-194). Madrid.
- Bove, R.B., Valeggia, C.R., & Ellison, P.T. (2002). Girl helpers and time allocation of nursing women among the Toba of Argentina. *Human Nature*, 13(4), 457-472.
- Bracho, F., & Ramos, E. (2007). Percepción maternal del estado nutricional de sus hijos: ¿Es un factor de riesgo para presentar malnutrición por exceso? *Revista Chilena de Pediatría*, 78(1), 20-27.
- Braunstein, J., & Miller, E. (2013). Peoples of the Gran Chaco. (pp. 1-6). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Breilh, J. (2010a). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6(1), 83-101.
- Breilh, J. (2010b). Las tres “S” de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In *Determinacao social da saúde e reforma sanitaria. Río de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos do Saúde*.
- Cabrera Rojas, N., Rolón Arambulo, R., Garcete Mañotti, L., Sanabria, M., Arredondo Olgún, M., & Pizarro, F. (2013). Concordancia entre la percepción materna y el estado nutricional real de niños preescolares que asisten a la consulta de pediatría general. *Pediatría (Asunción): Organo Oficial de La Sociedad Paraguaya de Pediatría*, 40(3), 235–240.
- Carmona-Fonseca, J., & Correa, A. (2014). Determinación social de la desnutrición y el retardo sicomotor en preescolares de Urabá (Colombia). Un análisis con la Epidemiología Crítica Social determination of malnutrition and psychomotor retardation. *Revista de La Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), 40–51.
- CEPAL. (2018). Panorama social de América Latina 2017. (Vol. 1; Naciones Unidas, Ed.). Santiago.

- CEPAL & UNICEF (2006). Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. *Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio*, 2(2), 1-23.
- CEPAL & UNICEF (2010). Pobreza infantil en América Latina y el Caribe. (*Naciones Unidas, Ed.*).pp 1-207.
- Ceriani Cernadas, C. (2017). Los Evangelios Chaqueños: Misiones y Estrategias Indígenas en el Siglo XX. *César Ceriani Cernadas. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asociación.*
- Chaparro, M. P., & Estrada, L. (2012). Mapping the nutrition transition in Peru: Evidence for decentralized nutrition policies. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 32(3), 241–244
- Crovetto, M., Henríquez, C., Parraguez, R., & Montenegro, M. J. S. (2016). Relationship between institutional food service in Nursery Schools and Household feeding with the nutritional status of preschool children attending two Nursery Schools in Valparaíso, Chile. *Revista Espanola de Nutricion Humana y Dietetica*, 20(1), 4–15.
- Davison, K.K., & Birch, L.L. (2008). Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *NIH-PA Author Manuscript*, 2(3), 159-171.
- De Farias, G., & Osorio, M. (2005). Alimentary profile of under-five year old children. *Revista de Nutricao*, 18(6), 793–802.
- De la Cruz, L. (1995). Ordenamiento territorial y pueblos indígenas del Chaco. *Suplemento Antropológico*, 30, 189-204.
- Durán, P., Biglieru, A., Kogan, L., Mangialavoria, G., & Abeyá-Gilardon, E. (2009). Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). *Archivos Argentinos de Pediatría*, 107(5), 397-404.
- Echagüe, G., Sosa, L., Díaz, V., Funes, P., Rivas, L., Granado, D., ...Pistilli, N. (2016). Malnutrición en niños menores de 5 años indígenas y no indígenas de zonas rurales,

- Paraguay. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 14(2), 25-34.
- Educadores Originarios. (2011). Los Tobas: nuestra historia y nuestro trabajo. (*Asociación civil sin fines de lucro "Educadores Originarios", Ed.*). Formosa.
- Encina, C., Gallegos, D., Ulloa, A., Luman, M., Moena, B., Canales, T., ...Saavedra, L. (2017). Concordancia entre la percepción materna y el estado nutricional de sus hijos antes y después de una intervención educativa. *Revista Chilena de Nutrición*, 44(4), 318-324.
- FAO, FIDA, OMS, PMA & UNICEF. (2017). El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. (*FAO, Ed.*). Roma.
- Foti, É. P. (2019). Creencias sobre el Crecimiento Infantil de los padres y madres en situación de pobreza de Concepción del Uruguay. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 30(Vol30, No58), 125–157.
- Garraza, M., Zonta, M.L, Oyhenart, E., Navone, G. (2014). Estado Nutricional, composición corporal y entero parasitosis en escolares del departamento de San Rafael, Mendoza. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 34(1), 31-40.
- Garrido Aranda, A. (2004). El sabor del sabor: hierbas aromáticas, condimentos y especias. (*1era edición, S. de P. de la Universidad de Córdoba, Ed.*). Córdoba.
- Garrote, N.L. (2003). Redes alimentarias y nutrición infantil. Una reflexión acerca de la construcción de poder de las mujeres a través de las redes sociales y la protección nutricional de niños pequeños. *Cuadernos de Antropología Social*, 17, 117-137.
- Gil-romo, S.E., & Coria, S. (2007). Estudios sobre alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género. *Medigraphic Artemisa En Línea*, 49 (6), 445-453.
- Giménez, G. (2001). Cultura, territorio y migraciones. Aproximaciones teóricas. *Alteridades*, 11(22), 5-14.

- Goetz, L.G., & Valeggia, C. (2017). The ecology of anemia: Anemia prevalence and correlated factors in adult indigenous women in Argentina. *American Journal of Human Biology*, 29 (3).
- Hossain, M. S., Siddiquee, M. H., Ferdous, S., Faruki, M., Jahan, R., Shahik, S. M., ... Okely, A. D. (2019). Is childhood overweight/obesity perceived as a health problem by mothers of preschool aged children in Bangladesh? A community level cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2), 1–12.
- Hu, F.B. (2008). Obesity epidemiology. Oxford University Press. 1-53.
- Instituto Provincial del Aborigen. (1984). Provincia de Formosa Ley N° 426 “Integral del Aborigen” (pp. 1-17).
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., Emerson, Y., & Merhy, E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(2), 128-136.
- Jéssica, P., Natacha, T., & Muriel, B.G. (2017). Maternal perception of children´s nutritional status in the Federal District, Brazil. *Plos ONE*, 12(4), 1-14.
- Jiménez, E.G., Cordero, M.J., García, C.J., López, P.G., & Ferre, J.Á. (2012). Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España). *Nutrición Hospitalaria*, 27(1), 177-184.
- Kalra, N., Pelto, G., Tawiah, C., Zobrist, S., Milani, P.,Parker, M. (2018). Patterns of cultural consensus and intracultural diversity in Ghanaian complementary feeding practices. *Maternal and Child Nutrition*, 14 (1), 1-9.
- Kapsalakis, L. (2011). The informal and formal economies of indigeneity among the toba of barrio Namqom, Formosa, Argentina. (pp. 1-110).
- Khattak, U. K., Iqbal, S. P., & Ghazanfar, H. (2017). The Role of Parents´ Literacy in Malnutrition of Children under the age of five years in a Semi-urban community of Pakistan: a case-control study. *Cureus*, 9(6).

- Kim, H. O., Kim, G.N., & Park, E. (2015). Perception of childhood obesity in mothers of preschool children. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 6, 121-125.
- Lagranja, E., Navarro, A., & Valeggia, C. (2015). Alimentación y niveles de actividad física en adultos de la comunidad toba de Namqom, provincia de Formosa (Vol. 112).
- Lagranja, E., Phojanakong, P., Navarro, A., & Valeggia, C. (2015). Indigenous populations in transition: An evaluation of metabolic syndrome and its associated factors among the Toba of northern Argentina. *Annals of Human Biology*, 42(1), 84-90.
- Lagranja, E.S., Valeggia, C.R., & Navarro, A. (2014). Food practices and physical activity in adults of a Toba population of the province of Formosa, Argentina. *Diaeta*, 32(146), 35-41.
- Lanza, N., & Valeggia, C. (2006). Caracterización demográfica de una población Toba de Formosa. Conicet. Dto. Antropología- Universidad de Pensilvania. EEUU. In *XXVI Encuentro de Geohistoria Regional (Resistencia 2006)*, (pp. 292-301). Resistencia, Chaco.
- Latner JD, Stunkard AJ, & Wilson GT. (2005). Stigmatized students: age, sex, and ethnicity effects in the stigmatization of obesity. *Obesity Research*;13(7):1226-31
- Lobtein, T., Baur, L., & Uauy, R. (2004). Obesity in children and Young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 5, 4-85.
- Lomaglio, D. (2012). Transición nutricional y el impacto sobre el crecimiento y la composición corporal en el noroeste argentino (NOA). *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 32(3), 30-35.
- Macias, S., Rodríguez, S., & Ronayne de Ferrer, P. (2013). Patrón de alimentación e incorporación de alimentos complementarios en lactantes de una población de bajos recursos. *Revista Chilena de Nutrición*, 40(3), 235-242.
- Manios, Y., Moschonis, G., Grammatikaki, E., Anastasiadou, A., & Liarigkovinos, T. (2010). Determinants of Childhood obesity and association with maternal perceptions of

- their children's weight status: the "GENESIS" study. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(10), 1527-1531.
- Martin, M. A., Veile, A.J., & Valeggia, C.R. (2019). Birth mode and infectious morbidity risks in Qom children of Argentina. *American Journal of Human Biology*, 31(2), 1-11.
- Martinez, M., Rhee, K., Blanco, E., & Boutelle, K. (2015). Maternal attitudes behaviors regarding feeding practices in elementary school-aged Latino children: A pilot qualitative study on the impact of the cultural role of mother in the US- Mexican border region of San Diego, California. *Journal of the Academy of Nutrition & Dietetics*, 115, S34-NaN.
- Martinez Veiga, U. (1999). Poverty, social exclusion and health. *Areas*, 35-50.
- Mendoza, M. (2002). Brand mobility and leadership among the Western Toba hunter-gatherers of Gran Chaco in Argentina. *Reference and Research Book News*, 4 (17).
- Ministerio de Educación y Deportes; Presidencia de la Nación. (2016). Qom (tobas) y moqoit (mocovíes). Antiguas y nuevas andanzas por el Gran Chaco. In *Ministerio de Educación y Deportes de la Nación (Ed.), Pueblos Indígenas en la Argentina. Historias, culturas, lenguas y educación*. (1ª ed., pp. 1-46). Buenos, Aires.
- Ministerio de Salud de Argentina (2007). Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de Resultados 2007. (1ª ed.; *Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, Ed.*). Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación (2013). Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Guías para prevención, diagnóstico y tratamiento en Cuidado de Salud primarios. (1ª edición; *Ministerio de Salud de la Nación, Ed.*). Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación (2019). 2º Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Resumen ejecutivo. (1ª edición; *Ministerio de Salud de la Nación, Ed.*). Buenos Aires, Argentina
- Mintz, S. (2003). Sabor a comida, sabor a libertad. Incursiones en la comida, la cultura y el pasado. (*CIESAS- Ediciones de la Reina Roja- Conaculta., Ed.*). México.

- Molano- Tobar, N.J., & Molano-Tobar, D.X. (2017). Cosmovisión de salud y alimentación en la cultura Guambiana. *Universidad y Salud*, 20 (1), 16.
- Molina Jaramillo, A.N. (2018). Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(1), 1-12.
- Monkkonen, P. (2012). La segregación residencial en el México urbano: niveles y patrones. *Eure*, 38(114), 125-146.
- Mosli, R.H., Miller, A.L., Peterson, K.E., & Lumeng, J.C. (2015). Sibling feeding behavior: Mothers as role models during mealtimes. *Appetite*, 96, 617-620.
- Nascimento, V. G., Bertoli, C. J., Musmê, L., Bertoli, Q., Abreu, L. C. De, & Leone, C. (2010). Tendência Secular De Crescimento Em Secular Trend of Growth of Preschool , Brazil. *Medicina*, 20(2), 199–207
- Nava, M., Pérez, A., Herrera, H., & Hernández, R. (2011). Hábitos alimentarios, actividad física y su relación con el estado nutricional- antropométrico de preescolares. *Test*, 38. 301-312.
- Navarro, A., Cristaldo, P., Andreato, M., Muñoz, S., Diaz, P., Lantieri, M., & Eynard, A. (2007). Atlas de alimentos (1a ed., Universidad Nacional de Córdoba, Ed.). Córdoba, Argentina.
- Nuñez, P. A., Fernández-Slezak, D., Farall, A., Szretter, M. E., Salomón, O. D., & Valeggia, C. R. (2016). Impact of universal health coverage on child growth and nutrition in Argentina. *American Journal of Public Health*, 106(4), 720–726.
- Oliveira, T.C., Czeresnia, D., Vargas, E.P., & De Barros, D. C. (2018). Concepções sobre práticas alimentares em mulheres de camadas populares no rio de janeiro, Rj, Brasil: Transformações e ressignificações. *Interface: Communication, Health, Education*, 22(65), 435-446.
- Olmedo, S., Berra, S., & Valeggia, C. (2018). Perspectivas de madres Qom sobre la salud infantil. In A. Abbona & I. Roca (Eds.), *Los pueblos indígenas de América Latina. Actas del II Cipiial (1a ed., pp. 1-29)*. Santa Rosa, La Pampa.

- Olmedo, S., & Valeggia, C. (2014). El inicio de la alimentación complementaria en el pueblo originario qom. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 112 (1), 1-6.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006). Patrones de Crecimiento Infantil. Departamento de Nutrición. Ginebra: OMS.
- OMS, & OPS (2008). Material de apoyo- Pesando y midiendo a un niño. (*Departamento de Nutrición, Ed.*). Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (2014a). Datos y cifras sobre la obesidad infantil. Retrieved from Organización Mundial de la Salud website: <https://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014b). OMS | Datos y cifras sobre obesidad infantil. Retrieved from Organización Mundial de la Salud website: <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Informe de la comisión para acabar con la obesidad infantil (*1a ed.; Organización Mundial de la Salud, Ed.*). <https://doi.org/9789243510064>
- Organización Mundial de la Salud. (2017a). Actualmente se registran las causas de muerte en casi la mitad de todas las defunciones, según datos de la OMS. *Organización Mundial de La Salud*. Retrieved from <http://www.who.int/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017b). Metas mundiales de nutrición 2025. Documento normativo sobre retraso del crecimiento. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2017c). Tracking Universal Health Coverage : 2017 Global Monitoring Report (*1a ed.; Organización Mundial de la Salud, Ed.*). Ginebra, Suiza.
- Osorio, A. M., Romero, G., Bonilla, H., & Aguado, L. (2018). Contexto socioeconómico de la comunidad y desnutrición crónica infantil en Colombia. *Revista de Saúde Pública*, 52, 1–12.

- Osorio E., J., Weisstaub N., G., & Castillo D., C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista Chilena de Nutrición*, 29(3), 280–285
- Oyhenart, Evelia E.; Dahinten, S., Alba, J. A., Alfaro, E. L., Bejarano, I. F., Cabrera, G. e., & Cesani, M. F. (2008). Estado nutricional al infante juveil en seis provincias de Argetina: variación regional. *Revista Argentina de Antropología Biológica*, 10(1514–7991), 5–62.
- Oyhenart, Evelia E, Torres, M. F., Quintero, F. A., Luis, M. A., Cesani, M. F., & Zucchi, M. (2007). Estado nutricional y composición corporal de niños pobres residentes en barrios periféricos de La Plata , Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(3), 194–201.
- Pautassi, L., & Zibecchi, C. (2010). La provisión de cuidado y la superación de la pobreza infantil : programas de transferencias condicionadas en Argentina y el papel de las organizaciones sociales y comunitarias. In *CEPAL & UNICEF (Eds.), CEPAL. Serie políticas sociales* (1a ed., p. 84). Santiago de Chile, Chile.
- Pelcastre-Villafuerte, B., Riquer-Fernández, F., De León-Reyes, V., Reyes-Morales, H., Gutiérrez-Trujillo, G., & Bronfman, M. (2006). ¿Qué se hace para no morir de hambre? Dinámicas domésticas y alimentación en la niñez en un área rural de extrema pobreza de México. *Salud Publica de Mexico*, 48(6), 490–497.
- Pérez, E., Sandoval, M., & Schneider, S. (2008). Epidemiología del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes. *Revista de Posgrado de La Vía Cátedra de Medicina.*, 179, 16–20.
- Presno Labrador, M. C., & Castañeda Abascal, I. E. (2003a). Enfoque de género en salud: Su importancia y aplicación en la APS. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(3).
- Quarin, J. (2013). Estado nutricional y habitos alimentarios en mujeres qom mayores de 40 años del barrio Namqom y su relación con la prevalenciade hipertension arterial.1-100.
- Rodríguez Vignoli, J. (2001). Segregación residencial socioeconómica: ¿qué es?, ¿cómo se

- mide?, ¿qué está pasando, importa? *Serie Población y Desarrollo, vol16*. Santiago de Chile.
- Ruiz, V., Brawerman, J., Marx, J., Adrogu, G., Carioli, N., & Cordero, C. (2005). Evaluación nutricional antropométrica de la niñez pobre del norte argentino: Proyecto encuNa. *Archivos Argentinos de Pediatría, 103*(6), 545–555.
- Salamanca Castro, A. B., & Martín- Crespo Blanco, C. (2000). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación, Vol.1*(1), 165–180.
- Scribano, R., Cabello, C., Orellana, R., Ríos, F., Pacheco, D., Pasten, M., ... Climático, A. C. (2017). Vulnerability Assessment and Impact of Climate Change in the Great American Chaco (*C. de C. para el G. C. A. y C. Sur, Ed.*). Asuncion, Paraguay.
- Segato, R. L. (2015). La crítica de la colonialidad en ocho ensayos . Y una antropología por demanda. (*1a Edición; Prometeo Libros, Ed.*). Buenos Aires.
- Sordini, M.V. (2014). Una revisión sobre los programas alimentarios nacionales aplicados a comedores escolares y comunitarios desde los años ochenta en Argentina. *De Prácticas y Discursos, 3*(3).
- Stivanello, M.B. (2015). Aportes al debate de la Interculturalidad en Salud. *Margen Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales 76*. 0327-7585.
- Tasnim, T., Dasvarma, G., & Mwanri, L. (2017). Housing conditions contribute to underweight in children: An example from rural villages in southeast Sulawesi, Indonesia. *Journal of Preventive Medicine and Public Health, 50*(5), 328–335.
- Tola, F. (2012). Yo no estoy solo en mi cuerpo. (*1a Edición; Biblos, Ed.*). Buenos Aires.
- Tola, F. (2016). El “giro ontológico” y la relación naturaleza/cultura. Reflexiones desde el Gran Chaco. *Apuntes de Investigación Del CECYP, (27)*, 129–139.
- Torres, C. (2001). La equidad en materia de salud vista con enfoque étnico. *Pan American Journal of Public Health, 10*(3), 188–201.
- UNICEF. (2011). Indigenous peoples in Argentina and the right to education. Socio-educational situation of girls, boys and adolescents in Toba communities (*1a ed.; E.*

Duro, Ed.). Buenos Aires, Argentina.

UNICEF. (2012). The rights of indigenous girls and boys. In *Challenges Childhood and adolescence bulletin on the progress of the Millennium Development Goals* (Vol. 14).

UNICEF. (2015). Social and environmental determinants for the development of children from the period of pregnancy to 5 years: bases for a deliberative dialogue. *Ministry of Health of Buenos Aires*, 90.

Valeggia, C., Faulkner, K., & Ellison, P. (2002). Crecimiento en lactantes de una comunidad toba de Formosa. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 100(2), 103–109.

Valeggia, C. R., & Ellison, P. T. (2003). Impact of breastfeeding on anthropometric changes in Peri-Urban Toba Women (Argentina). *American Journal of Human Biology*, 15(5), 717–724.

Valeggia, C. R., & Tola, F. (1999). Argentine Toba. *Ember*, 2, 564–572.

Vazquez-Arevalo, R., Rodríguez Nabor, A., ... Mancilla-Díaz, J. M. (2018). Valoración de la imagen corporal en preescolares: Percepción de padres e hijos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 9(2), 208–220.

Venier, E. (2013). Mediaciones, identidades y territorialidades para la sustentabilidad del Gran Chaco Americano. In *E. U. C. de Salta (Ed.), Ambiente y Pobreza. Una mirada interdisciplinaria*. (1ra ed., Vol. 53, pp. 1689–1699).

Waterman, A. M. C. (2003). Economics, Love, and Family Values: Nancy Folbre and Jennifer Roback Morse on the Invisible Heart: Review Essay. *Independent Review*, 7(3), 443–453.

ANEXOS

Anexo I. Hoja Informativa

ESTUDIO SOBRE OBESIDAD INFANTIL EN LA PRIMERA INFANCIA

HOJA INFORMATIVA

Investigadora	SOFÍA OLMEDO
Principal:	Licenciada en Nutrición Estudiante de Doctorado de la Universidad Nacional de Córdoba Becaria Doctoral del CONICET Tel: 3704-668460

¿De qué se trata el estudio al que me invitan a participar?

Te invitamos a participar en un estudio de investigación que estamos realizando en el barrio Namqom sobre la nutrición durante la infancia.

Tu participación es voluntaria. Eso quiere decir que podés decidir si querés participar o no. Si decidís no participar, no hay problema. Para que puedas tomar una decisión, te contamos de qué se trata el estudio, cuáles son los posibles riesgos y beneficios y qué te vamos a pedir que hagas. Vamos a hablar con vos sobre el estudio y esta hoja es para que te la quedes. Si querés, podés charlar con tu familia para decidir si participar o no en este estudio.

¿Para qué sirve este estudio?

Nos interesa saber más sobre la alimentación de los niños durante sus primeros años de vida.

¿Cuánto dura el estudio? ¿Quiénes están participando?

El estudio dura aproximadamente 1 año. Todas las familias de Namqom que tengan un niño/a de 2 a 4,9 años van a ser invitadas a participar.

¿Qué tengo que hacer?

Si vos y tu bebé participan, mediremos la talla, el peso de tu niño/a. Vamos a medir la talla con un tallímetro. Tu peso mediremos con una balanza. Además, te vamos a hacer algunas preguntas sobre

qué come tu hijo/a y qué hace durante el día y preguntas generales sobre alimentación, nutrición y salud.

¿Cómo me voy a beneficiar si participo?

No hay un beneficio directo para los participantes, salvo algún consejo sobre nutrición que te podemos ofrecer. Si cuando tomamos datos nos damos cuenta que hay algún problema de salud te lo comunicaremos de inmediato y te ayudaremos a encontrar alguna forma de solucionarlo.

¿Qué pasa si decido no participar?

Si decidís no participar, no hay problema. Estaremos recorriendo el barrio y, si querés, podemos pasar para charlar pero no tomaremos ningunos datos tuyos.

¿Me van a pagar por participar?

No se le va a pagar a nadie por participar.

¿Qué pasa si no quiero participar más?

Si decidís participar, pero después cambias de opinión, nos avisas y no juntaremos más datos tuyos. Inclusive, podemos borrar todos tus datos anteriores, si nos lo pedís.

¿Quién podrá ver mi información?

Solamente la Lic. Sofía y su ayudante podrán ver los datos. Llevaremos las planillas con nosotros en todo momento y no se las mostraremos a nadie. Los registros van a ser anónimos. Vamos a usar esta información solamente para la investigación.

¿Cómo y cuándo me voy a enterar de los resultados de este estudio?

Cuando terminemos de analizar los datos, prepararemos un informe general y vamos a hacer copias de este informe para todos los que quieran.

¿Con quién puedo hablar si tengo más preguntas sobre este estudio?

Si tenés más preguntas, podés hablar con la Lic. Sofía Olmedo. También nos pueden llamar o mandar mensaje de texto al 3704-668460.

Anexo II. Protocolo de ética

Yale University *Institutional Review Board*

*Telephone: 203-785-4688 150
Munson St 3rd Floor*

*Fax:203-785-2847
P.O. Box 208327
New Haven CT, 06520-8327*

h

ttp://www.yale.edu/hrpp

To: Claudia Valeggia, Ph.D.

From: **Yale University Institutional Review Board**

Date: 11/02/2016

HIC/HSC Protocol#: 1510016698

Study Title: Sociocultural and biological correlates of obesity during early childhood in two populations of Formosa, northern Argentina

Submission Type:
Continuing Review/Continuation IRB Action
Expedited

Approval

Approval Date: 11/02/2016

Expiration Date: 11/03/2017

Your request regarding the above-referenced protocol has been APPROVED

following an expedited review by the Institutional Review Board (IRB). This review meets approval criteria set forth in 45 CFR 46.111. It is the investigator's responsibility to apply for reapproval prior to the Expiration Date noted above.

Review Comments:

- The protocol continues to have benefits which outweigh the risks, deemed minimal by the HSC.
- MINORS: The HSC continues to find this study to meet the federal regulations 45 CFR Part 46.404. The Committee finds that this study presents no more than minimal risk to the minor subjects. Permission of ONE parent or guardian is sufficient to carry out the study.
- Waiver of Written Informed Consent 45 CFR 46.117(c)(1): The HSC continues to find that written informed consent can be waived for this study per federal regulation 45 CFR 46.117(c)(1). This part of the regulations states that the only record linking the subject and the research would be the consent document and the principal risk would be potential harm resulting from a breach of confidentiality.
- The HSC acknowledges receipt of and approves the following documents: HSC protocol application and verbal consent form (English/Spanish)
- The HSC acknowledges receipt and review of the following documents: Renewal Request Form.

Amendments: If you wish to change any aspect of this study, such as the study procedures or processes, the informed consent document(s), recruitment activities, or wish to add or remove investigators or key study personnel, you must communicate your requested changes to the IRB using the appropriate form located at <http://www.yale.edu/hrpp>. Any changes must be approved by the IRB

prior to implementation.

Request for Reapproval: It is the investigator's responsibility to obtain reapproval of ongoing research prior to the Expiration Date. Please submit the request for reapproval form at least two months prior to the expiration date to allow for reapproval processing and review.

***Should the research activities no longer involve human participants and you are only conducting data analysis of de-identified data (with no link to identifiers), IRB approval is no longer required. However, the IRB does require notification via submission of a closure form.**

Request to Close: When the study procedures and the data analysis of identifiable data are fully complete, the Request to Close form must be completed and sent to the IRB requesting that the study be closed. Investigators should attach a copy of the study findings. Abstracts or publications satisfy this findings requirement.

Adverse Events/UPIRSOs: Serious, unanticipated, and related adverse events, and unanticipated problems involving risk to subjects or others must be reported generally within 5 days of the PI becoming aware of the event (see Policy 710: Reporting Unanticipated Problems Involving Risks to Subjects or Others, including Adverse Events).

Please keep this memo with your copy of the approved protocol documents.

Anexo III. Cuestionario

1. Encuesta a madres de niños, ciudad de Formosa 2016.

ENCUESTA- CARACTERISTICAS BIOLÓGICAS					
ID		PESO NIÑO/A		Talla Madre	
Fecha de entrevista		TALLA NIÑO/A		Peso Madre	
SEXO		ROPA		ROPA	
Fuma				Fumó durante el embarazo	
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS					
<i>Quien cuida al niño</i>		Padre sabe leer		Primaria incompleta	
Ambos padres		Madre sabe leer		Primaria completa	
Padre			<i>Nivel de escolaridad Padre</i>	Secundaria incompleta	
Madre				Secundaria completa	
Abuela				Superior	
Otros. ¿Quién?				Primaria incompleta	
				Primaria completa	
<i>Edad del responsable</i>			<i>Nivel de escolaridad Madre</i>	Secundaria incompleta	
Madre				Secundaria completa	
Padre				Superior	
Otro					
<i>¿Cuántas personas viven en la casa?</i>					
Adultos				¿Cuántos dormitorios hay?	
Niños					

ALIMENTACIÓN			
El niño va a jardín o guardería		El niño va al comedor comunitario	
¿Cuál?		¿Cuál?	
El niño toma leche materna		¿Qué comidas realiza en el comedor?	
Hasta que edad recibió el pecho materno		Desayuno	
A qué edad comenzó a recibir alimentos		Almuerzo	
Donde compra los alimentos		Merienda	
Cuántas veces al mes		¿Cuántas horas al día mira TV?	
Recibe caja de alimentos			
¿Cada cuánto?			

2. Condición socioeconómica

Determinación social del estado nutricional y la alimentación de preescolares Qom

1. Tipo de Construcción de viviendas:		2. Tipo de baño:	
a- Palma y barro	<input type="checkbox"/>	a- Letrina tradicional (palma, barro, cartón)	<input type="checkbox"/>
b- Casa vieja IPV	<input type="checkbox"/>	b- Letrina de ladrillo afuera	<input type="checkbox"/>
c- Casa nueva IPV	<input type="checkbox"/>	c- Letrina adentro	<input type="checkbox"/>
d- Otra	<input type="checkbox"/> _____	d- Baño con inodoro adentro	<input type="checkbox"/>
3. Tipo de piso de la vivienda:		4. Tipo de TV:	
a- Tierra	<input type="checkbox"/>	a- Satelital	<input type="checkbox"/>
b- Cemento	<input type="checkbox"/>	b- Antena	<input type="checkbox"/>
c. Cerámico	<input type="checkbox"/>	c- Ninguna	<input type="checkbox"/>
5. Tipo de vehículo		6. Tipo de agua:	
a- Auto	<input type="checkbox"/>	a- Canilla en la propiedad	<input type="checkbox"/>
b- Moto	<input type="checkbox"/>	b- Sin agua en la propiedad	<input type="checkbox"/>
c- bicicleta	<input type="checkbox"/>		
d- Ninguno	<input type="checkbox"/>		
7. Tipo de teléfono:		8. Tipo de heladera:	
a- Tiene celular	<input type="checkbox"/> ¿Quién?	a- Heladera	<input type="checkbox"/>
b- No tiene	<input type="checkbox"/> _____	b- Heladera con freezer	<input type="checkbox"/>
	_____	c- Freezer	<input type="checkbox"/>
		d- Ninguna	<input type="checkbox"/>
9. Tipo de cocina:		10. Ingreso:	
a- Cocina a gas	<input type="checkbox"/>	a- Empleo	<input type="checkbox"/>
b- Cocinan solo con leña	<input type="checkbox"/>	b- Pensión	<input type="checkbox"/>
		c- Plan Social	<input type="checkbox"/>
		d- Otro	<input type="checkbox"/>
COMENTARIOS DE LA ENTREVISTADORA RESPECTO AL NIVEL SOCIOECONÓMICO			

Determinación social del estado nutricional y la alimentación de preescolares Qom

3. Recordatorio de 24 horas.

Nombre encuestador:				Nro. Identificación:	
Día de semana/Fecha: Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Ju <input type="checkbox"/> Vi <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> / / 					
Hora	Alimento o preparaciones	Ingredientes	Cantidad Medidas Caseras	Cantidad gr Total	Observaciones
El niño toma suplemento?		SI	NO	¿Cuál?	

