



## **Crianza Qom : Una mirada antropológica de los vínculos tempranos**

**Cecilia Natalia Álvarez y Álvarez.**

Tesis - Maestría en Salud Mental - Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas.  
Facultad de Psicología, 2019.

Aprobada: 5 de septiembre de 2019

---

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/>

---

Esta obra se encuentra protegida por una Licencia Creative Commons 4.0 Internacional

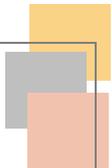


Crianza Qom : Una mirada antropológica de los vínculos tempranos por Cecilia Natalia Álvarez y Álvarez. se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA  
MAESTRÍA EN SALUD MENTAL COHORTE 2011-2013**

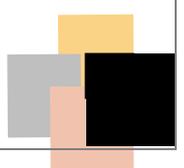
**CRIANZA QOM**  
**UNA MIRADA ANTROPOLÓGICA DE LOS VÍNCULOS  
TEMPRANOS**

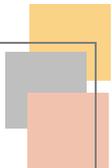
**AUTORA: LIC. CECILIA ALVAREZ Y ALVAREZ**



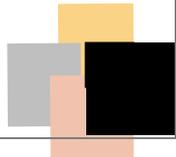
**TRIBUNAL DE TESIS**

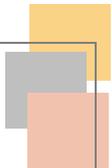
- *Dra. Mariel Patricia Sorribas*
- *Dra. Silvina María Malvarez*
- *Prof. Mgter. Jorge Luis Kiguen*



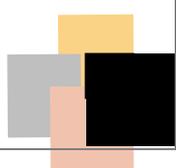


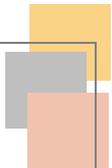
*“Los músicos, los poetas, a veces los analistas, saben que lo suyo no va a cambiar el mundo ni lo pretenden, pero solo anhelan que las causas y las cosas suenen diferentes.  
Cuando esto sucede... ese es su pequeño gran aporte”.*  
Juan Dobón (2005)





*A mi familia ...*





## **Agradecimientos:**

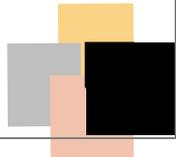
*En principio quisiera agradecer a mi directora de tesis, la Dra. María Adelaida Colángelo, quien me ha acompañado incondicionalmente en este encuentro con el otro cultural, y me ha enseñado a transitar mi profesión desde nuevos enfoques y miradas.*

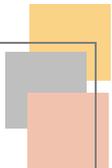
*También a todos aquellos que de algún modo han contribuido al curso de este trabajo de investigación, a los colegas, compañeros de maestría, a los docentes, que sin dudas han aportado conocimientos y experiencia sobre esta ardua tarea de humanizar los servicios en salud mental.*

*A quienes se han ocupado de revisar cada línea y han contribuido con sus valiosos aportes a que este proyecto pueda concretarse. Gracias al tribunal por cada señalamiento, por cada sugerencia.*

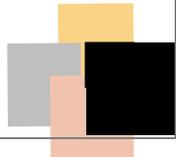
*A mi familia, que ha sido el soporte emocional desde mis primeros años de carrera, quienes me han enseñado mis primeros pasos y jamás han dejado de caminar a mi lado. Gracias a mi marido y a mi hijo, por su paciencia, por aceptar las ausencias que este trabajo ha representado. Sin su apoyo nada de esto hubiera sido posible y, por eso, este logro es también el suyo.*

*A todos ustedes mi mayor reconocimiento y gratitud.*





*La Art. 23 – Ordenanza Rectoral 03/77*  
***“La Facultad de Ciencias Médicas no se hace solidaria con las opiniones de esta tesis”***





## **1. INTRODUCCIÓN**

1.1 Infancia Qom: Estado actual y Contribuciones.....	Pág. 4
1.2 Contexto Socio- cultural de la Comunidad Qom en la provincia del Chaco.....	Pág. 13
1.3 Crianza Qom: Enfoques teóricos de un campo en construcción.....	Pág. 19
1.4 Preguntas de Investigación .....	Pág. 22
1.5 Objetivos Generales y Específicos.....	Pág. 23

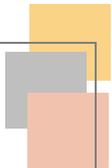
## **2. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN**

2.1 Tipo de estudio y diseño metodológico .....	Pág. 26
2.1.1. Descripción de la Muestra .....	Pág. 26
2.1.2. Técnicas de Recolección de Datos.....	Pág. 27
2.1.3. El proceso del trabajo de Campo .....	Pág. 31

## **3. RESULTADOS**

3.1 Creciendo como Qom .....	Pág. 36
3.1.1. Hacia una noción de infancia.....	Pág. 37
3.1.2. Maternidad Qom.....	Pág. 43
3.1.3. Crianza y Desarrollo Temprano .....	Pág. 50
A. Gestación.....	Pág. 50
B. Parto.....	Pág. 53
C. Primer año de vida.....	Pág. 55
D. Adquisición de la Marcha.....	Pág. 56
E. Puesta de Límites.....	Pág. 57
F. Juego.....	Pág. 57
3.1.4. Repensando la Psicología Evolutiva .....	Pág. 59

<b>4. Discusión y Conclusiones.....</b>	<b>Pág. 64</b>
<b>5. Bibliografía.....</b>	<b>Pág. 80</b>



# **R**ESUMEN

El objetivo central del presente trabajo consistió en describir y analizar las prácticas y significados que permitan comprender las experiencias de apego infantil desde la cosmovisión Qom. El estudio fue realizado en una comunidad establecida en la zona rural del municipio de Puerto Tirol (Provincia del Chaco), en familias con niños de hasta cinco años de edad. A tal efecto se administraron entrevistas semi-estructuradas en siete unidades domésticas y observaciones en terreno, a los fines de indagar los significados atribuidos a la infancia; identificar los integrantes del grupo familiar que pudieran ocupar el lugar de figura de apego central, con la que los niños establecen este vínculo primario; conocer las características de este lazo; y su desarrollo a lo largo de las distintas etapas evolutivas, teniendo en cuenta los significados culturales que atraviesan cada momento.

Los hallazgos han permitido conocer que las prácticas desarrolladas en esta comunidad en torno al desarrollo temprano, promueven positivamente el vínculo de apego del niño con su madre, ya que la llegada de un nuevo ser, moviliza a todos los miembros de la familia, donde desde el momento del embarazo la familia participa activamente, aunque el cuidado del pequeño suela ser asumido principalmente por el universo femenino. Asimismo las creencias registradas, resultan de vital importancia para la crianza de los niños, ya que de estas se desprenden acciones y actitudes que encaminarán el desarrollo del niño, y consolidarán su futuro sentido de pertenencia e identidad cultural. Si bien es cierto que se ha dado un tránsito en las costumbres y creencias culturales propias de la etnia Qom a prácticas influenciadas por la vida urbana, algunas de estas costumbres aun continúan reproduciéndose al interior de cada hogar, de allí la necesidad de implementar estrategias de intervención comunitaria que apunten al empoderamiento de las comunidades étnicas y al refuerzo de estas prácticas tradicionales.

**PALABRAS CLAVES:** Crianza, Apego, Psicología Evolutiva, Interculturalidad.



# S

## UMMARY

The central aim of the present study consisted in describing and analyzing the practices and meanings needed to understand attachment experiences from Qom world-view, into a community situated in a rural area of Puerto Tirol (Provincia del Chaco), in families with children up to five years old. For this purpose semi-structured interviews were implemented in seven domestic units and observations were carried out in the field to investigate the meanings attributed to childhood as the development stage; to identify the attachment central figure; to know the characteristics of this bond and its development along the different stages, taking into account cultural meanings involved.

The results showed that practices relating to the early development, positively promote children attachment to their mother. This new human being mobilizes all family members. Since pregnancy the family takes part of these special moments, although the child care is often assumed by feminine universe. The detected beliefs are very significant to children rearing from their early years, because they will guide child development, and will encourage a feeling of being member of a community and a cultural identity. Cultural practices and beliefs have been transformed by urban practices; some of these even persist inside of every Qom family, that's why it is necessary to implement strategies of community intervention to strengthen ethnic communities and their traditional practices.

**KEY WORDS:** Child rearing, Bonding, Psychology of Child Development, Interculturality.

# 1. INTRODUCCIÓN



# 1.1

## INFANCIA QOM: ESTADO ACTUAL Y CONTRIBUCIONES

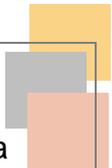
---

El presente estudio que abordará aspectos vinculados a la crianza Qom, se realiza en el marco de la Maestría en Salud Mental, por lo que resulta necesario introducir la importancia de la crianza, y el modo en que es culturalmente construida, para el ámbito de la salud mental. En principio, se entiende a la crianza como *una actividad compleja que implica diferentes procesos, las pautas de crianza, las prácticas y las creencias*<sup>1</sup>.

Las *pautas de crianza* hacen referencia a los patrones de conducta que asumen los padres en relación al modo de tratar y cuidar a sus hijos, los cuales están modelados de alguna forma por la cultura. Las *prácticas* son los comportamientos o acciones de la dinámica familiar, orientados a garantizar el crecimiento y desarrollo de los niños que les permita actuar en el contexto en el que se hallan inmersos. Las *creencias* acerca de la crianza se refieren a las explicaciones que permiten a los padres justificar estas prácticas.

Estos procesos involucran reglas, implícitas o explícitas, generalmente aceptadas, modeladas por la cultura, de cuándo y cómo los progenitores cuidan a los niños, qué esperan de ellos y qué conductas valoran y cuales desalientan<sup>2</sup>. Resulta de suma importancia indagar respecto a estos aspectos de la cultura que por lo general no son tenidos en cuenta en los estudios sobre crianza y salud mental.

En relación a la salud mental infantil, Osofsky<sup>3</sup> la ha definido como *“la habilidad del niño de temprana edad de experimentar emociones, entablar relaciones y aprender, pudiendo así involucrar la expresión constructiva y concreta de identidad, de sentir, de pensar, de comunicar, y la relación de los niños y niñas que desde recién nacidos/as establecen con su madre, padre, redes familiares, con otros, con los objetos, los ambientes y otros seres”*. Según este autor la salud mental se encuentra configurada a partir de experiencias internas y

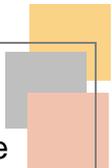


subjetivas, como así de experiencias del contexto inmediato. En este sentido, la crianza se expresa en estas primeras experiencias, en tanto creencias y prácticas que van a atravesar este desarrollo en sus fases más tempranas.

Bustos y Russo<sup>4</sup>, basándose en aportes teóricos provenientes de autores clásicos de la Psicología Infantil, como lo son Klein, Winnicott y Anna Freud, sostienen que la salud mental está determinada por las características de integración que posea un individuo, y el desarrollo infantil resultaría por lo tanto, un esfuerzo constante por lograr la integración de factores innatos, ambientales como psíquicos en cada fase del desarrollo temprano.

Asimismo Poverence<sup>5</sup>, en el libro *“Salud Mental y Niñez en la Argentina”* señala la importancia de considerar la inscripción social e histórica del sujeto, dado los efectos que la posibilidad de contar con los recursos materiales para satisfacer necesidades, demandas y deseos tiene sobre la subjetividad de cada niño. Por lo tanto, la promoción de la salud mental se vincularía también a la *“creación de condiciones idóneas de existencia en donde se tenga el derecho a un ambiente compatible con la salud y el derecho a servicios dignos cuando la enfermedad aparece”*.

Cabe aclarar que desde el presente trabajo de investigación se considera a la salud mental como una parte indivisible de la salud general, en este sentido se retoma los aportes realizados por Stolkiner<sup>6</sup> quien plantea la imposibilidad de pensar la salud mental de manera aislada, proponiendo en uno de sus artículos definir a la salud como: *el máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada, producto de la interacción permanente de transformaciones recíprocas entre el sujeto y su realidad*. En distintos textos esta autora ha intentado deconstruir el concepto de salud mental, el cual ha tenido su eje en lo patológico, individual y a-histórico, proponiendo entenderlo en términos de proceso, un proceso que presenta un carácter más bien subjetivo, sujeto a las transformaciones de las designaciones y significaciones culturalmente construidas.



Partiendo de esta noción de salud mental, se puede decir que la ley de salud mental N° 26.657 ha representado un avance en materia de interculturalidad, en tanto entiende a la salud mental como “...*un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona...*”; <sup>7</sup> sin embargo, estos componentes no siempre son contemplados por los servicios del sistema sanitario, siendo la preservación y mejoramiento de estos elementos uno de los objetivos expresados en la ley.

Asimismo en dicha definición se menciona que este proceso implicaría una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Es decir, que cuando hablamos de mejorar el estado de salud mental, nos estamos refiriendo a una dinámica de construcción que necesariamente debe realizarse desde el seno de la comunidad. Sin embargo, en la actualidad los servicios de salud mental están dominados por el saber occidental y por las formas de atención orientados a la población urbana. En relación a esto Orzuza<sup>8</sup>, en su artículo “*Políticas en salud mental e interculturalidad en la Argentina*”, concluye que “*la salud mental está íntimamente relacionada a la preservación de la identidad étnica, a la viabilidad de las formas tradicionales de organización social, y a la sustentabilidad de las formas de uso y manejo de los recursos naturales*”. Por lo tanto, son estas dimensiones de la vida comunitaria los recursos a partir de los cuales las comunidades se valen para emprender prácticas de prevención y atención en salud mental.

Es en este sentido, que el presente trabajo de investigación se realiza con el propósito de echar luz sobre aquellos elementos culturales de la comunidad qom, que puedan contribuir al cuidado de la salud mental de sus integrantes, y al mismo tiempo al mejoramiento de los servicios en salud dirigidos a niños y niñas pertenecientes o descendientes de pueblos originarios.

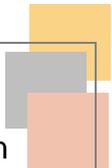
Según lo dispuesto en la reglamentación de la ley nacional de salud mental, se entiende por **servicios de salud** “*en un sentido no restrictivo, a toda*

*propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, y/o inclusión social, reducción de daños evitables o cualquier otro objetivo de apoyo o acompañamiento que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados”<sup>9</sup>*

Dada la necesidad de contar con información de mayor pertinencia cultural en el sistema sanitario que garantice una atención y acompañamientos inclusivos, es que se pretende aportar a la construcción de un enfoque intercultural de intervención, a partir del estudio de prácticas y significados que circulan y se ponen en juego en el establecimiento y fortalecimiento del vínculo materno-filial Qom, más específicamente en las comunidades que residen en la localidad de Puerto Tirol (provincia del Chaco). En el ámbito de la salud mental también pueden observarse dificultades para intervenir desde una perspectiva intercultural debido a la insuficiente información sobre las necesidades de salud mental de la población indígena.

En este sentido la interculturalidad surge como nuevo paradigma desde el cual abordar las problemáticas dadas por la dificultad para incorporar la diversidad cultural en los distintos ámbitos disciplinarios. Ya en el artículo 30 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño<sup>10</sup>, se expresa que no se negará a un niño que pertenezca a minorías étnicas, religiosas o lingüísticas el derecho que le corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión, o a emplear su propio idioma. En Argentina, la reforma constitucional de 1994<sup>11</sup> reconoce por primera vez la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas y, por lo tanto, la pluriculturalidad y pluriétnicidad de la sociedad argentina. En el artículo 75, inciso 17, la Constitución Nacional garantiza, entre otros aspectos relevantes, el respeto a la identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural. Sin embargo, las evidencias disponibles sugieren que, a pesar del reconocimiento legal sobre el derecho de niños y niñas de pueblos originarios, éste se encuentra bastante lejos de haber logrado efectivizarse.

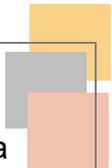
En los últimos años, los pueblos originarios del país han tenido un mayor protagonismo en lo que a políticas sociales refiere, no obstante no puede negarse



la necesidad de contar con servicios culturalmente más apropiados. La inclusión de agentes de salud indígena bilingües ha significado un gran avance en materia de salud intercultural, sin embargo la calidad de las relaciones que el personal del sistema sanitario establece con miembros de las comunidades originarias aun continúan siendo deficientes, ya que se trata de grupos culturalmente diferenciados, que con frecuencia reproducen en sus prácticas diarias tanto la dominación como la exclusión del otro diferente.

Para comprender la “Interculturalidad” como nuevo paradigma de abordaje, resulta necesario introducir el concepto de cultura. Enriz retoma a García Canclini<sup>12</sup>, para definir a la cultura como productora de sentidos, representaciones y reelaboraciones simbólicas que dan lugar a la comprensión, reproducción y transformación de un sistema social. A esto, los planteos de Geertz<sup>13</sup> permiten agregar que la Cultura constituye una trama de significaciones que son construidas social y dinámicamente, cuyo análisis consiste en una ciencia interpretativa en búsqueda de significaciones, donde cada una referirá a posiciones frente al mundo, percepciones de la realidad, conocimientos, conductas etc. Desde este concepto se entiende la Interculturalidad como modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturalmente diversas, conviven y se relacionan<sup>14</sup>. Aun más, al considerar la dimensión de las relaciones entre diferentes grupos culturales, el concepto de “interculturalidad” permite incorporar en el análisis la dimensión del diálogo y los intercambios mutuos, pero también las tensiones y conflictos que esas relaciones conllevan.

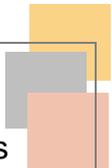
Es así como cada periodo de la vida será construido a partir de esta estructura de significaciones compartidas por los distintos miembros de una comunidad. Por esa razón, el momento de la vida denominado infancia o niñez debe entenderse en un sentido histórico y sociocultural. Los patrones de crianza indígena no siempre se han mantenido en el transcurso del tiempo, habiéndose modificado por la influencia de agentes externos a la comunidad, por el desarrollo interno de cada cultura o por cambios circunstanciales ocurridos en el ambiente<sup>15</sup>.



Cuando se habla de crianza se hace referencia a la “construcción” de la persona según los valores e ideales de una sociedad; en este sentido puede concebirse la crianza como un “proyecto cultural”<sup>16</sup>. Si bien, las distintas adquisiciones adscriptas a cada etapa del desarrollo temprano parecerían estar poco determinadas por prácticas culturales, la maduración se limita a abrir posibilidades que el entorno se encargará de aprovechar en mayor o menor medida, en una u otra dirección determinada en buena parte por el “plan cultural” establecido en el contexto en el que se produzca el desarrollo<sup>17</sup>.

Desde la psicología del desarrollo temprano se sostiene que en los primeros momentos de vida, el niño se caracteriza por su estado de indefensión, por lo tanto, buscará de manera constante el acercamiento y contacto con alguna figura que tenga la capacidad de brindarle una sensación de confianza y seguridad. Es este sentimiento de seguridad y de confianza hacia un adulto capaz de brindarle amor, lo que permitirá y dará la posibilidad a este niño de explorar el mundo, de conocerse a sí mismo y a los demás<sup>18</sup>. Bowlby<sup>19</sup> denominó a esta primera relación apego, el cual sería un lazo que se establece para mantener un contacto con la figura materna y que se manifiesta a partir de conductas que favorecen ese contacto como lo son el llanto y la sonrisa, seguimiento y aferramiento, succión y llamada.

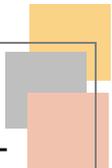
En este sentido Palacios agrega que “aunque lo más probable es que los bebés se apeguen a su madre, la tendencia a apegarse además a otras personas, como la forma de reaccionar ante los extraños variará de una cultura a otra”<sup>9</sup>. Distintos trabajos han reportado la influencia de la cultura en la definición de las etapas del desarrollo temprano. Un aporte que ha constituido un hito en esta temática fue el trabajo de Margaret Mead, titulado “*Educación y Cultura en nueva Guinea*”, donde la autora describe las habilidades que se estimulan en un pueblo de pescadores. Allí se describe como los bebés, colgados del cuello de sus madres, aprenden a nadar antes de caminar, debido a la frecuencia con la que suelen caer desde las canoas, garantizando con este aprendizaje la propia supervivencia<sup>20</sup>.



En “*All the Mothers Are One*”, de Stanley Kurtz, se describen las diferencias del modelo de crianza occidental respecto al modelo de crianza hindú. Uno de los aspectos más destacados es el que se refiere al destete. Mientras en la cultura occidental se exige al niño para que abandone esta relación privilegiada fuente de suma satisfacción, en la cultura hindú es el mismo niño el que renuncia a ella, ya que esta relación se vuelve menos placentera a medida que el menor crece. Esto es así debido a que las madres no responden rápidamente al llamado del niño, y cuando responden lo hacen con una actitud un tanto distante y distraída, incitando de esta forma el desprendimiento paulatino al pecho materno. La combinación dosificada de indulgencia y desencanto impide que el niño/a permanezca fijado a la madre y lo impulsa a buscar otras formas de relación más satisfactorias. En últimas, es él/ella mismo/a quien se desteta. Se impide con este dilatado procedimiento la fijación a una figura exclusiva; en lugar de "madre sólo hay una", los hindúes dirían, como reza el título del libro de Kurtz, "todas las madres son una"<sup>12</sup>.

Otro antecedente de larga data, es el estudio de Konner sobre las prácticas de crianza en los bosquimanos del desierto de Kalahari, en el África Austral. Delval<sup>10</sup> describe este estudio en uno de sus libros. Según su descripción, en estos pueblos las madres tienen en brazos a los niños hasta que puedan desplazarse por sí mismos. Asimismo el periodo de amamantamiento se extiende por muchos más años, a diferencia de la cultura occidental. Como puede observarse el menor se encuentra en permanente contacto físico con su madre. Según este autor el desarrollo motor de estos niños presenta un adelanto respecto a los niños occidentales, lo cual pone en evidencia la estrecha relación entre la vida social y las pautas de crianza.

Entre los antecedentes vinculados al estudio de las prácticas de crianza en grupos étnicos de América Latina, más específicamente en la población infantil, se registra un estudio realizado por Alarcón Muñoz y Vidal Herrera<sup>1</sup>, cuyo propósito fue explorar las dimensiones culturales involucradas en el proceso de atención primaria infantil, desde la perspectiva de un grupo de madres mapuches y no mapuches, de la región de la Araucanía. Uno de los principales hallazgos del

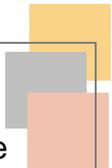


mencionado estudio, fue la identificación de modelos explicativos de salud-enfermedad asociados a factores culturales, político-económicos y ambientales, asimismo las mismas madres trazan un itinerario terapéutico que articula recursos provenientes tanto del sistema de salud tradicional- indígena, del popular como del biomédico. En el discurso de las madres también les fue posible identificar la falta de competencia cultural del sistema de atención, donde se señaló la ausencia de un proceso comunicativo en la relación médico-paciente.

Continuando con esta línea de investigaciones etnográficas en comunidades indígenas, Colangelo, Tamagno y Cusminsky<sup>21</sup>, en su artículo "*Atención de la salud infantil en una comunidad toba de un medio urbano*", se centran en el estudio de las prácticas y representaciones a partir de las cuales mujeres de un grupo indígena Qom de la ciudad de La Plata, dan cuenta de la salud- enfermedad de sus hijos. En esta investigación se registraron tres sistemas de atención, el de la medicina oficial, el de la medicina tradicional y el de la medicina religiosa, donde el grupo de mujeres mostró hacer un uso complementario de los mismos. No obstante la coexistencia de estos sistemas de atención conllevaría conflictos y tensiones dadas por las relaciones de desigualdad que los atraviesan, donde la medicina oficial se presenta desde un lugar hegemónico como la única respuesta posible.

Los resultados de las investigaciones en el campo de la salud desde un enfoque intercultural, dejan en evidencia la escasa pertinencia cultural de los servicios del sistema sanitario, no obstante significan un avance en este desafío de entender la salud infantil como un todo integral, que no se reduce a la atención del cuerpo, sino que incluye un contexto y una cosmovisión particular, propia de cada grupo social. Conocer estas dimensiones culturales y comprenderlas ayudará también a aplicar mejor estos criterios de interculturalidad en los distintos programas de atención infantil.

Otro aporte significativo en la temática, lo realizan Hecht y García Palacios<sup>22</sup> en su investigación sobre las categorías étnicas utilizadas por los miembros de la comunidad para referirse a niños y niñas de un barrio Qom de la



provincia de Buenos Aires. Las autoras de este estudio parten de la idea de que cada sociedad va estructurando las fases del ciclo vital, donde cada etapa deriva en una serie de deberes y derechos. En el caso estudiado, cuando el bebé se encuentra aún en el vientre de su madre, es denominado *huete'ó* y *huete'a*, mientras que apenas nace es reconocido como *óó'*. En esta etapa el menor recibe toda la atención del entorno familiar, no hay demandas ni exigencias para este nuevo miembro, y la madre tiene mucho contacto con él, ya que la mayoría de sus actividades suelen desarrollarse dentro del hogar. Cuando el niño comienza a hablar, se lo reconoce como *nogotole/nogotolec*, las autoras mencionan que el habla suele asociarse con el razonamiento, motivo por el cual el menor comienza a tener un rol más activo en su entorno inmediato, asume responsabilidades vinculadas a las tareas domésticas y comienza a tomar decisiones tales como qué ropa usar, qué comer y cuando ir a la escuela.

Como pudo verse a lo largo de este capítulo el estudio de las variables étnicas, culturales e históricas vinculadas al desarrollo temprano indígena abriría la posibilidad de construir nuevas políticas sanitarias desde un enfoque intercultural. El fin último del presente estudio apuntaría a contribuir al conocimiento del desarrollo infantil desde la perspectiva de los pueblos originarios, que sirva de estímulo al mundo académico, a instituciones públicas y privadas y a las mismas organizaciones indígenas para seguir profundizando temas tan relevantes para la supervivencia y el desarrollo de las diversas culturas y sociedades, siendo que, lamentablemente, son pocos los trabajos socio antropológicos y etnográficos dedicados a esta primera etapa del ciclo vital.

## 1.2

## CONTEXTO SOCIO- CULTURAL DE LA COMUNIDAD QOM EN LA PROVINCIA DEL CHACO

---

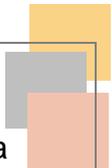
La etnia *Qom'lek*, o *Qom*, representa una de las etnias originarias de la provincia y está distribuida en distintos sectores del Gran Chaco, entre ellos la localidad de Puerto Tirol, siendo este el contexto que dará lugar al presente estudio. La ciudad de Puerto Tirol es cabecera del departamento Libertad, en la provincia del Chaco, Argentina. Ésta constituye una de las localidades en las que se implementó el Programa de Asistencia Primaria en Salud Mental, con la incorporación de equipos interdisciplinarios<sup>1</sup>. Es en el marco de este Programa que se establece un primer contacto con las comunidades originarias que allí residen. Cabe mencionar que el equipo de salud mental al ser el primero en conformarse y funcionar dentro de la localidad, tuvo como función principal la difusión y concientización sobre la salud mental, como un proceso de construcción comunitaria. Y en esta labor desarrollada diariamente en distintos ámbitos, se fueron encontrando diversos tipos de demandas.

Desde el ámbito educativo, se señalaba el alto índice de deserción escolar en niños pertenecientes o descendientes de la etnia, como así dificultades vinculadas a los procesos de aprendizaje, la falta de participación activa de los progenitores en actividades educativas. Desde el ámbito de salud, los agentes mencionaban obstáculos en el diagnóstico, tratamiento, y seguimiento de la comunidad en general. Desde la perspectiva del personal sanitario, la comunidad asumía un rol pasivo en el cuidado de su salud.

Fueron estas particularidades registradas en los primeros contactos las que condujeron a realizar un estudio en profundidad que permitiese detectar los

---

<sup>1</sup> El equipo de salud mental se incorpora al Centro integrador Comunitario de Puerto Tirol en el año 2011, en el marco del Programa de Asistencia Primaria en Salud Mental, el cual se crea con la función de propiciar y coordinar acciones que se derivan de la Ley 26.657, que consistan en la atención primaria, prevención y promoción de la salud mental. En términos generales, las funciones a cumplir por el equipo consisten en la organización y coordinación de redes locales, regionales y nacionales, con el propósito de articular los diferentes niveles de atención y establecer mecanismos de referencia y contrarreferencia que aseguren y normaticen el empleo apropiado y oportuno de los mismos y su disponibilidad para toda la población.



elementos culturales puestos en juego en estos primeros años de vida, desde la perspectiva de la misma comunidad, con el propósito último de lograr intervenciones más pertinentes.

En lo que respecta a las características socio- culturales de la comunidad Qom que se intenta estudiar, presenta mayores niveles de integración a la cultura urbana, ya sea integrando barrios de viviendas, localización en la periferia de la ciudad y asentamientos periurbanos, rurales pero ubicados a pocos kilómetros de la localidad. Sus problemáticas giran en torno a la miseria de las ciudades más que a problemáticas vinculadas a su cultura y costumbres. Hambre, hacinamiento, enfermedades, incluso adicciones son algunas de las dificultades latentes en la comunidad. Las viviendas del barrio suelen ser el típico rancho de palo a pique y barro con techo de paja; o la construcción de habitaciones con diferentes materiales que proporciona el medio urbano, o los programas sociales. Excepto las localizaciones más próximas a barrios de viviendas, no poseen agua corriente y las excretas se realizan en letrinas<sup>23</sup>.

En lo que refiere al perfil etario de la comunidad, un estudio que describe la realidad actual de los pueblos indígenas de la Argentina, específicamente de la etnia Qom, muestra que esta comunidad presenta patrones de fecundidad y mortalidad muy elevados, los últimos datos obtenidos indicarían que a nivel provincial, casi la mitad de la población son niños y adolescentes menores de quince años. La comunidad Qom posee una población que, en promedio, es aún más joven que la del total de los pueblos indígenas censados en Argentina. Otro dato arrojado en el mismo estudio revelaría que más de la mitad de los hogares suelen superar los siete miembros y uno de cada cuatro incluye hasta cuatro miembros. En cuanto a los patrones de fecundidad de las mujeres, el estudio muestra un alto número de hijos (en promedio, las madres tienen cinco hijos) y una pauta de maternidad que se inicia a edades relativamente tempranas (diecinueve años y medio en promedio)<sup>24</sup>. Asimismo, el estudio indicaría también los altos niveles de mortalidad, particularmente infantil, que delatan la situación de postergación en cuanto a las precauciones y los controles desde el embarazo

hasta la alimentación y el cuidado de los niños. Aproximadamente, una de cada cinco madres reportó el fallecimiento de un hijo.

Otro dato significativo que aporta a la descripción de este contexto, se refiere a la salud y el acceso a los servicios sanitarios. La información obtenida a partir de la encuesta complementaria de pueblos indígenas realizada en nuestro país durante los años 2004 y 2005, ha puesto en evidencia una situación sanitaria desventajosa. Si bien todas las comunidades objeto de este estudio, manifestaron tener acceso a algún centro de salud o posta sanitaria, con frecuencia la atención se ve obstaculizada por horarios de atención reducidos, y un insuficiente número de profesionales a disposición de la comunidad. No obstante resulta importante señalar que frente a un problema o malestar de salud, más del 80% de la población indígena hace uso del sistema público de salud. En lo que refiere a la atención en el parto, el mismo estudio revela que la mayor parte de los nacimientos tienen lugar en hospitales públicos.<sup>16</sup> También pudo registrarse que solo el 25% de la población tiene acceso a una obra social o plan de salud, lo cual aparece fuertemente vinculado al tipo de inserción laboral y a las condiciones de empleo a los que se encuentran sujetos los miembros de la comunidad indígena.

No se encontraron estadísticas actuales respecto a los padecimientos psíquicos en comunidades originarias. Al respecto, Orzuza<sup>4</sup> señala que se conoce muy poco sobre la prevalencia, incidencia, como así factores protectores y de riesgo de los trastornos mentales en comunidades originarias. Este relevamiento se torna más complejo, dada la necesidad de comprender los padecimientos en salud mental desde la cosmología de cada pueblo. En este sentido, Galende<sup>25</sup> señala que en los últimos años las investigaciones se han dirigido a establecer la prevalencia de enfermedades mentales basadas en criterios estadísticos que dejan por fuera las condiciones reales de existencia de los sujetos, ignorando la importancia del papel que juegan la sociedad y la cultura.

Si bien, la información recabada en los centros de salud de la localidad, apunta a que las adicciones representaría una de las problemáticas más prevalentes en la comunidad, esto daría cuenta de que se continúa clasificando

los problemas de salud mental desde categorías diagnósticas tradicionales a las que subyacen otras nociones e interpretaciones de salud enfermedad, muy distintas a las significaciones culturales que podrían circular en la comunidad.

En relación a esto, Stolkiner<sup>6</sup> sostiene que el principal indicador de salud mental de una comunidad o población serán sus niveles de participación y vías de organización y aceptación de las diferencias. Agregando que la participación es lo que permite que las comunidades salgan *“de un lugar imaginario de sometimiento a una autoridad sentida como omnipotente y arbitraria”*.

Quizás por el hecho de que los servicios en salud aun conservan su carácter normativo, en tanto el poder de las decisiones no surge desde el seno de la comunidad, es que desde la práctica profesional se advierte que un número muy reducido de miembros llegan a los distintos servicios de salud mental. Esto también podría deberse a la escasa pertinencia cultural en los servicios, como a la dificultad del personal de salud mental en la implementación de acciones tendientes a promover la salud mental de manera participativa.

Proverene<sup>26</sup> menciona la necesidad de interrogarse sobre lo que sucede en el encuentro de los agentes de salud mental y las personas que los consultan en contextos de interculturalidad, resultando indispensable reconocer que existe una construcción sociocultural de los padecimientos al momento de buscar estas respuestas. En este sentido, la atención de la salud no se enfocaría en la cultura del usuario y el escaso entrenamiento en el análisis cultural de los profesionales en salud impactaría en la calidad del servicio brindado<sup>21</sup>.

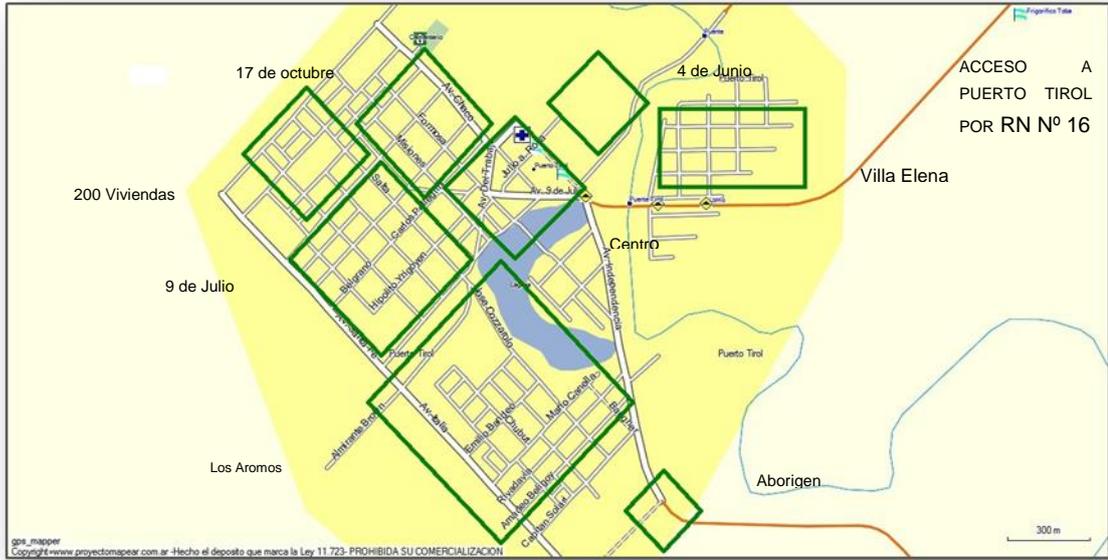
Por otro lado, la situación productiva y laboral de las comunidades étnicas de la provincia, debe comprenderse a la luz de los procesos de subordinación que devinieron del periodo de conquista. En el Chaco, los Qom han sido quienes históricamente más se han resistido a la colonización, entre los pueblos indígenas de la región. Sin embargo dicha colonización, y los procesos de subordinación derivados de ella, han provocado sin dudas un quiebre económico y cultural que modificó sensiblemente el modo de vida tradicional de esta comunidad<sup>15</sup>. En la

actualidad, al no contar con superficies suficientes de territorio, que les posibilite un uso sustentable de los recursos naturales, su subsistencia depende, en gran medida, de la obtención de planes sociales del Estado<sup>27</sup>.

## **CARACTERIZACIÓN DE BARRIO ABORIGEN**

---

El escenario actual del barrio Aborigen de Puerto Tirol cuenta con 50 viviendas hechas de material y alrededor de 30 ranchos de barro y palo a pique establecidos en la periferia del barrio. El barrio se encontraría en la periferia de la localidad rodeado por monte virgen. Las viviendas y ranchos hace poco tiempo cuentan con agua corriente y energía eléctrica. El barrio se halla a 4 km del centro de la localidad con caminos en muy mal estado que obstaculizan el acceso a los distintos servicios de salud, instituciones educativas, y demás servicios públicos. No obstante, la comunidad cuenta con una enfermera y una médica clínica que visitan el barrio dos veces a la semana. También integra el equipo de salud un agente de salud indígena quien cumple su labor diariamente en la comunidad. Existe un puesto sanitario donde se lleva el registro de enfermos crónicos y embarazos. En la actualidad la mayoría de las madres dan a luz en el hospital de la localidad. Se observa una iglesia evangélica a la que asisten prácticamente la totalidad de los miembros de la comunidad, el pastor constituye uno de los referentes más importantes de la misma. Asimismo el barrio cuenta con un comedor que funciona diariamente a excepción de los días domingos, el mismo comedor funciona como sala de jardín de infantes durante el turno de mañana y de tarde.



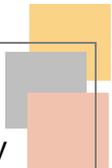
## 1.3

### CRIANZA QOM: ENFOQUES TEÓRICOS DE UN CAMPO EN CONSTRUCCIÓN

---

Los lineamientos teóricos que dan curso al presente estudio son el de la Psicología del Desarrollo Temprano y el de la Antropología de la Infancia. Se trata de dos campos de conocimiento con postulados teóricos que se encuentran en constante tensión, y es esta tensión la que se intentará poner en juego en la descripción de la realidad de la comunidad Qom. Mientras la psicología del desarrollo se ocupa de estudiar aquellos cambios psicológicos que en una cierta relación con la edad se dan en las personas a lo largo de su desarrollo, es decir desde su concepción hasta su muerte<sup>9</sup>; la antropología de la infancia, en cambio, postula que es la cultura la que va a ir delimitando las fases del llamado ciclo vital humano en franjas etarias arbitrarias según el funcionamiento de cada grupo social<sup>28</sup>. Asimismo desde este enfoque teórico se considera que el modelo evolutivo en psicología, al establecer la secuencia de etapas del desarrollo cognitivo por las que progresan las habilidades conceptuales infantiles, ha conducido a una cierta homogeneización de la noción de niño<sup>29</sup>. Se coincide con Szulc en que estas representaciones que consideran a la infancia como una mera etapa natural, reducen la concepción de niño a la de una alteridad del adulto normal, lo colocan en una posición pasiva, ya que se trataría de alguien que carece de determinados atributos. Sin lugar a dudas esta visión le asigna un rol de objeto más que de sujeto<sup>19</sup>.

Continuando con esta línea de pensamiento, Concalvez y Franco<sup>18</sup> sostienen que hasta la misma antropología no ha considerado al niño como un actor social, sino más bien como un reflejo del mundo de los adultos. Según estos autores, este tipo de investigaciones que toman a la infancia como categoría de estudio deberían considerarla como un constructo cultural, instituido históricamente y con significados variables. Si bien es sabido que en cada periodo del desarrollo se presentan cambios madurativos que responden a un determinado plan biológico, no debe desestimarse que el niño a medida que vaya

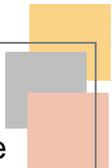


creciendo aprenderá a ir variando sus necesidades según las disponibilidades y condiciones ofertadas desde su medio social y cultural. En palabras de Geertz “...somos animales incompletos o inconclusos que nos completamos o terminamos por obra de la cultura...”<sup>30</sup>.

Cosse, Llobet, Villalta y Zapiola en el libro “Infancias: Políticas y Saberes en Argentina y Brasil” establecen que todos estos postulados se sostienen sobre dos afirmaciones centrales. La primera es que la “infancia” no puede ser vista como un descriptor aporoblemático de una fase natural. Sino más bien debe tomarse como otro modo de expresión cultural e histórica que puede modificarse con el correr del tiempo. La segunda afirmación refiere a que nuestra mirada sobre la infancia da forma a la experiencia infantil, tanto a sus respuestas como a su implicancia en el mundo adulto<sup>31</sup>. Como hemos visto en apartados anteriores, los diferentes estudios antropológicos sobre la infancia y la crianza en los pueblos indígenas proporcionan abundantes ejemplos del abordaje antropológico de la niñez, y este pretende sumar información confiable al bagaje de estudios étnicos dedicados a esta etapa del ciclo vital.

Habiendo descrito en términos generales los postulados de la Psicología del desarrollo vs. la Antropología de la Infancia, resulta relevante introducir el estado actual de la teoría del apego, como teoría que se desprende del campo de la Psicología evolutiva. La teoría del apego formulada por Bowlby y Ainsworth se destacó por su supuesta validez universal fundamentada en las raíces biológicas de los vínculos tempranos: las conductas de apego manifestadas por el bebé, y las correspondientes conductas maternas de cuidados tienen la función de garantizar la supervivencia del bebé. Sin embargo, este modelo no tuvo en cuenta el factor cultural<sup>32</sup>.

Desde un punto de vista antropológico, se postula que es cada cultura la que define la práctica de crianza más adecuada y por lo tanto los llamados de los niños y respuestas paternas variarán según la cultura o grupo social de pertenencia. La mayoría de las observaciones sobre conductas de apego habrían tenido lugar sobre niños pertenecientes a la cultura occidental, lo cual ha llevado a



cuestionar la validez universal de sus postulados respecto a los distintos tipos de apego: apego seguro; apego inseguro evitativo e inseguro ambivalente; y por lo tanto de la misma teoría del apego.

Oliva Delgado<sup>22</sup> considera que aunque puede haber un cuerpo común de conductas del adulto cuya relación con un desarrollo favorable en el niño sea ajena a la cultura, también habrá otras muchas que adquirirán su sentido en un determinado contexto cultural, de forma que su influencia positiva o negativa sobre el desarrollo socio-emocional del niño estará claramente mediada por la cultura.

Para concluir se coincide con Oates<sup>33</sup>, quien retoma palabras de Van Ijzendorp, para decir que el contexto proporciona a los padres una historia, propia de cada cultura, que moldeará las distintas experiencias de apego, y por lo tanto la crianza de los niños. La cultura influye en la manera de reaccionar de los padres ante las necesidades de apego de sus hijos, preparando así a los niños a adaptarse a las condiciones específicas en las que han nacido.

# 1.4

## PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

---

El interés por el estudio de los pueblos originarios surge a partir de la práctica profesional realizada en el marco del Programa Nacional de Asistencia Primaria en Salud Mental, la cual tiene lugar en la localidad de Puerto Tirol de la Provincia del Chaco. En el contacto a diario con personas descendientes o pertenecientes a la etnia Qom se pueden dilucidar las serias limitaciones en los alcances de modelos teóricos vigentes que versan sobre la infancia temprana, más aun los aspectos teóricos y empíricos que refieren a las prácticas de crianza, el desarrollo temprano y formación de los primeros vínculos.

La comunidad Qom, objeto del presente estudio, constituye una de las tres principales etnias aborígenes que habitan la región del Gran Chaco argentino. La desintegración de su estilo de vida tradicional, así como la degradación de su hábitat original, han forzado la migración de grupos de zonas rurales a localidades urbanas y periurbanas. En el trabajo diario se escucha a los indígenas ancianos desilusionarse por la falta de interés que los jóvenes tienen por lo propio de su comunidad, la mayoría de las familias asentadas en zonas urbanas y periurbanas desconocen la lengua Qom (qomlaqtaq). Indagar sobre las prácticas de crianza que subyacen a la formación de los primeros vínculos, desde una mirada antropológica e intercultural, abriría la posibilidad de generar programas sociales destinados al empoderamiento materno y comunitario, más aun en zonas urbanas en donde las comunidades se hallan transculturalizadas. Logrando de esta manera una asistencia de mayor pertinencia cultural.

De acuerdo a esto surgen interrogantes tales como: ¿para qué niño se están pensando y diseñando las políticas sanitarias?; ¿Cuáles son las etapas de crecimiento desde la cosmovisión Qom? ¿Cómo se construyen los primeros vínculos? ¿Cuáles son los significados y prácticas que subyacen a las primeras experiencias de apego infantil?

# 1.5

## OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

---

### OBJETIVO GENERAL

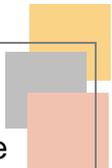
---

- Describir y analizar las prácticas y significados que permitan comprender las experiencias de apego infantil desde la cosmovisión Qom, en una comunidad establecida en la zona rural del municipio de Puerto Tirol (Provincia del Chaco), en familias con niños de hasta cinco años de edad.

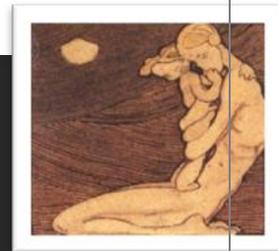
### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

---

- Indagar qué **significados** se atribuyen a la infancia como momento del ciclo vital, en la comunidad Qom en familias con niños de hasta cinco años de edad;
- Indagar como son percibidas las prácticas de crianza qom y los servicios destinados a la población infantil, desde la perspectiva de agentes provenientes del ámbito educativo y sanitario.
- Identificar y caracterizar al/los integrante/s del grupo familiar que ocupan el **lugar de figura de apego central**, con la que los niños establecen este vínculo primario y cuáles son sus características;
- Identificar las **prácticas y significados que subyacen a la formación del vínculo** de apego, según la perspectiva de las madres o figuras de apego central;

- 
- Indagar sobre las distintas **etapas del desarrollo**, según la perspectiva de las personas que ocupan el lugar de figura de apego;
  - Problematizar **las prácticas y significados** registrados en relación a las experiencias de apego, respecto a los postulados planteados desde la psicología evolutiva;
  - Contribuir al estudio de las prácticas de crianza Qom, y su importancia para el ámbito de la salud mental comunitaria.

## 2. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN



## 2.1

## TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO METODOLÓGICO

---

El presente estudio se trata de un **estudio cualitativo, de corte transversal**. Las investigaciones con enfoques cualitativos permiten abordar empíricamente interrogantes referidos al estudio de procesos de orden subjetivo. Se ha optado por estrategias metodológicas cualitativas, porque a los fines del presente estudio se busca conocer el desarrollo de los vínculos tempranos y los mecanismos socioculturales que inciden en el fenómeno abordado, lo cual implica describir y analizar las prácticas, así como interpretar las representaciones de los actores sociales implicados<sup>34</sup>. Constituye un estudio transversal porque la recolección de datos se ha dado en un solo momento, en un tiempo único<sup>24</sup>.

Según la clasificación que Valles dispone, el presente estudio respondería a un **modelo proyectado de investigación**, lo cual brindó la posibilidad de realizarlo en un periodo limitado de tiempo, donde no se ha partido de cero, sino que se conocía a priori el estado de la cuestión y se contaron con interrogantes que funcionaron como disparadores del estudio<sup>35</sup>.

### 2.1.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

---

Se ha realizado un **muestreo de casos típicos**<sup>36</sup>, este tipo de muestreos es utilizado donde se privilegia la riqueza, profundidad y calidad de la información, ya que permite analizar los significados que circulan en un determinado grupo social a partir del estudio de casos- tipo. Este muestreo tiene por objetivo mostrar a quién no está familiarizado con la realidad objeto de análisis los rasgos más comunes de dicha realidad. La definición de “típico” se construye a partir del consenso de opiniones entre informantes clave, buenos conocedores de la realidad bajo estudio.

A los fines del muestreo, se privilegiaron las variables origen étnico, lugar de residencia y figura de apego en función de la edad de los niños/as, para la selección de los/as entrevistados/as y los núcleos familiares a observar. Esto hizo posible que las unidades se seleccionen según características que responden a la finalidad de la investigación.

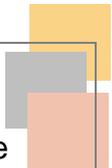
1. Origen étnico: Los entrevistados/as se reconocieron como pertenecientes o descendientes de la etnia Qom.
2. Lugar de residencia: se optó por seleccionar casos con residencia periurbana. El Barrio Aborigen se sitúa a pocos kilómetros del centro de la localidad de Puerto Tirol. Se eligió este lugar físico por ser el lugar donde los equipos interdisciplinarios de salud desempeñan actividades comunitarias con miembros de la etnia, lo cual facilitaría la entrada al campo.
3. Figura/s de apego de niños menores a cinco años: esta opción ha permitido apreciar los procesos de construcción y legitimación de las prácticas materiales y simbólicas que se ponen en juego en el vínculo materno-filial de los primeros años. Se escoge esta franja etaria por constituir el periodo en el que el niño menor consolida el vínculo de apego a partir de la discriminación y mantenimiento de la proximidad hacia una figura de apego reconocida.

Con el propósito de indagar aspectos de la infancia Qom desde la perspectiva de los agentes pertenecientes al ámbito educativo como sanitario, se entrevistó a una docente en educación inicial y a la médica clínica que asiste semanalmente al centro de salud del barrio.

### **2.1.2. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

---

El estudio combina las técnicas de la entrevista semi-estructurada y la observación participante a fin de acceder a la producción de prácticas y significados que se ponen en juego en el desarrollo y consolidación del vínculo de apego.



La **Entrevista Semi-estructurada** ha permitido elaborar una guía de aspectos a tratar, aunque la secuencia de las preguntas estuvo determinada en todo momento por la dinámica de la conversación, apuntando al mismo tiempo, a mantener un ambiente agradable. Es por esto que se realizaron preguntas abiertas, siendo el guión solo una pauta para tocar los temas de interés. Respecto al guión de entrevista, estuvo estructurado en base a áreas temáticas o ejes principales, desglosados en tópicos y líneas de indagación vinculadas a las etapas evolutivas del desarrollo temprano, el cual ha sido corregido y adaptado a partir de las primeras entrevistas.

Dado que el uso de la categoría “*informante*” se encuentra en discusión en el campo de la antropología, por colocar al otro en el lugar de mero proveedor de información, con un rol pasivo en la investigación; autores más críticos, como Bartolomé<sup>37</sup>, prefieren hablar de “*interlocutores*” con distintos papeles en la investigación. En el presente estudio se ha optado por esta categoría, debido a que las entrevistadas han asumido distintos roles en los diferentes momentos de del proceso, como ser proporcionar información sobre la situación local, o bien, cooperar en la localización y contacto con el grupo de entrevistadas.

La técnica de selección implementada ha sido la de la bola de nieve, a partir de la cual fue posible solicitar a cada entrevistada que sugiera el próximo contacto. En principio, y con el propósito de conocer cómo son percibidas las prácticas de crianza qom por parte de los agentes estatales que trabajan en servicios destinados a la comunidad infantil, se ha tomado contacto con la médica del centro de salud de la comunidad y con la docente de educación inicial.

Posteriormente, se ha contactado a la referente de la comisión barrial, recomendada por las primeras interlocutoras, quien habría proporcionado y sugerido a la siguiente entrevistada, viabilizando de esta manera continuar con el curso del procedimiento de selección propuesto. Se realizaron cinco entrevistas en distintas unidades domésticas, siendo la cantidad de entrevistas determinada por saturación de la información obtenida<sup>38</sup>.

Si bien se solicitaba a cada entrevistada que sugiriera a la próxima, esta sugerencia se realizaba en base a dos criterios: principalmente que se reconociera como parte de la etnia, y al mismo tiempo, fuera la persona a cargo de la crianza de un niño, sin embargo estos criterios podrían no garantizar que la misma constituya una figura de apego. A pesar de ello, era en el curso de la entrevista donde se iban observando y delimitando los criterios que iban a permitir incluir a las entrevistadas en la presente muestra.

Por su parte la **observación** supone la elaboración de un registro de notas que describen determinados momentos de la vida cotidiana de los hogares e instancias comunitarias relacionadas con el desarrollo y consolidación del vínculo de apego. La observación realizada se denomina **de participación moderada**. Valles<sup>39</sup> retoma la idea de Spradley, quien define distintos tipos de participación en la observación, a lo largo de una gama que va desde la no participación a la completa participación, dentro de esta lista de clasificación la participación moderada la define “*como el balance entre miembro y extraño, entre participación y observación*”. Según el autor esta modalidad facilitaría el acceso a los significados que los mismos actores atribuyen a sus prácticas, ya que el rol de participación habilitaría al investigador a solicitar aclaraciones. El investigador podría pasar del rol de espectador al de participante con interacción limitada, sin llegar a tener una participación regular activa. Esta técnica de recolección permite conocer los aspectos más íntimos y cotidianos de las prácticas diarias, que se desarrollan en el propio contexto socio-cultural donde ocurren los fenómenos de interés.

Las observaciones tuvieron lugar en las distintas **unidades domésticas**, por ser el espacio donde el niño transcurre la mayor parte de su tiempo. Remorini cita a Crivos y Martínez, para definir la unidad doméstica como una “... *unidad compleja que incluye un componente social —grupo de personas que comparten la residencia— y un componente espacial —el espacio físico que habitan—, articulados por un conjunto de actividades relevantes a la subsistencia del grupo que se realizan parcial o totalmente en ese ámbito*”<sup>8</sup>.

El **registro de los datos** obtenidos tanto de las entrevistas como de las observaciones, se realizó a partir de notas de campo<sup>2</sup>, las cuales fueron tomadas al momento del trabajo de campo, y luego se profundizaron en un segundo momento, incluyendo detalles más específicos del contexto estudiado.

En lo que respecta a las **unidades de análisis**, Hernández Sampieri, Fernández y Baptista citan a Lofland y Lofland<sup>26</sup> quienes sugieren una variedad de unidades que van de niveles individuales a niveles sociales, dentro de esta clasificación se encuentran las siguientes Unidades que responderían al presente objeto de investigación:

1. **Vínculo de Apego**: lazo afectivo que se establece entre el niño y la madre que tiene como función más importante la de promover la supervivencia del infante<sup>11</sup>. Lofland y Lofland<sup>26</sup> lo incluyen dentro del término relaciones, entendidas como díadas que interactúan por un periodo prolongado o que se consideran conectadas por algún motivo y forman una vinculación social.
2. **Prácticas**: Refieren a una actividad continua, definida por los miembros de un sistema social determinado. En el presente estudio se hará referencia a las prácticas de crianza en particular.

Duarte y col.<sup>40</sup> retoman a Aguirre para definir a las *prácticas de crianza* como “*aquellas acciones concretas que los adultos, en especial los padres de familia, llevan a cabo con el propósito de orientar la formación de sus hijos e hijas, materializándolas en acciones particulares, creencias, valores y formas de pensar y actuar*”. De acuerdo con este autor, las prácticas de crianza comprenden los siguientes componentes: *la práctica propiamente dicha, la pauta y la creencia*. *La práctica* es lo que efectivamente hacen los adultos para atender a sus hijos, la cual responde, en general, a acciones de carácter inconsciente. *La pauta* hace referencia a lo que se debe hacer, este componente va a estar directamente determinado por la cultura a la que se pertenece; la pauta, en este sentido es la guía de nuestros actos, aunque

---

<sup>2</sup> Cabe mencionar que no se recurrió a la grabación como medio de registro durante las entrevistas, por el efecto intimidante que esto implicaría para las familias.

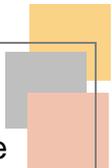
puede ser transformada en el transcurso del tiempo. Por último, *las creencias* se relacionan con las explicaciones que subyacen a ese modo de actuar de los padres en relación con los niños, estas creencias permiten a los padres justificar y legitimar su accionar a la luz del conjunto de ideas e imaginarios que comparte una comunidad.

3. Significados: Son representaciones que construyen los actores humanos para aludir a la vida social [...] Estos significados van más allá de la conducta y se describen, interpretan y justifican. Para Lederach<sup>41</sup>, la construcción de significado tiene que ver con el proceso de dar sentido a algo, sentido que se irá desprendiendo de las expectativas y los simbolismos que la cultura establece respecto a ello. En este sentido, los significados que se le otorga a las prácticas de crianza difieren según la cultura, y son los sentidos otorgados desde la cosmovisión qom los que se pretende indagar.

### **2.1.3. EL PROCESO DEL TRABAJO DE CAMPO**

---

En un primer momento el ingreso al campo se vio facilitado mediante el contacto con informantes claves pertenecientes y no pertenecientes a la comunidad étnica, quienes constituyeron el primer tipo de entrevistados. Tanto la docente de nivel inicial a cargo del jardín del barrio Aborigen como la médica clínica que brindaría atención en la sala de primeros auxilios de la zona, son actores reconocidos y respetados por los distintos miembros de la comunidad, aunque la integración de estos a la comunidad sea parcial o nula. No obstante también se contactó a un agente de salud indígena bilingüe como al presidente de la comisión barrial que supieron construir el nexo del equipo con las familias. Luego de esta primera etapa, se ha obtenido información relevante a partir de la recolección de diversos testimonios de familias, y de las entrevistas a referentes comunitarios, como de observaciones en terreno, con el fin de describir las primeras experiencias de apego infantil y construir el contexto actual en el que niños y niñas Qom son criados/as en esta comunidad.



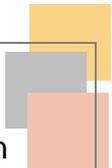
Previo a la ejecución del trabajo de campo propiamente dicho, se cumplimentó con los requisitos formales y éticos de toda investigación. Con este propósito se notificó a la Dirección de Salud Mental de la Provincia del Chaco y a la Coordinación Nacional del Programa de Asistencia Primaria en Salud Mental, de este trabajo de investigación que se viene planificando en el marco de la Maestría en Salud Mental de la Universidad Nacional de Córdoba. Con el aval institucional, el cual hizo posible contar con los recursos necesarios a los fines de la presente investigación (personal del equipo de salud mental, vehículo, agentes, etc.), se procedió a establecer un primer contacto con los principales referentes de la comunidad, contando en toda instancia del estudio con el consentimiento informado de cada participante.

Cabe mencionar que el trabajo de campo se realizó como parte de la labor diaria del equipo de salud mental de tender redes entre los distintos ámbitos de la comunidad, y contribuir en la articulación de los distintos niveles de atención.

La estructura de los ejes temáticos de cada entrevista como las unidades observables, se realizaron en concordancia con los objetivos planteados en la presente investigación; asimismo se tomó como referencia estudios etnográficos que refieren a la crianza en comunidades indígenas de América Latina. <sup>1,7,8,13,14,42</sup>

En la **primera etapa** se estableció contacto con la Médica Comunitaria del barrio con el propósito de indagar sobre la comunidad y su vinculación con el puesto de salud. Asimismo, se entrevistó a la docente de educación inicial, quien se desempeña en las salas de jardín de infantes que funcionan en el barrio. Esta docente no solo aportó información, también facilitó el contacto con referentes.

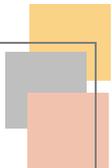
En la **segunda etapa** se realizaron cinco entrevistas en distintas unidades domésticas, con seis a doce miembros cada unidad. La selección de las entrevistadas se vio facilitada por la cooperación de los informantes claves (miembros de la comisión barrial) quienes asistieron en la localización y contacto con las entrevistadas que cumplían con los criterios de inclusión. Asimismo se tomó como medida procedimental la “técnica de la bola de nieve”, donde se



solicitó a cada persona entrevistada que sugiriera y posibilitara el contacto con otros. Cada entrevista con una duración aproximada de 45 a 60 minutos. Al comienzo de cada entrevista, la información era ofrecida con total reserva, lo cual se fue modificando en la medida que se avanzaba. Algunos datos se agregaron en la etapa de observación. Cabe aclarar que el resto de los miembros participaban ocasionalmente del diálogo, confirmando los datos otorgados por la madre o abuela. Las entrevistas se realizaban en la vereda o zona de tránsito público, recién tras varias visitas se invitó al equipo a conocer la vivienda.

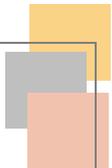
De los participantes, siete eran madres con edades entre los 16-25 años, todas convivían con las abuelas maternas, mujeres de 35 y 50 años aproximadamente; fueron las abuelas quienes ocuparon el papel más activo y participante a lo largo de la etapa de entrevistas. El nivel de escolaridad era variable, las abuelas presentaban el primario incompleto, mientras que la mayoría de las madres habrían abandonado sus estudios en el secundario. Solo una madre tenía estudios terciarios en curso. En cuanto a la ocupación, la mayoría de las madres se dedicaban a las tareas domésticas del hogar y algunas eran estudiantes o con oficios varios. Cabe aclarar que en la mayoría de las unidades domésticas nos encontramos con tres generaciones (madre, abuela- bisabuela), entre éstas el rol más protagónico lo encarnaba la generación “bisagra”, abuelas de 35 a 50 años, quienes nos contaban lo aprendido de las denominadas ancianas, y a su vez intentaban transmitir sus experiencias a las madres más jóvenes.

En la **tercera etapa** del trabajo de campo se realizaron observaciones estructuradas en puntos fijos del barrio, de dos horas cada una, en las siete unidades domésticas durante diferentes días y franjas horarias elegidas al azar, con el objeto de delimitar y caracterizar las actividades rutinarias de los integrantes de siete unidades domésticas, focalizando en los comportamientos de madres y niños; asimismo, y en la medida en que ello resultó posible, se les acompañó en sus desplazamientos cotidianos a través de diferentes espacios del barrio. También se registraron conductas del niño en interacción con otros sujetos.



Asimismo la observación permitió registrar los usos que la comunidad hace de los distintos servicios en salud. Aunque en la rutina diaria se observan cada vez con más frecuencia, prácticas provenientes de la cultura dominante, aun se conservan algunas prácticas propias de la medicina indígena.

A los fines del análisis, se ha buscado interpretar los significados y prácticas sobre la crianza observados y registrados mediante entrevistas, a la luz de las construcciones culturales del grupo, sobre la niñez, sus etapas y los procesos que ésta atraviesa, así como en el marco de la situación social en que se encuentra el grupo actualmente.



### 3. RESULTADOS



## 3.1 CRECIENDO COMO QOM

---

Para comprender las prácticas y significados de familias Qom en relación a los vínculos tempranos de los niños y niñas desde la gestación hasta los cinco años de edad, resulta necesario realizar un recorrido por los modos en que la cultura Qom conceptualiza el inicio de la vida, la gestación de un nuevo ser, su nacimiento y posterior crianza.

Con este fin se ha recurrido a los resultados de investigaciones previas relacionadas al tema, que permitieron estructurar los ejes temáticos de la entrevista, así como las unidades observables. Luego de esta primera etapa, se ha obtenido información relevante a partir de observaciones en terreno, de la recolección de diversos testimonios de familias, y de las entrevistas a referentes e interlocutores comunitarios, con el fin de describir las primeras experiencias de apego infantil y construir el contexto actual en el que niños y niñas Qom son criados/as en esta comunidad.

Con el aval institucional correspondiente, se procedió a establecer un primer contacto con los principales referentes de la comunidad, contando en toda instancia del estudio con el consentimiento informado de cada participante.

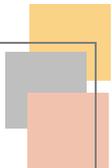
### **3.1.1. HACIA UNA NOCIÓN DE INFANCIA**

---

Dentro de la cosmovisión de esta comunidad pareciera no haber un consenso definido respecto a la definición de infancia, sin embargo la delimitación y definición de los primeros tramos de la vida podrían darse de otra manera. Según Sandoval<sup>43</sup>, cuando relata su trabajo junto a las “Madres cuidadoras de la cultura Qom”, expresa que esta etnia pertenece a una cultura de pensamiento oral, distinta a la cultura occidental que construye su racionalidad desde la escritura, lo cual podría explicar la construcción del desarrollo del ciclo vital desde otro lugar de significación, con categorías que no se establecen cronológicamente, o que podrían establecerse desde otros parámetros. A partir de las distintas entrevistas se pudo ver que el término “infancia” es entendido por la comunidad como un periodo del ciclo vital caracterizado por la libertad y la plena satisfacción. El pequeño recién nacido es el centro de atención de toda la familia, todos los miembros se ocupan de responder a sus necesidades y demandas. Los ritmos son determinados por el pequeño, como así los momentos de amamantamiento, de sueño y de alimentación. La disponibilidad y sensibilidad materna son elementos recurrentes del vínculo materno filial de los primeros años. Ante la pregunta cuándo se considera que se ha dejado de ser niño, todas respondieron hasta los ocho o diez años, porque ya empezarían a asumir roles de cierta responsabilidad dentro del hogar.

TABLA GRÁFICA Nº 1- RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS A MADRES QOM RESPECTO A LA NOCIÓN DE INFANCIA

TRABAJO DE CAMPO- RESULTADOS DE ENTREVISTAS SEMI DIRIGIDAS		
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	CONVERGENCIAS	DIVERGENCIAS
1- CONSTRUCCIÓN SOCIO-CULTURAL DE LA INFANCIA	<p>Las madres la describen de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevistada nº 3 (49 años, cinco hijos, cuatro nietos) <i>“...es cuando más se los cuida, la mama y la abuela más que nada, las abuelas son las que curan, las mamás miran que no les falte nada, no se les pide nada...”</i>.</li> <li>- Entrevistada Nº 4 (38 años, siete hijos, tres nietos) <i>“...“Cuando son chiquitos uno no les pide nada, que se porten bien nomás ...”</i></li> <li>- Entrevistada Nº 5 (40 años, seis hijos, una nieta) <i>“... solo las mamás entendemos sus necesidades, pero las abuelas lo malcrían más... se lo observa todo el tiempo, cuando deja de jugar, es porque algo le está pasando... hay que curarlo”</i></li> </ul> <p>Además se agregó al aprendizaje y la necesidad de protección como conceptos característicos de esta etapa del ciclo vital</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevistada nº 3 (49 años, cinco hijos, cuatro nietos) <i>“... al niño hay que cuidarlo de los males, yo oro con ellos para que Dios los proteja, es distinto que el adulto, hay que enseñarle las cosas para cuando sean más grandes...”</i></li> </ul>	<p>No hubo divergencias en esta categoría, el concepto fue construido en base a ideas y palabras mencionadas, ya que nadie pudo definir el concepto de infancia, más bien se respondía cómo era el niño.</p>



En este sentido Hecht<sup>44</sup> en su trabajo “*Hacia una revisión de las etapas de la infancia toba*”, realiza aportes respecto a la noción de infancia. La autora a partir de su experiencia con una comunidad toba situada en las afueras de Buenos Aires, considera que la infancia es entendida cómo el tiempo de jugar, un tiempo sin responsabilidades, previo al momento donde el niño debe salir a afuera (ingreso escolar). A su vez refiere que según el estadio por el que el niño esté transitando se los denomina de un modo particular, por ejemplo los más pequeños *’o’o*, a continuación *nogotole - nogotolec* según sean niñas o niños.

A diferencia de los hallazgos de Hetch, no se detectaron etapas delimitadas o términos precisos que las definan. Ante la pregunta sobre la infancia o periodos que la comprenden, respondieron “*nosotros como la gente criolla lo vemos igual, crecen igual, dejan de ser niños cuando tienen más tareas en la casa, con la familia*” (Entrevistada N° 3- cinco hijos, cuatro nietos). Sin embargo la construcción de la infancia como un tiempo de juego sin responsabilidades, donde hay una disposición del adulto y sensibilidad respecto a las necesidades del pequeño, converge con los datos obtenidos en la comunidad Qom de Puerto Tirol. Si bien los términos extraídos de esta investigación no se escucharon a lo largo de las distintas entrevistas realizadas a la comunidad, las prácticas observadas parecieran conservar sus significados.

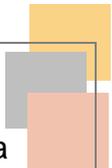
Es sabido que estas comunidades se han visto obligadas a migrar de una zona a otra, así lo afirma Guarino<sup>45</sup>, quien agrega que estos desplazamientos fueron dados tras la crisis agrícola-forestal de la década del 40. Desde entonces el progresivo contacto de estas familias con actividades propias de la ciudad ha acelerado procesos tales como la marginalidad y la exclusión social. Es en este contexto donde se van cambiando o conservando costumbres y formas de vivir, esta es la realidad que ha podido registrarse en los hogares del barrio aborigen, donde son unos pocos ancianos los que hablan el idioma *qom laq taq*, y solo se han conservado unas pocas costumbres de la etnia según palabras de las entrevistadas.

Las entrevistas realizadas a personal de distintos servicios que funcionan en el barrio, dan cuenta de estas complejas relaciones, que muchas veces tienden a borrar las diferencias que lo alejan de este otro cultural.

**TABLA GRÁFICA Nº 2- RESULTADOS DE ENTREVISTAS REALIZADAS A AGENTES ESTATALES QUE TRABAJAN CON LA COMUNIDAD QOM, RESPECTO A LA NOCIÓN DE INFANCIA**

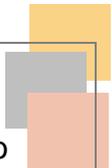
ENTRADA AL CAMPO- CONTACTO CON AGENTES ESTATALES VINCULADOS A LA COMUNIDAD		
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	ENTREVISTA A MÉDICA COMUNITARIA	ENTREVISTA A DOCENTE DE ED. INICIAL
1- CONSTRUCCIÓN SOCIO-CULTURAL DE LA INFANCIA	<p>No puede brindar información de mayor pertinencia cultural respecto a la noción de infancia.</p> <p><b>Entrevistada N° 1</b> (médica clínica del Barrio)</p> <p><i>“Es una etapa del ciclo vital, que comprende los primeros años de vida”.</i> A esto agrega <i>“...en la comunidad no hay una maternidad, paternidad responsable, nunca traen a los niños a la sala de primeros auxilios, por lo general es el personal de salud el que acude a los domicilios para hacer los controles necesarios...”</i>. Lo mismo les sucede con los partos, las madres se resisten a ser atendidas en el hospital, aun cuando la emergencia del caso lo amerita.</p>	<p><b>Entrevistada N° 2</b> (docente del jardín del barrio)</p> <p>- <i>“esta etapa de la vida es muy particular en la comunidad, la caracteriza la libertad...a menudo se ve a los niños solos por la zona, nunca con un mayor al lado, si acompañado por sus hermanitos o amigos. Por lo general asisten solos a la sala, y ellos son los que deciden si asisten o no, eso es algo que me llamó poderosamente la atención...”</i></p> <p>- Agrega <i>“... al comienzo lo entendía como falta de compromiso de los padres con la educación de sus hijos, luego de dos años de trabajo con la comunidad, entendí que les cuesta confiar en el desconocido, reconocen la importancia de la educación, pero la distancia es su forma de evaluar al extraño que se acerca”.</i></p> <p>- Cuenta que hoy por hoy todos los padres se acercan a la sala para conocer el progreso de sus niños.</p>

Como puede observarse en la *tabla gráfica Nº 2* la información recabada de la entrevista a la médica de la zona fue de escasa pertinencia cultural, la profesional desconocía las prácticas y significados vinculados a la infancia qom, solo pudo afirmar la falta de compromiso de los padres respecto al cuidado de la salud de los menores. Se infiere de su relato un saber médico que no incluye los saberes tradicionales transmitidos desde cada cultura. Si bien pudo distinguir la niñez como etapa evolutiva distinta a otras etapas de la vida, no se identifican los



elementos propios y particulares de la identidad Qom. Resulta evidente la brecha cultural que separa a la comunidad del sistema sanitario. Según Billorou<sup>46</sup> el rechazo a la atención y el control médico por parte de determinadas comunidades, tanto al momento de la reproducción como del cuidado del niño, podría deberse a dos factores, primero el hecho de que las mujeres cuentan con un bagaje de saberes tradicionales, legitimados por su comunidad; y segundo la incertidumbre que se desprende de la práctica médica (nuevas prácticas medicinales, nuevo ámbito de atención, nuevas técnicas, etc.), vivenciada muchas veces de manera extraña e invasiva por las distintas mujeres de la comunidad. Sin embargo, desde el discurso médico local no se reconoce esta posesión de saberes alternativos, y se recurre al concepto de “maternidad/paternidad irresponsable” para caracterizar el comportamiento parental. Con respecto al seguimiento domiciliario la entrevistada agrega “...*nunca traen a los niños a la sala de primeros auxilios, por lo general es el personal de salud el que acude a los domicilios para hacer los controles o mandan a los niños solitos...*”, en este sentido Billorou<sup>33</sup>, en su artículo, afirma que en muchos casos la implementación de las visitas domiciliarias ha permitido reducir la distancia espacial como cultural entre las madres y las instituciones médicas, resultando una estrategia eficaz en lo que refiere a accesibilidad a los servicios en salud. No obstante es evidente la necesidad de cambios en las prácticas médicas habituales que favorezcan la relación médico-paciente y funcionen desde un enfoque intercultural.

En lo que respecta a la docente, en cambio, no solo aportó información sino que facilitó el contacto con referentes. A lo largo de la entrevista, admitió que desconoce las prácticas propias de la cultura, ya que la sala estaría integrada por un número reducido de niños pertenecientes a la etnia. La mayor concurrencia proviene del barrio Evita (barrio que limita con Barrio Aborígen), según información que se pudo proveer al momento de la entrevista. Sin embargo, la docente pudo darse el tiempo para conocer a la comunidad, sin juicios preestablecidos que obstaculicen el vínculo con ellos, de allí que interprete la distancia de los padres como un modo de evaluar al extraño que se acerca, y no como negligencia parental. A pesar del desconocimiento respecto a la cultura, la docente menciona una oportunidad en la que una pequeña de solo tres años se



puso a tararear un canto Qom, ella solicitó a la pequeña que compartiera el canto con sus compañeros, todos los pequeños la escucharon con mucha atención, ella interpreta que los niños habrían quedado sorprendidos al escuchar un lenguaje diferente con melodías y ritmos muy particulares. Ese día la tarea designada al grupo de alumnos fue que cada uno compartiera canciones transmitidas por sus padres. Este relato compartido por la docente en educación inicial, revela otra actitud respecto al otro cultural, donde se intenta crear un puente de comunicación, en este caso simplemente incluyendo un elemento cultural “el canto” en las tareas pedagógicas de sala.

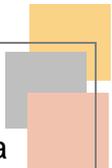
### 3.1.2. MATERNIDAD QOM

---

Detectar la figura de apego, constituye uno de los objetivos del presente estudio. La figura de apego<sup>11</sup>, es la persona a quien están dirigidas todas aquellas acciones del niño destinadas a mantener la proximidad con quien se ha construido un vínculo de afecto, acciones tales como el llanto, la sonrisa, el seguimiento, aferramiento, y llamada. A medida que transcurre el tiempo ya no bastará solo con reconocer perceptualmente a la figura, luego la búsqueda estará permitida y facilitada por la locomoción, en consecuencia la conducta de apego se solidificará en los niños a partir el tercer año de vida. Por otro lado la figura de apego también presenta una serie de conductas que podrían considerarse tienen influencia sobre el niño, como ser la intensidad del contacto físico, el sostén, la respuesta materna para apaciguar al bebé, su adecuación a las características individuales del niño y la expresión de sentimientos positivos. Fueron estos los elementos que hicieron posible la identificación de esta figura.

El análisis de los datos obtenidos de las distintas entrevistas y observaciones hizo necesaria la distinción entre figuras de apego centrales y figuras de apego subsidiarias. Esto es así, debido a que en muchas unidades domésticas se manifestaba que el niño mantenía un vínculo muy especial con la madre, como con la abuela o alguna hermana mayor. Bowlby<sup>11</sup> hizo mención de éstas figuras en su libro “*El Vínculo Afectivo*”, donde habla de casos en los que el niño elige a más de una figura de apego. En estos casos la *figura de afecto central* es aquella que el niño busca cuando está cansado, hambriento, enfermo o se siente alarmado. Cuando el niño no sabe el paradero de esta figura, apenas se reencuentra con ella, este deseará permanecer a su lado por un buen tiempo. En cambio, en los momentos en los que el niño está de buen humor suele buscar un compañero de juegos con quien desea entablar una interacción amistosa, son estas personas las que conforman la categoría de *figuras de apego subsidiarias*.

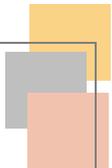
Lo que se registra en la *tabla gráfica nº 3*, coincide con lo observado en las distintas unidades domésticas donde el niño recurría con mayor frecuencia a la



mamá, o a la abuela, quedando tanto hermanos como familiares dentro de la categoría de figuras subsidiarias. Asimismo, se pudo detectar que en la mayoría de los casos los niños podían permanecer en ausencia de su abuela o su madre sin dificultades, porque siempre quedan bajo el cuidado y resguardo de una de ellas. Esta resistencia a la separación manifiesta tanto en el niño como en la madre/abuela, fue un elemento decisivo a la hora de detectar a la figura central de apego, pero a su vez esto representó una recurrencia en todas las unidades familiares, en donde se escuchó con frecuencia “...*para él todo soy yo, para todo, cuando llora, cuando tiene hambre, quiere estar todo el día alzado, lo llevo a todos lados conmigo, nunca me separo de él...*” (Ver tabla gráfica nº 3).

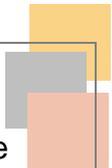
TABLA GRÁFICA Nº 3- RESULTADOS DE ENTREVISTAS REALIZADAS A MADRES QOM RESPECTO A LOS PRIMEROS VÍNCULOS

TRABAJO DE CAMPO- RESULTADOS DE ENTREVISTAS SEMI DIRIGIDAS			
VARIABLES DE ANÁLISIS		CONVERGENCIAS	DIVERGENCIAS
1- CARACTERÍSTICAS DE LOS PRIMEROS VÍNCULOS	FIGURA CENTRAL EN EL VÍNCULO DE APEGO	<p>El niño recurre con mayor frecuencia a la mamá, o la abuela:</p> <p><b>Entrevistada N° 4</b> (38 años- siete hijos, tres nietos) <i>“...para él todo soy yo, para todo, cuando llora, cuando tiene hambre, quiere estar todo el día alzado, lo llevo a todos lados conmigo, nunca me separo de él...”</i></p> <p>La mayoría de las madres/abuelas ante la pregunta ¿qué hace el niño cuando usted se separa de él? Respondieron:</p> <p><b>Entrevistada N° 4-</b> (38 años- siete hijos, tres nietos) <i>“nunca me separo de él, a donde yo vaya lo llevo conmigo”</i>. Dos de las entrevistadas argumentaron no poder siquiera irse para realizar trámites ya que los niños no las dejan:</p> <p><b>Entrevistada N° 3</b> (49 años- cinco hijos, cuatro nietos) <i>“... es que cuando su mamá se va ellos se enferman de tristeza...”</i></p> <p><b>Entrevistada N° 7</b> (dos hijos) <i>“...viene atrás mía siempre, como ahora (la nena recostada sobre su regazo) no se me despega nunca. Yo ando siempre por acá, cuidándolos a ellos. Antes me iba hasta el pueblo para estudiar, pero después abandoné, me quedo acá con ellos”</i></p> <p>Solo dos abuelas (entrevistada n° 3 y 5) que cumplían horarios laborales pudieron describir las reacciones que presentaban sus propios hijos cuando partían del hogar.</p> <p><b>Entrevistada N° 3-</b> <i>“Cuando la mamá se va se enferman de tristeza. Dentro de lo posible una trata de ir con los más chicos, sino lloran desesperadamente cuando no te ven, a veces hay que salir a escondidas.”</i></p>	<p>No se encontró ninguna divergencia en esta categoría, todas las madres y abuelas coincidieron en su papel como figura de apego central.</p>



Estos fragmentos del discurso materno (tanto de las madres como de las abuelas) reflejan cómo se vive la infancia en esta comunidad, donde todas las necesidades del niño tienen una respuesta materna. La mayoría de las madres ante la pregunta ¿qué hace el niño cuando usted se separa de él? Respondieron *“nunca me separo de él, a donde yo vaya lo llevo conmigo”*. Dos de las entrevistadas argumentaron no poder siquiera irse para realizar trámites ya que los niños no las dejan, son las necesidades y demandas del niño las que determinarían las características del vínculo. En este argumento se observan claramente las acciones puestas en juego tanto por el niño como por su madre con el propósito de mantener esta proximidad afectiva. Una de las madres mencionó lo siguiente: *“...pero siempre estoy con ellos, a veces se va a jugar con la nieta de la Mili o de Olga acá en frente, pero entre todas las mamás de acá las estamos mirando...”*; esta afirmación muestra la conducta de seguimiento que tienen las madres no solo con sus propios niños, sino también con el resto de los niños pertenecientes a su comunidad, esto fue reforzado a partir de las observaciones donde los niños están constantemente visitando a otras madres o abuelas del mismo barrio.

Asimismo la información recabada da cuenta de la plena satisfacción que caracteriza a esta etapa del desarrollo. Tanto los datos obtenidos durante la observación como en las entrevistas indican que son las madres a quienes los niños recurren cuando se encuentran angustiados, enfermos, o temerosos, y es en ellas en quienes encuentran mayor estabilidad y seguridad. Cabe aclarar que este periodo de construcción y consolidación del vínculo madre-hijo converge con el momento de lactancia materna, el cual suele extenderse hacia el cuarto año de vida del niño en esta comunidad y constituye un periodo crucial donde el pequeño va reconociendo a su madre, en su tono de voz, su aroma, su modalidad de sostén, su mirada, su tacto y de esta manera logra diferenciarla de las demás figuras del núcleo familiar. Varios estudios<sup>47</sup> reconocen el periodo de lactancia como elemento favorecedor de un apego saludable, ya que permite momentos de intimidad y privacidad que dan lugar a un ajuste progresivo tanto en el apego como en la lactancia.



Asimismo se han registrado discursos que circulan en la comunidad de barrio aborígen, que dan cuenta de prácticas que fortalecen estos primeros lazos, desde el embarazo concebido históricamente como una práctica privada, de la que solían participar únicamente los familiares inmediatos, hasta el mismo “mal de ojo”, a partir del cual se aleja a los extraños del pequeño. Todas estas prácticas promueven la interacción del niño con su madre en un ámbito privado e íntimo, donde surge un reconocimiento mutuo en la relación madre- hijo y su posterior consolidación.

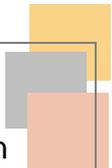
Otro dato de interés lo constituye el lugar de los hombres dentro de cada dinámica familiar, y en el vínculo con el niño específicamente. En ninguno de los casos aparecían en el lugar de figura de apego, sino que representarían la figura de autoridad. En la *tabla gráfica n° 4*, se registran fragmentos de las entrevistas con los distintos agentes, referentes e informantes claves, donde se refleja el papel pasivo que asume la figura paterna respecto al cuidado del niño durante los primeros años. Esto se vincula a la tradicional división sexual del trabajo, que tiende a reproducirse en el seno de algunos hogares de la comunidad, donde la mujer quedaría a cargo del cuidado de los hijos y del hogar, mientras el hombre es quien asumiría la responsabilidad del sustento económico de la familia. Si bien se ha registrado algunos casos donde la mujer es quien aportaría el sustento económico, en ninguno de los casos la mujer delega el cuidado de sus hijos.

TABLA GRÁFICA Nº 4- - RESULTADOS DE ENTREVISTAS REALIZADAS A AGENTES ESTATALES QUE TRABAJAN CON LA COMUNIDAD QOM, RESPECTO A LOS PRIMEROS VÍNCULOS- FIGURA DE APEGO

ENTRADA AL CAMPO CONTACTO CON INFORMANTES CLAVES			
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS		ENTREVISTA A MÉDICA COMUNITARIA	ENTREVISTA DOCENTE DE EDUCACIÓN INICIAL
2- CARACTERÍSTICAS DE LOS PRIMEROS VÍNCULOS	FIGURA	Solo puede agregar: <i>“la mayoría de las veces, los niños asisten a la sala solos, algunas veces en compañía de sus abuelas, ocasionalmente asisten con su madre, y nadie con el padre”</i> . El cuidado del menor es una tarea de la abuela y la madre. A partir del registro sanitario se infiere que habría 14 niños menores de 1 año, 16 niños de 1 año y 58 niños de 2 a 6 años.	<i>“Se ve un buen vínculo, la madre Qom es una madre muy presente. Cuando comencé a trabajar en Bº Aborigen los niños llegaban a la sala solos, pero transcurrido un año de trabajo, las madres, abuelas o hermanos llegaban a la sala para preguntar por sus hijos. Esto me hizo ver que no se trata de desinterés sino de desconfianza”</i> .
	CENTRAL EN EL VÍNCULO DE APEGO		

El padre mantendría un vínculo más distante con el niño, durante el primer año de vida, más aun por el temor a ojarlos, sostienen las distintas entrevistadas *“... el hombre que viene cansado del trabajo puede transmitir esto al niño, la tensión, el enojo, por eso primero debe higienizarse, limpiarse el espíritu y recién ahí saludar al niño... el papá de mis hijos se acercaba muy de vez en cuando a ellos durante los primeros meses...”*. Este mal se mencionó en cada entrevista, es por esto que se evita el contacto del niño con toda persona extraña, ajena al círculo familiar inmediato, cualquiera puede ojarlo: *“... si el caballo o algún otro animal mira a los ojos al niño puede generarle este mal, de pequeño hay que protegerlo de todo...”*. Sin lugar a dudas estas creencias vinculadas al desarrollo temprano aportan a la construcción y consolidación de este primer vínculo del niño con su madre. Más adelante se aportarán más detalles respecto a las consecuencias y efectos de este mal.

Los datos recogidos y analizados en la comunidad Qom, coinciden con los aportes de Hetch<sup>14</sup>, quien en su investigación hace especial hincapié en el constante contacto de los niños con sus madres. En su estudio se menciona que las mujeres no suelen realizar trabajo fuera del hogar y eso les posibilita tener un



contacto más frecuente con los niños. A esto agrega que los abuelos adquieren un papel importante en la crianza, más en aquellos casos donde la maternidad se inicia a edades tempranas, o bien cuando la familia está integrada por un alto número de niños. Este dato también se reproduce en la dinámica vincular de las familias Qom de Puerto Tirol.

### 3.1.3. CRIANZA QOM Y DESARROLLO TEMPRANO

---

► **GESTACIÓN:** Históricamente la mujer gestante ha recibido numerosos cuidados vinculados a la cosmovisión Qom y también ha estado expuesta a una serie de restricciones cuando se encuentra en estado de gravidez<sup>48</sup>. Una vez determinada la existencia del embarazo la mujer debe cuidarse de ciertos alimentos prohibidos, de modo que la alimentación debe estar basada en la carne de animal y aves considerados limpios; asimismo los peces, frutas, vegetales, huevos, etc. Otros cuidados vinculados a la cultura Qom y mencionados a lo largo de las entrevistas, fueron no ingerir agua fresca ni transitar por zonas cercadas, o alambrados, no deambular por el campo para evitar huellas de víboras o yacaré, a orillas de lagunas o ríos, o de otros animales feroces, estas prácticas podrían ocasionar un daño a la vida en gestación, “*puede enredarse con el cordón*” mencionaron en varias entrevistas.

El cuidado de la futura madre se extrema durante los primeros dos a tres meses. Son las abuelas quienes más acompañan a las madres durante esta etapa, a partir de cuidados y prácticas curativas transmitidas por los ancianos de la comunidad. Son ellas quienes estimulan a sus hijas a realizar ciertas tareas y a restringirse respecto a otras. Esto nos abre el tema de la importancia de las figuras femeninas durante el embarazo y el parto, y posteriormente en la crianza (*ver tabla gráfica nº 5*).

Estas prácticas y costumbres mencionadas describen cómo espera la familia Qom a este nuevo ser que viene en camino, y cómo esta madre comienza a construir un vínculo especial con este niño imaginado, siempre deseado, desde antes de ser fecundado. Ya sus abuelas cuentan a las madres y éstas a sus hijas la ardua tarea de ser mujer madre, lo cual conduce a que las mujeres desde muy pequeñas se imaginen en este rol.

TABLA GRÁFICA Nº 5- RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS A MADRES QOM RESPECTO A LAS ETAPAS DEL DESARROLLO

TRABAJO DE CAMPO- RESULTADOS DE ENTREVISTAS SEMI DIRIGIDAS		
CATEGORÍAS	CONVERGENCIAS	DIVERGENCIAS
ETAPAS DEL DESARROLLO TEMPRANO Y VÍNCULO DE APEGO	<p><b>GESTACIÓN:</b></p> <p><b>Entrevistada Nº 3</b> (49 años, 5 hijos, 4 nietos)- <i>“Cuando me embarqué del primero mi mamá me decía que no salga, que no me lave la cabeza, que no debía cruzar por debajo de los alambrados, ella decía que el bebé podía ahogarse con el cordón, ni hablar de ir al campo. Los monos pueden asustar a la criatura, lo pueden maldecir. El papá del niño trabaja y se ocupa de que al niño no le falte nada...”</i></p> <p><b>Entrevistada Nº 6</b> (18 años, 2 hijos)- <i>“Con la primera me costó, porque yo no sabía nada, mi mamá me decía todo [...] mi mamá me daba muchos consejos, y allá en el hospital me volvían a repetir lo mismo, cuidado con las gorduras de las comidas por ejemplo..”</i></p> <p><b>Entrevistada Nº 7</b> (49 años, madre de la entrevistada)- <i>“A ella en su embarazo, yo le cuidaba con las comidas, que coma sin grasa por la leche del bebé. Nada de huevo porque le da diarrea, ni tripa gorda dicen que el bebé puede enredarse con el cordón [...] Antes el hombre no se iba a pescar ni a cazar si la mujer estaba por tener familia, porque podía pasar cualquier cosa”</i></p> <p><b>PARTO:</b></p> <p><b>Entrevistada Nº 3</b> - <i>“Antes solía ser privado, solo participaban los familiares, y siempre el anciano de la familia se ocupaba de la madre al momento de dar a luz, hoy todas las madres asisten al hospital, aunque siempre en el momento justo, siempre aparecen señales que indican que es la hora, la señal es el manchado, ya te van diciendo lo que va a pasar, las abuelas, las madres, por eso uno sabe...”</i></p> <p><b>PRIMER AÑO DE VIDA:</b></p> <p><b>Entrevistada Nº 3</b>- <i>“Apenas nace la madre no quiere que se lo muestre, para que no lo ojeen, ni el sol ni la luna. Dicen que con el ojeo se le puede abrir la cabeza, el bebé llora incansablemente. El papá no lo puede alzar si viene sucio o con olor del trabajo, recién cuando es más grandecito, a partir de los tres meses lo puede hacer”. Siempre son las abuelas quienes se encargan de curarlos “...se mezcla aceite con agua, se le pone en la cabeza y se ora, al otro día ya se nota que está curado[...] A veces también sienten dolor en el ombligo, y esto les genera mucho malestar, se unta la yema del huevo en el ombligo para que se cierre y deje de molestar”.</i></p> <p>Los ritmos de amamantamiento los establece el niño, la mayoría de las madres amamantan a sus niños hasta los cuatro o cinco años de edad.</p> <p><b>Entrevistada Nº 5</b> (40 años, 6 hijos, dos nietos)- <i>“Les doy de mamar cuando ellos te piden, a veces hasta los 3 o 4 años si es que no llega un hermanito”. Durante los primeros años tanto la madre como la abuela están pendientes de las necesidades del niño. “...cuando se les enfría la panza mi mamá les hace la leche con yuyos (eneldo o manzanilla)... a veces se le frita la manzanilla y luego de la frota por su pancita, después hay que cubrirlo con un paño, rápido se le va”.</i></p> <p><b>Entrevistadas Nº 3 y 5</b>- <i>“Hay momentos en los que el niño está muy asustado, y por esto no puede dormir, los ancianos dicen que hay que colocar yerba buena debajo de su almohada, esto los calma inmediatamente”.</i> Además de las prácticas curativas, las madres acuden a las oraciones pidiendo que Dios proteja a sus niños hasta en sus sueños... <i>“...hasta de los sueños hay que protegerlos, a veces se levantan asustados porque tuvieron sueños malos, yo oro con ellos...”</i>. Todas las entrevistadas coinciden en que solo las madres entienden las necesidades de los niños.</p>	<p>Una de las entrevistadas afirma no creer en los males que el resto había mencionado, aunque si reconocía que se trataba de un saber transmitido por los ancianos.</p> <p>Otra de las entrevistadas mencionó haber vivido esta etapa sola, ya que se habría alejado de su familia de origen, y su marido siempre trabajó afuera. No obstante una vecina la acompañó al momento de dar a luz, lo que da cuenta que la crianza suele ser un tema de la mujer. Asimismo ella sí acompañó a su hija en su maternidad.</p> <p>Respecto al mal de ojo, algunas madres no mencionan el olor como un posible causante de dicho mal, si las tensiones que el hombre suele traer de su trabajo, como así también puede ser ocasionado por sentimientos negativos como ser la envidia, el resentimiento, <i>“...cuando la persona viene enojada, o es una mala persona llena de envidia, el bebé siente eso, y ahí se ojea...”</i></p>

## TRABAJO DE CAMPO- RESULTADOS DE ENTREVISTAS SEMI DIRIGIDAS

CATEGORÍAS	CONVERGENCIAS	DIVERGENCIAS
ETAPAS DEL DESARROLLO TEMPRANO Y VÍNCULO DE APEGO	<p><b>ADQUISICIÓN DE LA MARCHA:</b> La mayoría plantea la importancia de dejarlos en libertad para que aprendan a conocer sus movimientos de manera progresiva, en contacto con el suelo, con la tierra.</p> <p><b>Entrevista N° 3-</b> <i>"Aprenden en el suelo, solos buscan sostenerse por algo, o moverse".</i></p> <p><b>Entrevista N° 5-</b> <i>"Empezaron a caminar en tiempos distintos, una de las niñas a los once meses ya me estaba caminando, el resto recién después del año y medio, lo mismo los pañales, pasaba al mismo tiempo. Solos aprenden, uno los va mirando, se comienzan a prender de las cosas, a veces uno los ayuda..."</i></p> <p><b>CONTROL DE ESFÍNTERES:</b> Hubo diversos discursos en esta etapa, aunque la mayoría menciona que los niños aprenden solos.</p> <p><b>PUESTA DE LÍMITES:</b> No se les pega a los niños, menos con la mano.</p> <p><b>Entrevista N° 3-</b> <i>"Cuando se portan mal nunca hay que pegarles en la boca o en la cabeza, pueden quedar mudos. Cuando las manos están sucias (se asocia la suciedad con el período menstrual). Raras veces se portan mal, los chicos respetan mucho".</i> Esto pudo confirmarse en las observaciones donde raras veces se veía a los niños peleando entre ellos, la desobediencia aparecía cuando se los llamaba para que regresen a la casa, donde se repetía una y otra vez, algunas veces obedecían y otras volvían cuando el juego finalizaba.</p> <p>La figura de autoridad del hogar la constituye el padre. Varias madres mencionaron que es la persona que habla más fuerte, a la que los niños respetan.</p> <p><b>JUEGO:</b> Por lo general tienen un juego solitario cuando son más pequeños, raras veces con los hermanos o el papá, más bien junto a las madre o mujeres (vecinas, abuelas, tías). Algunos son muy tímidos, hablan poco. Desde la comunidad se entiende esta actitud de reserva como una conducta de respeto, los niños no hablan con el resto porque los respetan, ocasionalmente dialogan, a medida que crecen comparten más cosas con sus pares</p> <p><b>Entrevista N° 3-</b> <i>"... hablan más con los amigos, son muy tímidos en la casa, es su forma de mostrar que respetan al adulto..."</i></p> <p>Sin embargo varios niños nos acompañaron en las entrevistas, quizás no hablaban mucho pero observaban, y a medida que pasaba el tiempo se animaban a preguntar, y a contarnos más cosas.</p>	<p>Una de las madres entrevistadas (la minoría) menciona un remedio casero para estimular la adquisición de la marcha en el niño <i>"... se usa la yema del huevo y se le frota en las rodillas para que comience a caminar...los míos empezaron así desde los ocho meses..."</i>. Lo mismo respecto al control de esfínteres donde se suele colocar un caracol blanco con boca rojiza que solo se encuentra en el campo, en un vaso de agua, tres sorbos de agua para acelerar este aprendizaje.</p>

Respecto a la etapa de gestación, Hecht<sup>14</sup> menciona el papel de los *pi'oxonaq* y las parteras en este momento del ciclo vital, quienes acompañarían a las madres no solo en la preparación para el parto sino también en la construcción del vínculo con su niño. En la comunidad de Puerto Tirol las madres reconocen que en otros tiempos, la gestación y el parto se vivía de otra forma, de manera más privada, no obstante son los ancianos los únicos testigos de estas prácticas, ya que la mayoría de las abuelas habría tenido a la mayoría de sus hijos en el hospital.

► **PARTO:** Durante los distintos momentos por los que transita una mujer, la primera regla, la fecundación y el embarazo, van apareciendo signos que van marcando paso a paso la maduración de la vida, en cada momento se respetan ciertos cuidados y prohibiciones que garantizan el equilibrio espiritual y emocional de cada madre. Todos estos saberes son transmitidos de generación en generación: “...uno sabe leer las señales... ya te van diciendo lo que va a pasar, las abuelas, las madres, por eso uno sabe...” (entrevistada nº 5- 40 años, 6 hijos, 2 nietos).

En lo que respecta al parto es sabido que en los últimos años se han dado grandes modificaciones como producto de la progresiva introducción del modelo médico en este ámbito. Tradicionalmente, el parto sucedía en la casa de la mujer, se trataba de una práctica privada de la que participaba toda su familia y donde se recibía ayuda de un miembro de la comunidad especialista “*Antes era muy privado, no como ahora. Siempre te acompañaba alguien de la familia, la abuela*” (entrevista nº 3- 49 años, cinco hijos, cuatro nietos); “*Antes el embarazo era en la casa, con la familia ahora todo es muy distinto, yo tuve los primeros partos en la casa, a ella la tuve en el hospital*” (entrevista nº 7- 49 años, madre de la entrevistada). En la actualidad el parto domiciliario como era practicado años atrás es inexistente, hoy por hoy todas las madres asisten al hospital al momento de dar a luz. Más aun, participan de los controles del niño sano y sistema de vacunación, lo que refleja una disposición positiva a incorporar otras prácticas en salud. A pesar de que las prácticas médicas sean aceptadas por los miembros de

la comunidad, esto no conlleva el abandono de aquellas creencias de la cultura Qom en relación al cuidado de la salud de las madres.

En este sentido resultan interesantes los aportes realizados por Alarcón y Nahuelcheo<sup>49</sup>, en su estudio sobre las creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en mujeres mapuches, donde afirmarían que el alejamiento de la mujer de su contexto familiar y comunitario, constituiría un factor de riesgo, ya que se perderían algunos elementos culturales considerados vitales para la embarazada y su hijo, entre estos registran el acompañamiento de mujeres experimentadas y la alimentación tradicional de la mujer. La apreciación de estos autores se confirma, en un dato recurrente en las entrevistas. En varias oportunidades se menciona que las madres de la comunidad hacen todo lo posible por permanecer el tiempo mínimo indispensable en el hospital. Esta renuencia esperable frente al sistema sanitario, no se reproduce en la generación de 15 a 25 años, quizás por la falta de apropiación respecto a las costumbres de la comunidad. Solo en una unidad familiar, la madre y la abuela afirmaron recurrir al hospital asiduamente para realizarse los controles prenatales y asistir con tiempo a la hora del parto. Esto da cuenta de las barreras culturales que se interponen en el acceso a los servicios sanitarios, donde la calidad de las relaciones con el personal sanitario continúan siendo deficientes, en lo que a interculturalidad respecta. Más aun teniendo en cuenta que en la cultura Qom, la salud de la comunidad aun depende en parte de la asistencia de sus médicos naturales llamados *Pi'oxonaq*, quienes abarcan mucho más allá de la curación de los enfermos; la enfermedad es una crisis en el equilibrio espiritual que afecta integralmente a la persona y al alma<sup>15</sup>. Este tipo de asistencia más integral, contrasta notablemente con los servicios sanitarios de la zona, motivo por el cual la mayoría de las mujeres evitan tener que asistir a centros de salud u hospitales.

Esta hipótesis se refuerza con la información obtenida de la entrevista con la médica clínica del centro de salud de la comunidad, quien interpretaría esta renuencia como falta de responsabilidad respecto al cuidado de la salud. En este argumento escuchado con frecuencia en el personal de salud, se visibiliza como el prejuicio respecto al otro cultural, altera el vínculo médico- paciente e impone

barreras entre el servicio sanitario y la comunidad. Como puede observarse, el modelo de cuidado de salud reproductiva de la comunidad Qom combina elementos medioambientales y espirituales, que obedecen tanto a los paradigmas de la medicina occidental como de la medicina natural, a pesar de las barreras existentes en el sistema sanitario local.

► **PRIMER AÑO DE VIDA:** Existen una gran variedad de prácticas y costumbres desde la cosmovisión Qom, que refieren a los cuidados del bebé recién nacido. Los primeros meses de vida, se procura que el bebé no tenga contacto con ningún extraño, ni siquiera puede ser expuesto al sol o a la luna, para evitar el mal de ojo. *“...Apenas nace la madre no quiere que se lo muestre, para que no lo ojeen, ni el sol ni la luna. Cuentan que con el ojeo se le puede abrir la cabeza, el bebé llora desesperadamente. El papá no lo puede alzar si viene sucio o con olor del trabajo, recién cuando es más grandecito, a partir de los tres meses lo puede hacer...”* (entrevistada nº 3, 49 años 5 hijos, 4 nietos). La madre tiene que higienizarse constantemente, porque el mal olor también puede ojearlos.

Siempre son las abuelas quienes se encargan de curarlos *“...Antes la familia te enseñaba como era, mi mamá mezclaba aceite con agua, le ponía en la cabeza y se ora, al otro día ya se nota que está curado...”* (Entrevistada nº 6, 2 hijos). Aunque las madres no pueden explicar esta creencia tradicional en profundidad, es una creencia que se ha conservado. A veces también sienten dolor en el ombligo, y esto les genera mucho malestar, se unta la yema del huevo en el ombligo para que se cierre y deje de molestar.

Los ritmos de amamantamiento los establece el niño, la mayoría de las madres amamantan a sus niños hasta los cuatro o cinco años de edad. La lactancia tiene un papel central en la formación del vínculo de apego, ya que favorece una proximidad y sintonía afectiva de la madre con su niño. Durante los primeros años tanto la madre como la abuela están pendientes de las necesidades del pequeño, se pudo constatar el uso de hierbas para calmar determinados malestares, así lo mencionaba una de las entrevistadas *“...Mi*

*abuela solía poner yuyos de eneldo en la leche para los gases del bebé, también fritaba la manzanilla y le frotaba en la panza, luego los tapaba con un paño” (Entrevista nº 3, 49 años, 5 hijos, 4 nietos); “...Por suerte todos fueron niños muy sanos, a veces se empachaban para eso usamos yatacai, paico, yerba lucero. Uno sabe de eso, porque la gente te cuenta como se cura. Para el mal de ojo lo mejor es la leche materna, o la flor de Santa Lucía” (entrevista nº 4, 38 años, 7 hijos, 3 nietos). Hay momentos en los que el niño está muy asustado, y por esto no puede dormir, según las entrevistadas los ancianos dicen que hay que colocar yerba buena debajo de su almohada, esto los calmaría inmediatamente. Además de las prácticas curativas, las madres acuden a las oraciones pidiendo que Dios proteja a sus niños hasta en sus sueños... “...hasta de los sueños hay que protegerlos, a veces se levantan asustados porque tuvieron sueños malos, yo oro con ellos...”. Todas las entrevistadas coinciden en que solo las madres entienden las necesidades de los niños.*

De acuerdo a las entrevistas realizadas en el marco del presente estudio, la madre y la abuela aparecen como figura central en la crianza y cuidado de los niños. Todas estas costumbres respecto a los cuidados del nuevo ser, aportan a la consolidación del vínculo de apego, ya que conducen a una mayor sintonía afectiva, una mayor sensibilidad materna respecto a las necesidades del bebé y sin lugar a dudas una mayor adecuación de sus respuestas a las demandas infantiles. En la comunidad Qom existiría la noción de permanente cuidado y vigilancia de las necesidades del niño en relación a la alimentación como a su comodidad, y estabilidad afectiva.

► **ADQUISICIÓN DE LA MARCHA:** Con los gateos y la progresiva autonomía de desplazamientos de los niños, el espacio de la casa, primer ámbito de movimientos, se amplía a la vereda de la misma, siempre bajo la mirada cuidadosa de su madre o abuela, sobre todo alrededor del primer año de edad cuando comienza a levantarse y andar solo. La mayoría plantea la importancia de dejarlos en libertad para que aprendan a conocer sus movimientos de manera progresiva, en contacto con el suelo, con la tierra. Solo una de las madres entrevistadas menciona un remedio casero que estimularía la adquisición de la

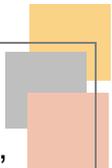
marcha en el niño “... se usa la yema del huevo y se le frota en las rodillas para que comience a caminar...los míos empezaron así desde los ocho meses...” (entrevista nº 3, 49 años, 5 hijos, 4 nietos).

Lo mismo respecto al control de esfínteres donde se suele colocar un caracol blanco con boca rojiza que solo se encuentra en el campo, en un vaso de agua, tres sorbos de agua para estimular el aprendizaje de este hábito. Estas adquisiciones marcan un avance en la autonomía del niño, ya que tanto la locomoción, como el aprendizaje de distintos hábitos le permiten explorar el mundo desde otro lugar. A medida que transcurren los meses adquieren un rol más protagónico los hermanos y el padre, como figuras de apego auxiliares, a las que el pequeño recurrirá para compartir un juego.

► **PUESTA DE LÍMITES:** En lo que respecta al control y puesta de límites, en la comunidad no se acostumbra a hacer uso de la violencia, las madres entrevistadas coinciden en que las travesuras de los niños nunca son faltas mayores, se le habla. No se les pega a los niños, menos con la mano. Existe la creencia de que si se le pega al niño con la mano sucia (cada vez que mencionan la suciedad aparece referida al ciclo menstrual) se corre el riesgo de que pueda quedar mudo, de la misma manera si se le pega en la cabeza, se puede llegar a generar un daño en sus pensamientos, “... casi nunca les pego, pero cuando se ponen cabezudos les doy un chirlo, nunca con la mano...pero casi nunca se portan mal...no son como los chicos de la escuela, nunca tuve problemas con ellos...” (entrevista nº 4, 38 años, 7 hijos, 3 nietos). La mayoría reacciona de la misma forma frente a alguna travesura, se lo aleja y se le dice que no lo vuelva a hacer la cantidad de veces que sean necesarias.

La figura de autoridad del hogar la constituye el padre. Varias madres mencionaron que es la persona que habla más fuerte, aunque este no hable mucho con sus hijos, los niños respetan mucho su presencia.

► **JUEGO:** Por lo general tienen un juego que combina momentos de entretenimiento solitario, y momentos de juego colectivo. Son muy tímidos, desde



la comunidad se entiende esta actitud de reserva como una conducta de respeto, los niños no hablan con el resto porque los respetan, ocasionalmente dialogan, a medida que crecen comparten más cosas con sus pares “... *hablan más con los amigos, son muy tímidos en la casa...*”.

El juego del niño Qom se desarrolla la mayor parte del tiempo al aire libre, en contacto con el agua y la tierra, con el barro modela “sus animalitos”, arma casitas con paja y barro, sube a los árboles, entre otras actividades exploratorias que lo ponen en contacto con la naturaleza de su contexto. En la mayoría de los casos no tienen juguetes, pero hacen uso de las hojas secas, piedras y leña, en distintas actividades lúdicas, y cazan con ondas desde muy pequeños. En varias oportunidades se los observó cazar pajaritos y cocinar su carne. Transcurren la mayor parte de su tiempo libre en el monte, pero son muy cuidadosos, conocen todos los animales y los respetan.

Otro dato relevante lo constituyen los cuentos infantiles, por lo general son las madres quienes relatan a sus pequeños las historias y aventuras de sus ancestros, las cuales los niños escuchan con mucha atención. Se pudo detectar a partir de las entrevistas que algunas niñas entonaban cantos en el idioma autóctono, la mayoría desconoce el idioma.

### 3.1.4. REPENSANDO LA PSICOLOGÍA EVOLUTIVA

---

Tradicionalmente la psicología del desarrollo ha acumulado datos recogidos de situaciones experimentales como observaciones en terreno, para poder comprender la evolución del niño y los medios que la favorecen. No obstante, las cuestiones vinculadas a la diversidad cultural, suelen no estar incluidas en sus textos centrales<sup>50</sup>. En este sentido, los trabajos antropológicos intentan dar cuenta de este periodo del desarrollo desde el espacio familiar y comunitario, donde el crecimiento adquiere otros significados. Para avanzar en esta línea de pensamiento resulta necesario una definición precisa de la psicología evolutiva de la niñez, la cual puede ser definida, en términos de Ausubel<sup>51</sup>, como:

*“[...] la rama del conocimiento que se preocupa por la naturaleza y la regulación de los cambios significativos de tipo estructural-funcional y de conducta que ocurren en los niños a medida que progresan en edad y madurez”.*

De esta definición se desprende una concepción un tanto reduccionista del crecimiento y desarrollo humano, que ha sido mantenida por muchos años, no obstante en la actualidad los distintos estudios de la infancia han demostrado que a pesar de que existen muchos cambios psicológicos que tienen un cierto carácter “normativo”, cada ciclo vital conlleva un camino único e irrepetible, con potencialidades y posibilidades que se verán facilitadas u obstaculizadas por el contexto del que el niño/a forme parte. De este modo, el desarrollo de cada niño constituye una trayectoria individual que se construye siempre en compañía de otros, y que por lo tanto, también está social y culturalmente situada.

La relación entre psicología del desarrollo y antropología social, estaría marcada por una tensión entre una perspectiva universalista del desarrollo infantil, y otra perspectiva que enfoca la particularidad cultural de esos procesos. De todas maneras, dentro de la antropología, hay líneas que proponen la existencia de procesos universales de crecimiento y desarrollo, sólo que moldeados,

coloreados, por la especificidad cultural, y otras líneas más radicales, que dicen que hablar de un proceso gradual, progresivo, corresponde a un modo occidental de comprender el ciclo vital, ligado a una concepción lineal del tiempo y de la vida.

Respecto a esto, Hidalgo, Sánchez y Lorence<sup>52</sup> afirman que existirían dos fuentes de influencias que interactúan en el proceso de desarrollo del niño: la maduración biológica y la estimulación ambiental, estimulación que proviene del contexto familiar inmediato en el transcurso de los primeros años, especialmente de la figura materna.

Desde el inicio del ciclo vital va emergiendo una relación especial entre el niño pequeño y la persona que lo cuida, esta persona es a la que se denomina figura materna, sea esta su madre biológica o bien sea quien desempeñe esta función de cuidado y sostén. Hay ciertas prácticas de cuidado que sin lugar a dudas favorecen estos primeros contactos como ser la alimentación, la limpieza y la satisfacción de las primeras necesidades<sup>39</sup>. En relación a estos primeros contactos se ha podido observar, en el intercambio realizado al interior de cada unidad doméstica, que el niño pequeño se constituye en el foco de atención, la mirada de todos los adultos estaría puesta en él y en sus necesidades. De hecho, todas las costumbres y creencias propias de la etnia que aún se conservan, apuntarían a consolidar esta relación de apego, una de ellas, y la de mayor influencia en la construcción del vínculo, es el *mal de ojo*. El mencionado mal de ojo, presenta manifestaciones físicas (el llanto desconsolado por ejemplo) y podría decirse que se trata de una enfermedad de carácter tradicional, transmitida de generación en generación, cuya prevención y asistencia van más allá de lo físico, ya que se contempla la vida emocional del pequeño. De este fenómeno se derivan actitudes y acciones, como ser alejar al niño de personas extrañas, mantenerlo próximo a su madre para que pueda protegerlo, donde todas estas prácticas puestas en juego no hacen más que preservar el ámbito privado de la madre y el niño, favorecer el conocimiento mutuo, y por lo tanto consolidar el vínculo.

La teoría del apego es una de las teorías que integran el marco general de la psicología evolutiva de la niñez, según la cual la relación de apego es un

proceso a través del cual se establece un lazo entre el niño y su cuidador, este lazo será el modelo de posteriores relaciones y estará sustentado por las respuestas adecuadas de los padres hacia las demandas del niño<sup>53</sup>. En relación a esto las entrevistas realizadas han puesto en evidencia cuan pendientes están las madres de la higiene de sus pequeños, de su alimentación, de las personas que lo rodean, de su llanto, de sus males, todas prácticas que promueven la proximidad del niño con la figura materna, proximidad que resulta esencial para el logro de una sintonía afectiva materno-filial. Ainsworth<sup>11</sup>, postula algunas condiciones de la conducta materna que favorecerían un vínculo saludable:

- el contacto físico frecuente y sostenido entre el bebé y la madre, y la habilidad materna para calmar al niño sosteniéndolo en brazos, especialmente durante los primeros seis meses de vida;
- la sensibilidad de la madre ante las señales del bebé, y su habilidad para sincronizar intervenciones acordes;
- un ambiente regulado de tal manera que el bebé pueda percibir las consecuencias de sus propias acciones;
- el placer que tanto la madre como el niño perciben en compañía.

Por lo tanto, para un crecimiento saludable se requiere de cuidadores estables y sensibles a las demandas del niño, que sepan interpretar cada señal para dar una respuesta adecuada. Así, el *afecto* y la *disponibilidad permanente* del cuidador resultan esenciales para el establecimiento de un apego seguro<sup>39</sup>. Podría pensarse que según la cultura, habrá diferencias entre las prácticas de crianza consideradas más adecuadas, por lo que variarían los comportamientos y reacciones de los padres ante las llamadas y señales de sus hijos. No obstante, en el contexto familiar de la comunidad estudiada, la disponibilidad materna fue uno de los rasgos más recurrentes, ya que no hubo ninguna unidad doméstica que no cumpliera con esta condición:

- *“Usan el llanto o el grito para llamar la atención, cuando dejan de jugar es cuando hay que estar atento, algo pasa. Igual cuando tiene cambios bruscos, las mamás siempre estamos pendientes, se lo mira para saber qué es [...] cuando son más*

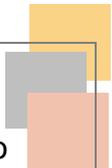
*chicos es cuando más se los cuida, la mamá y la abuela más que nada, las abuelas son las que curan, y te van diciendo como va a ser, que va a pasar, las mamás miran que no les falte nada, a ellos no se les pide nada” (Entrevista N° 3- 49 años, cinco hijos, cuatro nietos).*

- *“Están conmigo todo el tiempo, para él más chico todo soy yo, para todo, cuando llora, cuando tiene hambre, quiere estar todo el día alzado, lo llevo a todos lados conmigo, nunca me separo de él...” (Entrevista N° 4- 38 años, siete hijos, tres nietos).*
- *“De la crianza de mis hijos siempre me ocupé yo, nadie mejor que una mamá sabe lo que necesitan sus hijos...” (Entrevista N° 5- 40 años, seis hijos, una nieta).*
- *“Viene atrás mío siempre, como ahora (la nena recostada sobre su regazo) no se me despegaba nunca. Yo ando siempre por acá, cuidándolos a ellos” (Entrevista N°7- 19 años, dos hijos).*

La sensibilidad y responsividad materna forman parte de las pautas de crianza que se ponen en juego en esta comunidad, que sin dudas responden al rol central que asume la mujer Qom en la crianza y cuidado de los niños. El embarazo, nacimiento y crianza durante los primeros años de vida están marcados por una fuerte presencia femenina, tanto madre, abuelas como tías participan de estos momentos.

Estas primeras experiencias afectivas, favorecerán el conocimiento que el pequeño tenga de sí mismo y de los demás, es así como irá construyendo internamente una imagen de sí mismo, que será positiva en tanto el entorno lo reconozca y lo haga sentir especial. La seguridad que el niño logre depositar en estos primeros vínculos, favorecerá su desarrollo posterior, ya que la confianza que tenga en que siempre habrá un adulto disponible cuando lo necesite, le permitirá no solo aprender a regular sus propias emociones e impulsos, sino que lo habilitará a explorar el mundo, y a experimentar sobre él.

De esta manera, a medida que crecen van accediendo a nuevos escenarios sociales, este acceso se verá facilitado por ciertas adquisiciones que se dan hacia el primer año: la locomoción y el lenguaje. Estos nuevos escenarios que van apareciendo en la vida del niño, se extienden a la comunidad misma,



donde los vecinos comienzan a adquirir un mayor protagonismo en el desarrollo socio-afectivo del pequeño. En las observaciones pudo registrarse que los niños transcurren la mayor parte del día en los espacios verdes del barrio bajo la mirada cuidadosa no solo de sus madres y abuelas, sino también de los demás miembros de la comunidad. Es así que cuando agentes externos llegan al barrio y observan a niños pequeños andar por las calles sin un adulto junto a ellos, suelen catalogar esta conducta como “negligencia paterna/materna”, siendo que la realidad que pudo verse puso en evidencia que a medida que los niños crecen, su cuidado pareciera ser responsabilidad de todos.

Las relaciones con otros pares es la siguiente etapa por la que atravesará el pequeño en busca de relaciones que le permitirán ir independizándose aún más de su madre. Es el momento en el que comienzan a andar solos por el barrio, nunca lejos de él. Si bien ya hacia los dos o tres años, el pequeño comienza a andar de un lugar a otro participando de manera activa de los distintos juegos, recién hacia los seis o siete años se los ve sin el seguimiento de la mirada materna. Sin embargo, es muy común ver a los vecinos sentados afuera de sus hogares, charlando con ellos o simplemente observándolos.

Este constituye en términos generales, el entramado de relaciones, donde los miembros de esta comunidad crecen y se desarrollan, con un real sentido de pertenencia, quizás no tan arraigado a la identidad étnica Qom, ya que muchas de las entrevistadas afirmaron desconocer prácticas propias de la misma, sino más bien una pertenencia a la comunidad de barrio aborigen. Donde lo psicosocial asume un gran peso en el crecimiento de cada niño, ya que se trata de una comunidad que participa activamente de la crianza de los niños.

# 4

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

---

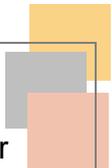
El presente estudio ha planteado como objetivo general la descripción y análisis de las prácticas y significados a los fines de comprender las experiencias de apego infantil desde la cosmovisión Qom, en una comunidad establecida en la zona rural del municipio de Puerto Tirol (Provincia del Chaco), en familias con niños de hasta cinco años de edad. Los hallazgos obtenidos a lo largo del presente trabajo han puesto en evidencia un proceso de cambio que atraviesa la identidad étnica Qom. De esta manera, las prácticas y costumbres puestas en juego a la hora de la crianza y del desarrollo de los primeros vínculos dependerán de este proceso de cambio, en tanto se han visto casos que presentan una mayor cercanía respecto a las prácticas tradicionales de la cultura y otros que se han mostrados más ajenos a éstas, estos cambios se observaron con más fuerza en las nuevas generaciones.

Respecto al **concepto de infancia** pudo registrarse que la delimitación y definición de los primeros tramos de la vida asumen otros significados dentro de esta comunidad, donde el desarrollo se entiende sin categorías preestablecidas. No obstante, la infancia es entendida por los miembros de esta comunidad, como un periodo caracterizado por la libertad, en tanto aun no se depositan obligaciones y responsabilidades en el pequeño, y por la plena satisfacción, ya que el recién nacido pasa a ser el centro de atención de la familia, y todos se ocupan, en mayor o menor medida, de responder a sus necesidades y demandas. La vida del niño transcurre la mayor parte del tiempo en los espacios verdes del barrio, donde los pequeños juegan bajo la mirada cuidadosa tanto de familiares como de vecinos. Durante la mañana se los ve andar solos, en oportunidades llegan a la sala sin la compañía de un adulto, los agentes externos a la comunidad suelen imprimir sobre estas conductas apreciaciones negativas, como “*padres irresponsables, negligentes, vagos*”. No obstante, pudo observarse que los distintos sectores del barrio (sala de primeros auxilios, jardín, comedor, templo)

parecieran constituir una extensión del hogar, por lo tanto los niños recorren estos espacios con total libertad y autonomía, porque ya los habrían asumido como propios. Ante la pregunta *¿cuándo considera que un niño deja de ser niño?* la mayoría de las madres respondió “*Cuando comienzan a ir a la escuela*”, otras respondieron que a los diez o doce años porque ya serían capaces de asumir responsabilidades. De estas respuestas obtenidas se puede inferir que la infancia culmina cuando se sale del entorno familiar y conocido que representa el barrio aborígen, y entran en contacto con la vida urbana y sus vicisitudes. En este sentido, Hetch<sup>32</sup> refiere que cada contexto socio-histórico es el que imprime sobre las etapas del ciclo vital, ciertos derechos y obligaciones, que marcarán la pertenencia a un determinado grupo social. Si bien, al comienzo de la vida no se observan obligaciones o responsabilidades por cumplir, éstas van apareciendo en la medida que transcurren los años, al comienzo la libertad y la plena satisfacción dan forma a la vida del pequeño miembro, el “salir afuera” va a ser el rito que marcará el paso a la siguiente etapa, a partir de su ingreso al mundo escolar.

Por otro lado, la observación de las interacciones que los niños mantenían con los distintos miembros de la familia, hizo posible discriminar quienes ocupaban el lugar de ***figura de apego central***, es decir aquellas figuras a las que acudían con mayor frecuencia, papel que en todo momento fue asumido por mujeres, tanto madres como abuelas. En la comunidad que se ha estudiado, el cuidado y crianza aparecen vinculados al universo femenino, ya que las mujeres participan activamente de estos momentos evolutivos, tanto en el embarazo, el parto como en los cuidados de los primeros años. Otro dato relevante lo constituye la edad en la que la mujer da a luz a su primer niño, las entrevistadas afirmaron tener su primer hijo entre los 15 y 20 años de edad, de allí la importancia del rol que asumen las madres en la maternidad de sus propias hijas, ya que son ellas quienes asumen la responsabilidad de transmitir los cuidados básicos a cumplir durante esta etapa. Todas las mujeres que participaron del estudio estuvieron acompañadas por sus madres al momento del parto, salvo una de ellas cuya madre habría fallecido un par de años antes.

Asimismo pudieron detectarse ***prácticas que fortalecen estos vínculos*** primarios, por un lado la extensión del periodo de lactancia y por otro la creencia



en el mal de ojo. El periodo de *lactancia materna* suele extenderse hacia el tercer o cuarto año de vida en la mayoría de los casos, cabe aclarar que este dato fue confirmado por la docente de educación inicial que cumple sus horas en el jardín del barrio. La lactancia promovería la constitución del vínculo, ya que permite al niño reconocer a su madre y diferenciarla del resto, a la vez que facilita momentos de intimidad y privacidad entre ellos. Remorini<sup>8</sup> en uno de sus estudios realizados en una comunidad perteneciente a la etnia Mbya, sostiene que cuando el pecho materno resulta un recurso siempre disponible y accesible para el pequeño, se pone en evidencia una disposición materna positiva hacia el niño y sus deseos, disposición que pudo registrarse a lo largo de todas las observaciones realizadas en el presente estudio. Una de las señales que marcan el fin de la lactancia en esta comunidad suele ser un nuevo embarazo.

Por su parte, el *mal de ojo* como fenómeno que circula en los distintos discursos familiares, genera acciones que conducen a alejar a los extraños del pequeño, y a mantenerlo próximo a su madre. Este mal consistiría, según relato de las entrevistadas, en un conjunto de signos negativos que representan para los miembros de la comunidad una *enfermedad*, entre estos signos reconocidos se identifican: el llanto excesivo, el enrojecimiento de los ojos, la irritabilidad constante, “*se pone malo*” explicaba una de las madres. En cuanto a su origen, pareciera producirse cuando el niño entra en contacto con una persona estresada, cansada, o mal intencionada que le transmite su malestar, o bien una persona sucia, varias madres mencionaban que podía darse cuando el padre al volver de su trabajo tomaba al pequeño en brazos sin haberse higienizado antes. Para su cura se acudiría a la medicina tradicional, entre las alternativas de curación más mencionadas encontramos la yerba buena, el té de eneldo, y la yema del huevo hervida. Sin embargo, son las prácticas preventivas las que más llaman la atención, ya que para prevenir este mal, la madre evita que el niño entre en contacto con cualquier extraño, y trata de cuidarlo y tenerlo bajo su mira todo el tiempo que le sea posible. Estos recaudos se sostienen con más fuerza durante los primeros meses de vida, cabe agregar que la responsabilidad del cuidado del pequeño es compartida por todos los miembros del núcleo familiar, aunque es la madre a la que el niño acude con mayor frecuencia. Estas creencias son

transmitidas de generación en generación, y aunque van perdiendo valor en las prácticas actuales, continúan circulando en el interior de la comunidad. Respecto a esto, varios estudios<sup>1,7,8,13,14,54</sup> han demostrado que las creencias son de vital importancia para la crianza de los hijos, ya que de estas se desprenden acciones y actitudes que encaminarán el desarrollo del niño, y uno de los mayores obstáculos en este sentido, es que no sean reconocidas como parte de su cultura. Esta falta de reconocimiento es una de las barreras que afectan la comunicación con los distintos sectores públicos, tanto de salud como de educación.

A parte de las prácticas mencionadas anteriormente, también pudieron registrarse una serie de interacciones entre la madre y su niño, que pasan de una proximidad mantenida y sostenida por ambos, a una separación progresiva que asume otro carácter de vinculación. En referencia a esta interacción, Paradise<sup>55</sup> en una de sus ponencias, realiza una descripción de las interacciones de niños mazahuas durante sus primeros años, donde concluye que “estar juntos” no implicaría necesariamente la presencia física del otro, sino más bien la coordinación de acciones y actitudes que la mayoría de las veces suele darse en ausencia del intercambio verbal. Las observaciones que la autora presenta en esta oportunidad coinciden con los registros obtenidos en el presente estudio, ya que tanto la madre mazahua como la madre Qom no se ausentan emocionalmente ni se distraen, están con su hijo aunque a veces parecieran estar ocupadas con otras actividades, y es esto lo que desde afuera podría ser percibido como irresponsabilidad paterna “*hay veces que los chicos llegan solos a la sala*” aseguraba una médica clínica de la zona. Paradise denomina este tipo de interacción “*juntos pero separados*”, donde el niño adquiere un desplazamiento cada vez más autónomo, pero siempre bajo una mirada que apoya su iniciativa. Muchas veces suele observarse al niño Qom deambulando por los alrededores del barrio solo o en compañía de sus pares, sin embargo esta pasividad aparente por parte del adulto, es la que facilitaría el carácter autónomo de la actividad del niño. Precisamente este tipo de intercambios, son los que describe la autora, donde la conducta del adulto pareciera ser la base a partir de la cual el niño emprende una conducta, el adulto no hace por él, sino que con su mirada lo

apoya y espera a que el niño despliegue su aprendizaje, se trata de acciones sumamente coordinadas que reflejan una comunicación efectiva sin palabras.

Por otro lado, los datos recabados a lo largo del proceso de campo han permitido identificar algunas **etapas del desarrollo temprano** (gestación, parto y primer año de vida), y algunas **categorías** que permiten mostrar el modo en que la comunidad concibe el crecimiento del niño (adquisición de la marcha, puesta de límites y el juego):

- **Gestación:** pudo registrarse que el cuidado de la futura madre se tiene muy en cuenta, se la estimula a cumplir con ciertas tareas y a restringir otras. La espera de este nuevo niño, involucra a todos los miembros, y más aun a las mujeres de la familia.

**Parto:** Antes era un momento caracterizado por la privacidad y la intimidad, ya que se daba a luz al interior de cada hogar, pero estas prácticas fueron modificándose como producto de la progresiva introducción del modelo médico en este ámbito. No obstante, la etapa de embarazo y primeros meses de cuidado del niño aun continúan dándose dentro del contexto de la familia extendida, incluyendo a los hermanos, abuelos, tíos en la mayoría de los casos. En la actualidad, participan de los controles del niño sano y sistema de vacunación, lo que refleja una disposición positiva a incorporar otras prácticas en salud.

- **Primer año de vida:** Aparecen los cuidados referidos al mal de ojo, se procura que el bebé no tenga contacto con ningún extraño. Las mujeres son las que se encargan de los cuidados, y curaciones en caso de verse afectados por este mal, más aun las abuelas que aun conservan ciertos conocimientos de la medicina tradicional. Los ritmos de amamantamiento los establece el bebé, lo cual favorece la proximidad y sintonía afectiva con su madre. En la comunidad Qom existiría la noción de permanente cuidado y vigilancia de las necesidades del niño en relación a la alimentación como a su comodidad, y estabilidad afectiva. Respecto al destete, la mayoría argumenta que el motivo que las conduce a concluir con esta etapa de lactancia, es la llegada de un nuevo niño.

- **Adquisición de la marcha:** El ámbito de movimientos se amplía, favorecido por la progresiva autonomía de los desplazamientos, aunque siempre bajo la mirada constante de su madre o abuela. Se mencionaron algunas prácticas tradicionales que estimularían el desarrollo de algunas adquisiciones, pero estas no fueron mencionadas por la mayoría. De a poco los hermanos y el padre van asumiendo mayor protagonismo en la vida del niño. La separación respecto a la madre, suele darse en forma natural y espontánea según el relato de las madres. El niño por sí mismo busca integrarse al grupo de pares y siente la necesidad de explorar el ambiente natural que lo rodea, siempre bajo la mirada de un adulto que lo habilita a hacerlo.
- **Puesta de Límites:** Se enseña a partir del habla y no desde la violencia, todas coinciden en que los pequeños no incurren en faltas mayores. Una de las entrevistadas menciona la creencia de que si se le pega al niño con la mano se corre el riesgo de que quede mudo, lo mismo si se le pega sobre la cabeza, se dañan los pensamientos. La figura de autoridad la constituye el padre, autoridad que se ejerce desde la palabra o la imagen, no desde la violencia.
- **Juego:** Combinan momentos de entretenimiento solitario, y momentos de juego colectivo. La actividad lúdica se desarrolla la mayor parte del tiempo al aire libre, en contacto con el agua y la tierra. En la mayoría de los casos no cuentan con juguetes. Se sirven de la naturaleza para idear sus juegos.

No hay dudas que el apego del menor hacia su madre constituye la base para su futuro desarrollo psicosocial. Como se puede observar, las distintas etapas descritas van mostrando la consolidación de un vínculo construido a partir del afecto y del cuidado permanente, atravesado en todo momento por elementos culturales que le van imprimiendo características propias, desde los cuidados puestos en juego por la familia con la mujer gestante hasta las prácticas desarrolladas con el pequeño a lo largo del periodo de crianza. Respecto al proceso de crianza, cabe hacer una mención especial sobre el rol del padre en esta dinámica vincular. Según los relatos de las madres el padre representaría la

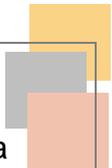


figura de autoridad en el hogar, todos los niños lo respetan. Si bien se detecta una escasa verbalización de parte de esta figura hacia el niño, Caro Puentes y Terencán Angulo<sup>56</sup> consideran que en muchas comunidades la comunicación podría homologarse al silencio, donde el silencio reemplazaría en oportunidades un castigo, o bien, una felicitación. Estos autores citan a Carrasco para hablar de “ausencia de explicaciones en la comunicación intercultural” donde una expresión efectiva por sí misma, muchas veces no necesitaría de abundantes explicaciones. A esto agregan que se trataría de una característica extrapolable a otros pueblos y culturas, por eso hablan de comunicación intercultural. Asimismo se destaca la ausencia de violencia a la hora de la puesta de límites, o bien al momento de imponer autoridad, las mismas madres afirman que las reprimendas nunca implican violencia, es más una de ellas plantea la creencia de que si se le pega en la boca o en la cabeza, el niño podría quedar mudo o podrían perturbarse sus pensamientos.

Si bien las pautas culturales de crianza registradas mostrarían promover el desarrollo de vínculos saludables, los distintos discursos que pudieron escucharse durante las entrevistas, han reflejado transformaciones culturales dadas por el contacto permanente con prácticas propias de la vida urbana. Un ejemplo de esto lo constituye la pérdida de la intimidad y privacidad que caracterizaba al momento del parto, el acompañamiento familiar que implicaba dar a luz en el propio hogar, como así también algunas prácticas medicinales ligadas a cada momento del ciclo vital. Parte de esta transformación se debe a la influencia que han tenido las concepciones evolucionistas, donde el modelo a seguir ha sido siempre el occidental. Amodio<sup>7</sup> afirma que en la medida en que se modifiquen las pautas de crianza, también se transformará la identidad cultural de ese futuro adulto. Esta afirmación ha podido comprobarse en el trabajo de campo, donde no todas las entrevistadas se reconocieron como pertenecientes a la comunidad Qom desde un comienzo. En relación a ello, en una de las entrevistas al cuestionar respecto a su identidad étnica, la entrevistada responde no reconocerse perteneciente a la etnia, quizás en un intento de ocultarlo como forma de evitar posibles estigmatizaciones. Sin embargo, tras el señalamiento de un miembro de la familia

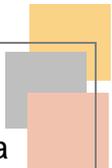
“*tu abuela es qom, tu mamá es qom... vos sos qom*” llega a afirmar ser descendiente de la comunidad.

En relación al anteúltimo objetivo planteado en el presente estudio, pudo advertirse que desde la cosmovisión qom las experiencias vinculares presentan rasgos propios, basados en las costumbres, valores y creencias que circulan al interior de esta comunidad. No obstante, resulta inevitable que en estas experiencias surjan elementos de la cultura propia combinados con elementos de la sociedad hegemónica, que los transmite a través de la escuela, del sistema de salud, etc.

Es en este entramado de significaciones que se desarrollan las primeras experiencias de apego, advirtiéndose algunas acciones que responden a conductas esperables, según lo postulado en la literatura de la psicología evolutiva, como así elementos culturales propios puestos en juego para favorecer este primer lazo, constituyendo estos elementos lo específico de este trabajo.

En este sentido, pudieron registrarse tanto en el niño como en la figura de apego acciones destinadas a mantener una proximidad tendiente a consolidar este primer lazo afectivo tal como se expone en la literatura, siendo algunas de estas condiciones registradas: el contacto físico frecuente y sostenido entre el bebé y la madre, la sensibilidad materna, su habilidad para sincronizar intervenciones acordes, un ambiente regulado, como así el placer de mantener ese lazo.

No obstante, lo característico de estas experiencias, fueron los elementos de la cultura que promueven la consolidación de este primer lazo afectivo. En primera instancia, el rol central que asume la mujer Qom en la crianza y cuidado de los niños, en tanto estas primeras etapas del desarrollo temprano están marcadas por una fuerte presencia femenina, en la mayoría de las entrevistas era la madre y la abuela las que tenían una participación activa, por ser quienes portaban un “*saber hacer*” respecto a los cuidados tempranos.



En la etnia Qom (de manera semejante a otros pueblos indígenas), la maternidad y sus responsabilidades asociadas, se vinculan no sólo al cuidado cotidiano de los niños, sino a la preservación y transmisión de la cultura y el conocimiento. En ese sentido, el papel de la mujer madre resulta clave no sólo para que sus hijos crezcan y se desarrollen, sino también para dar continuidad a la cultura Qom, que proveerá a esos niños de los sentidos ligados a su identidad étnica.

Como lo afirma Denuncio<sup>57</sup> (2018) la maternidad y la participación de las mujeres qom en el espacio comunitario no pueden ser disociadas. Es este papel de transmisoras de cultura como parte del ejercicio de la maternidad, el que posiciona y dota de valoración a las mujeres madres en el seno de su familia extensa y de su comunidad.

“La maternidad es muy valorada por las mujeres qom, puesto que las relaciones de cooperación establecidas entre las mujeres de una familia extensa – abuela, madre, hija, hermanas, primas, tías, etc.- favorecen una red en las que se llevan adelante prácticas maternas comunitarias. Estas prácticas incluyen los cuidados de la mujer embarazada, del recién nacido, los consejos en torno a la alimentación, la solidaridad y las cooperaciones entre las mujeres para el cuidado de los niños, así como la transmisión de los valores y pautas sociales y culturales qom.”

La lactancia también aparece como otro elemento significativo, la cual es a demanda durante varios años (hasta el cuarto año según la mayoría de las entrevistas), o bien, hasta la llegada de un nuevo niño, donde el pequeño y su madre construyen un espacio propio de intimidad e intercambio que favorece a un clima de mayor sintonía afectiva.

Asimismo las creencias tienen un papel importante, una de ellas “el mal de ojo”, creencia de la que se desprenden conductas que protegen este espacio de intimidad del niño con su madre. Una de estas conductas, consiste en alejar a los extraños o ajenos al ámbito familiar inmediato, la otra, mantener la proximidad

madre-hijo promoviendo una actitud de mayor sensibilidad materna respecto a las necesidades del bebé como a los signos de posible malestar.

Si bien estos elementos culturales, el rol que asume la mujer como las creencias que circulan respecto al mal de ojo, también pueden observarse en comunidades no Qom, este estudio ha pretendido describir las características específicas de esta comunidad Qom, sus prácticas, sus significaciones y como estas impactan en las modalidades vinculares que allí se establecen, intentando de esta manera dar cuenta de este fragmento de su realidad. Pudiendo advertirse desde lo observado, que estas prácticas no dejan de estar atravesadas por las costumbres de la sociedad hegemónica.

El mal de ojo en particular, a pesar de tratarse de una creencia que es transmitida y reproducida en el seno de distintos grupos culturales, resulta interesante la legitimación que asume en esta comunidad, y las prácticas que se desprenden de ella, en este caso las acciones preventivas que conllevan necesariamente una mirada más atenta de la madre hacia ese niño, como así su protección frente a la mirada de extraños, procurando el resguardo del niño en el hogar y evitando que otro lo tome en brazos.

La privacidad aparece también como otro elemento que caracterizaba tanto al embarazo como al cuidado del recién nacido, tendiente a favorecer la consolidación de este lazo, donde el fin último es alejar al extraño. Es importante señalar, que este elemento que caracterizó sus prácticas durante muchos años, no es un factor que sea tenido en cuenta por los servicios de salud en la actualidad.

Las entrevistas realizadas a mujeres mayores dan cuenta de esto, en tanto estas refieren no haber asistido a los centros de salud para su control en ningún momento del curso de su embarazo, solo al momento de dar a luz a su bebé. Al cuestionarse respecto a las razones de esto, las entrevistadas mencionaban vivenciar la práctica médica como una práctica invasiva.

Si bien, es cierto que la organización de la comunidad qom responde a un esquema de división sexual del trabajo que ubica a la mujer en el ámbito doméstico-privado, siendo el hombre el que suele circular por los espacios públicos, también se observa que lo público aparece ligado a lo desconocido, extraño y ajeno.

Es por este motivo que la privacidad aparece como un elemento crucial a tener en cuenta en las prácticas de salud, en tanto estas acciones deben repensarse desde nuevas formas de intervención que operen desde un lugar de mayor reconocimiento por el otro cultural.

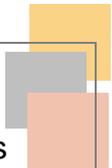
En relación a esto, lo privado y lo público constituyen conceptos que definen el tránsito de una etapa de mayor dependencia a una de mayor autonomía, en tanto el niño irá progresivamente incorporándose a espacios públicos que lo irán familiarizando con aquello que era concebido como extraño y ajeno, hasta transitar por nuevos escenarios sociales, desde el barrio a la sala de primeros auxilios, de allí a la escuela, etc.

Por otro lado pudo detectarse, que de las creencias compartidas por una comunidad se derivan prácticas vinculadas a la salud y a la educación, que la mayoría de las veces no son reconocidas por agentes externos a la comunidad. Desde el *sector salud*, estamos en presencia de un modelo médico que se impone desde lo hegemónico. Según Videla<sup>58</sup> esto se pone en juego cuando el médico pide a sus pacientes que acepten y respeten sus conceptos y terapias modernas, pero no existe una actitud recíproca en cuanto a las creencias del paciente. Esto pudo constatarse en la entrevista al personal de salud, quienes desconocían los saberes tradicionales de la cultura Qom. Como resultado, en muchas oportunidades, la gente vive en un mundo culturalmente doble, al intuir que el profesional descalifica sus creencias, optando por ocultarlas. Durante el trabajo de campo todas las madres afirmaron asistir al médico cada vez que sus niños enferman, sin embargo también reconocieron que no comentan el mal de ojo al personal de salud, “*porque ellos no creen*”. Esto pone en evidencia, que los miembros de la comunidad han logrado combinar elementos medioambientales y

espirituales a la hora de cuidar su salud, gran parte de esto se debe al rol que han cumplido los agentes de salud indígena, quienes representan el puente entre la comunidad y el equipo de salud. No obstante, aun pueden observarse barreras culturales en el acceso al sistema sanitario local, donde los factores culturales no son tenidos en cuenta al momento de la asistencia.

Desde el *sector educación*, se observa una labor más inclusiva aunque se desconozcan las creencias y costumbres de esta comunidad. Si bien la docente manifestó no conocer aspectos de la cultura, se mostró dispuesta respecto a la tarea de integrar diferencias. Sandoval<sup>59</sup> cuando define el problema percibido desde el sector educación en materia de interculturalidad, explica que los niños no quieren asistir a las salas del jardín porque las prácticas desarrolladas les resultan ajenas, consisten en normas corporales y construcciones simbólicas que pertenecen a otra cultura, así como los juicios de valor que circulan dentro del ámbito educativo. Situación que pone bajo tensión los valores culturales transmitidos y los contenidos de la enseñanza oficial, generando en última instancia la deserción en el nivel inicial de educación. Un ejemplo de esta tensión, lo constituye el hecho de que el niño Qom decide si ir o no a clases, costumbre que suele despertar preconceptos y prejuicios por parte de agentes externos a la comunidad. En este sentido, resulta admirable la labor que se viene realizando por una agrupación llamada “*Madres de la Cultura Qom*”, cuya tarea pedagógica consiste en acompañar el proceso de educación ofreciendo elementos de la cultura materna, desde la lengua Qom y sus costumbres. “*Afirman que sólo es posible una educación intercultural si la lengua madre acompaña el proceso de escolarización*”. Si bien su trabajo aun no se ha extendido a todas las zonas de la provincia constituye un modelo a seguir en materia de interculturalidad.

En este sentido resulta evidente la necesidad de construir un puente que permita articular estas creencias con la práctica médica convencional, como con aquellas prácticas sostenidas desde el sistema de educación formal. Ambos ámbitos en donde la accesibilidad se ve obstaculizada por factores culturales, que no permiten un intercambio saludable con el otro cultural. Algunos de los relatos dieron cuenta de esto, en las experiencias de parto, donde el hecho de acudir al hospital conlleva una serie de prácticas vivenciadas de modo invasivo por las



madres; ya que de repente deben mostrar su cuerpo, deben abandonar sus costumbres, y deben desvincularse del ámbito de privacidad que representa el hogar. La sensibilización del sector de salud y de educación respecto a la diversidad cultural, más aun en lo vinculado a las pautas de crianza de los primeros años, constituye una materia pendiente y de suma importancia para disminuir la exclusión y estigmatización de los miembros de comunidades étnicas.

Sin embargo, el mero reconocimiento de la diversidad, respecto a las distintas modalidades de crianza, no resulta suficiente, ya que la desigualdad es otro elemento que debe tenerse en cuenta a la hora de analizar estas realidades. En términos de Colángelo<sup>60</sup>, las prácticas y representaciones de los distintos grupos sociales, deben ser comprendidas no solo a partir de las pautas consideradas tradicionales, sino también desde las condiciones materiales de existencia, dadas por su posición en la estructura social.

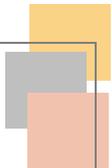
Para analizar la desigualdad resulta elemental dar cuenta de aquellos aspectos del proceso político/social que en conjunto tienden a la mejora en la calidad de vida de las familias<sup>61</sup>. Esta mejora podría traducirse en obras públicas asociadas a la salud, la educación, las comunicaciones, y los servicios (especialmente electricidad, agua y gas), las cuales pudieron verse de manera tardía en esta comunidad, en tanto la infraestructura de agua potable es reciente, con un abastecimiento parcial de la población, ya que la zona de asentamientos no estuvo incluida en la planificación de redes sanitarias. Asimismo, cabe mencionar que el servicio de transporte público no incluye en su recorrido al barrio en el que reside esta comunidad, dado que los caminos se encuentran inaccesibles la mayor parte del año, por ser de tierra y de escaso mantenimiento, viéndose afectados por el gran promedio de precipitaciones mensuales con el que cuenta esta zona. Este constituye uno de los principales obstáculos en la accesibilidad a los distintos servicios públicos.

Si bien, al momento del trabajo de campo, la sala de jardín de infantes no contaba con infraestructura propia (funcionaba en el comedor comunitario), la obra que tenía por objetivo la construcción de este establecimiento escolar fue

concluida hacia principios del 2015. Este avance ha permitido el desarrollo de prácticas más inclusivas en el ámbito educativo y comunitario.

Sin embargo, es la subestimación de la cosmovisión indígena el mayor obstáculo en la accesibilidad a los distintos servicios. En tanto la comunicación con el otro cultural no incluye prácticas y significados que le son propios a cada comunidad, códigos culturales distintos, como así el rol de las familias, la dinámica del barrio, las percepciones que se tienen sobre el cuerpo de la mujer, y del niño, los estilos propios de crianza, no son comprendidos ni tenidos en cuenta. Estas barreras pudieron dilucidarse a lo largo de algunas de las entrevistas:

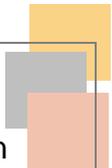
- *“...no hay una maternidad/paternidad responsable, nunca traen a los niños a la sala de primeros auxilios, por lo general es el personal de salud el que acude a los domicilios para hacer los controles o mandan a los niños solitos. Lo mismo les sucede con los partos, las madres se resisten a ser atendidas en el hospital, aun cuando la emergencia del caso lo amerita”* (médica comunitaria de la sala del Barrio Aborigen);
- *“Antes era muy privado, no como ahora. Siempre te acompañaba alguien de la familia, la abuela. Las mujeres tenían en sus casas, ahora los doctores se meten mucho, acá a las mujeres les cuesta salir de sus casas para ir a ver al médico. Por lo general los enfermeros llegan a la casa de la mujer embarazada, y la convencen de hacerse los controles. Si no siempre esperan hasta lo último”* (Referente de la Comisión Barrial).
- *“Durante mi primer embarazo no me hice ningún control... No rompía bolsa, con una vecina nos fuimos hasta al centro de salud de acá nomás... no me gustaba ir, te tratan diferente, uno se da cuenta. Con todos los embarazos fue así, trataba de no ir”* (Entrevistada N° 4- 38 años- siete hijos-3 nietos).
- *Todos fueron al jardín, después a la escuela [...] siempre los mando, ahí ya van solos con los hermanos más grandes, pero cuando me entero que pasó algo grave en la escuela, que algún compañero salió lastimado de alguna pelea, o cuando algún compañero lo amenaza, no los dejo ir por un tiempo”* (Entrevistada N° 4- 38 años- siete hijos-3 nietos).



Puede advertirse en los distintos discursos sostenidos que estas barreras culturales se traducen en falta de controles médicos, ausentismo escolar, deserción escolar, etc. En este sentido, se coincide con Colangelo<sup>62</sup>, en que el verdadero diálogo intercultural que se pretende, no se reduce a una combinación o uso complementario de aportes provenientes de diversas culturas, sino más bien, supone un intercambio entre la propia perspectiva y el punto de vista del otro, sin excluir conflictos, tensiones, ni disensos referidos a la crianza temprana. Se trata en definitiva, de incorporar un enfoque intercultural, que promueva el derecho a producir y reproducir las prácticas culturales de cada grupo, teniendo en cuenta las condiciones que imponen un límite a la posibilidad de elección y por lo tanto a la accesibilidad de los distintos servicios.

Si bien, es cierto que se ha dado un tránsito en las costumbres y creencias culturales familiares, de la cultura Qom a prácticas influenciadas por la vida urbana, algunas de estas costumbres aun continúan reproduciéndose al interior de cada hogar; y se requiere que las políticas destinadas a la infancia se piensen desde un enfoque intercultural, que permita recuperar aquellas prácticas tradicionales que de a poco se fueron perdiendo.

Esto nos sitúa nuevamente frente a la pregunta que dio lugar a la presente investigación *¿para qué niño se están pensando y diseñando las políticas sanitarias?* Los resultados han mostrado que las prácticas sanitarias se han diseñado sobre la concepción de una infancia caracterizada por su fragilidad y docilidad a la que el Estado debe proteger, y es en este marco de definiciones que se han desarrollado intervenciones tecnocráticas que no dan lugar a la palabra de las comunidades. Las demandas que surgieron desde el sector educativo como desde el sector salud, aparecen frente a un niño distinto al niño para el cual las políticas públicas fueron diseñadas, un niño que transita libremente por los espacios de su comunidad, que acude al centro de salud y participa de las decisiones referidas a su educación. Ante un sistema de salud que aun continúa funcionando desde una lógica normativa, los niños quedan situados en un lugar de desalojo respecto a la escuela e instituciones de salud, aumentando así la marginalidad de su realidad diaria.

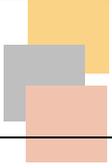


El concepto de niño que subyace a las políticas públicas aparece como un objeto de intervención y no como sujeto de derechos capaz de asumir un papel más activo. La aparición de los equipos de salud mental surge como un intento de operar a partir de servicios territorializados en salud mental estimulando la participación, y es en este marco que se advierte la necesidad de acercarse a las comunidades originarias para dar lugar a su palabra.

En este sentido el presente estudio ha pretendido ser un avance, en el conocimiento de la trama de significados que atraviesan los primeros momentos de crianza Qom, con el propósito de que estos aportes sean tenidos en cuenta en programas sociales que se llevan a cabo con niños y niñas pertenecientes a las comunidades étnicas.

## BIBLIOGRAFÍA

- <sup>1</sup> Cristiani L. S., Bertolotto M., Anderson M., Polinelli S., Collavini M., Seijo F. y Delfino M. (2014). Significado cultural de la crianza y de los roles materno y paterno. Aportes a la reflexión teórica. *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología -Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires 2014 (Acceso en marzo del 2018). Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-035/790>
- <sup>2</sup> Bornstein M. Crianza y Salud Mental del niño: una perspectiva intercultural. *Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA)* 2013. Vol. 11 (3) 256-263 (Acceso en marzo del 2018). Disponible en: [www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA\\_Journals/.../wpa-09-2007-spa.pdf](http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/.../wpa-09-2007-spa.pdf)
- <sup>3</sup> Osofsky J. En: Gutierrez A. y Gutierrez Alberoni L. "Manual para la promoción de salud mental en primera infancia y detección de riesgos psicosociales de las y los cuidadores (as) de niños y niñas menores de seis años". Instituto PENSAR de la Pontificia Universidad Javeriana. (Acceso en octubre del 2018) Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/33.manual-promocion-sm-primera-infancia.pdf>
- <sup>4</sup> Bustos, V. & Russo, A. Salud mental como efecto del desarrollo psicoafectivo en la infancia. *Psicogente*, 2018 Vol. 21 (39), pp. 183-202. (Acceso en septiembre del 2018) Disponible en: <http://doi.org/10.17081/psico.21.39.2830>
- <sup>5</sup> Poverene Laura. Niñez migrante y sufrimiento psíquico en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Perspectivas de los profesionales de salud mental en torno a niños y niñas de origen boliviano. En: Barcala A. y Conde L.- *Salud mental y Niñez en la Argentina: Legislaciones, Políticas y Prácticas*. 1º Edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ed. Teseo: 2015.



---

<sup>6</sup> Stolkiner A. Prácticas en Salud Mental. Rev. Inv. Y Educ. en Enfermería VI (1) – Marzo 1988 pp. 31-61 Medellín (Acceso en Octubre de 2018). Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5299366>

<sup>7</sup> Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Capítulo II- Artículo 3º. Promulgada el 2 de diciembre del 2010. Boletín Oficial del Estado N° 32041 (03-12-2010).

<sup>8</sup> Orzuza, Stella M. Políticas en Salud Mental e Interculturalidad en la Argentina. PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 2014- vol. 6, núm. 1, pp. 40-47 Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica Buenos Aires, Argentina (Acceso en mayo del 2018). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333132568005>

<sup>9</sup> Decreto reglamentario 603/2013 de la Ley Nacional de Salud Mental. Capítulo II- Artículo 4º. Promulgado el 28 de mayo de 2013. Boletín Oficial del Estado N° 32649 (29-05-2013).

<sup>10</sup> Convención Internacional de los Derechos del Niño. Ley 23.849 del 16 de octubre 1990. Boletín Oficial del Estado (22-10-1990).

<sup>11</sup> Constitución de la Nación Argentina. Ley 24.430 del 3 de enero 1995. Boletín Oficial del Estado N° 27.959 (23-08-1994)

<sup>12</sup> Enriz, Noelia. Antropología y Juego: Apuntes para la reflexión. Cuadernos de Antropología Social. Diciembre 2011; N° 34 p. 93-114 (acceso en octubre del 2012). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180922374005>

<sup>13</sup> Geertz, Clifford- Capítulo 1: Descripción densa, hacia una teoría interpretativa de la cultura. En: La interpretación de las culturas. Barcelona: 12 ed. Editorial Gedisa, 2003 p. 19-40

<sup>14</sup> Almaguer González, Vargas Vite, García Ramírez. Interculturalidad en Salud: Modelo para la implementación en los Servicios en salud. Agosto 2005 (acceso en enero del 2012). Disponible en: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/modelo\\_intercultural\\_09.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/modelo_intercultural_09.pdf)

<sup>15</sup> Amodio, E. Pautas de Crianza entre los Pueblos Indígenas de Venezuela. UNICEF Caracas. 2005 (Acceso en agosto del 2012). Disponible en: [http://www.unicef.org/venezuela/spanish/pautas\\_de\\_crianza.pdf](http://www.unicef.org/venezuela/spanish/pautas_de_crianza.pdf)



---

<sup>16</sup> Remorini, C. Crecer en movimiento: Abordaje etnográfico del desarrollo infantil en comunidades Mbya. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 2010; vol. 8, N<sup>o</sup>. 2, julio-diciembre p. 961-980 (acceso en agosto del 2012). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=77315155014>

<sup>17</sup> Palacios, J. Psicología Evolutiva: concepto, enfoques, controversias y métodos. En: Palacios J., Álvaro Marchesi y Cesar Call compiladores. Desarrollo psicológico y educación. 2<sup>o</sup> edición. Madrid. Alianza Editorial. 1999

<sup>18</sup> Delval, J. Capítulo 9. El comienzo de las relaciones sociales: la madre. En: El Desarrollo Humano. Madrid. Siglo XXI de España Editores. 1996 p.179-208

<sup>19</sup> Bowlby, J. El vínculo Afectivo. Buenos Aires. Editorial Paidós. 1976

<sup>20</sup> Tenorio M., Sampson A. Cultura e Infancia. p.4-7 (acceso en noviembre del 2012). Disponible en: <http://psicologiacultural.org/Pdfs/Sampson/Pdf%20Sampson%20capitulos/Cultura%20e%20infancia.pdf>

<sup>21</sup> Colángelo M., Tamagno L., Cusminsky M. Atención de la Salud Infantil en una comunidad toba de un medio urbano. Archivos argentinos de Pediatría. 1998; Vol. 96 p. 381-386 (Acceso en julio 2012). Disponible en: [http://www3.sap.org.ar/staticfiles/archivos/1998/arch98\\_6/98\\_381\\_386.pdf](http://www3.sap.org.ar/staticfiles/archivos/1998/arch98_6/98_381_386.pdf)

<sup>22</sup> Hecht A., García Palacios, M. Categorías étnicas. Un estudio con niños y niñas de un barrio indígena. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2010; Vol. 8 no.2. p. 981-993 (Acceso en mayo del 2013). Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20140326052431/art.AnaCarolinaHecht.pdf>

<sup>23</sup> Bergallo, G. "Cap. 1: referentes y significados de la salud y la enfermedad en la población indígena del oeste chaqueño". En: La salud y la enfermedad en población indígena del oeste chaqueño: realidades y significados socioculturales. Chaco: Editorial Edipen, 2005; p.17-47



---

<sup>24</sup> Duro E., Binstock G., Cerrutti M., Melgar I., Lusquiños C., Mombello L., et. Al. Capítulo 1: El Pueblo Toba en Argentina. En Los pueblos indígenas en Argentina y el derecho a la educación, situación socio-educativa de los niños, niñas y adolescentes de comunidades tobas. 1º Ed. Argentina. UNICEF. 2011. (Acceso en diciembre del 2012). Disponible en: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/tobas\\_web.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/tobas_web.pdf)

<sup>25</sup> Galende Emiliano. Prólogo. En: Barcala A. y Conde L.- Salud mental y Niñez en la Argentina: Legislaciones, Políticas y Prácticas. 1º Edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ed. Teseo: 2015.

<sup>26</sup> Poverene, Laura. Atención en Salud Mental e Interculturalidad: Prácticas Profesionales y Enfoque de Derechos. *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2015. (Acceso en mayo de 2018). Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-015/299>

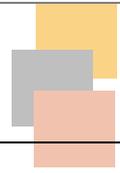
<sup>27</sup> Cardín L. y Gallo Mendoza G. Síntesis histórica de los toba qom en Laguna Blanca-Fundación Patagonia tercer milenio. (Acceso en marzo del 2014). Disponible en: [www.funpat3mil.com.ar](http://www.funpat3mil.com.ar)

<sup>28</sup> Concalvez D. y Franco F. De la niñez como noción cultural a las pautas de crianza: notas para una antropología de la educación inicial. Anuario GRHIAL. Universidad de Los Andes Mérida. N° 3, 2009; p. 69-104 (Acceso en octubre del 2012). Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/30874/1/articulo4.pdf>

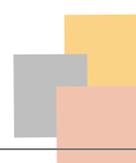
<sup>29</sup> Szulc, A. Antropología y niñez: de la omisión a las “culturas infantiles”. En: Wilde, G. y Schamber, P. (Compiladores). Culturas, comunidades y procesos urbanos contemporáneos. Buenos Aires: Editorial SB, 2006; p. 25-50.

<sup>30</sup> Geertz, C. Capítulo 2: “El impacto del concepto de cultura en el concepto de hombre”. En: La interpretación de las culturas. Barcelona: 12 ed. Editorial Gedisa, 1989; p. 41-59.

<sup>31</sup> Cosse I., Llobet V., Villalta C., Zapiola M. “Capítulo Introducción”. En Infancias: Políticas y Saberes en Argentina y Brasil. 1a ed. - Buenos Aires: Teseo, 2011; p. 11-28.



- <sup>32</sup> Oliva Delgado, A. Estado actual de la teoría del Apego. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, Nº 4 (1); 2004; p. 65-81 (Acceso en noviembre del 2012). Disponible en: <http://chitita.uta.cl/cursos/2012-1/0000636/recursos/r-9.pdf>
- <sup>33</sup> Oates, J. Capítulo 1: Las relaciones de apego, niños y cuidadores. En: Relaciones de apego: la calidad del cuidado de los primeros años. 1ª Ed- Reino Unido. A cargo de la Universidad Abierta. 2007. (Acceso en noviembre del 2012). Disponible en: [http://www.bernardvanleer.org/Relaciones\\_de\\_apego\\_La\\_calidad\\_del\\_cuidado\\_en\\_los\\_primeros\\_anos](http://www.bernardvanleer.org/Relaciones_de_apego_La_calidad_del_cuidado_en_los_primeros_anos)
- <sup>34</sup> Krause, M. La Investigación Cualitativa: un Campo de Posibilidades y Desafíos. Revista Temas de Educación. Nº 7, 1995; p. 19–39 (Acceso en diciembre del 2012). Disponible en: <http://investiga-aprende-2.wikispaces.com/file/view/Inv-cualitat-Krause.pdf>
- <sup>35</sup> Valles, M. Capítulo 3: Diseño y estrategias metodológicas en los estudios cualitativos. En Técnicas Cualitativas de Investigación Social: Reflexión Metodológica y Práctica Profesional. Buenos Aires. Editorial: Síntesis. 2003; p.69-105.
- <sup>36</sup> Hernández Sampieri R., Fernández Collado C. y Baptista Lucio P. Capítulo 14: Recolección y análisis de datos. En: Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. México. McGraw- Hill Interamericana. 2006; p. 581-682.
- <sup>37</sup> Bartolomé, M. En defensa de la etnografía. El papel contemporáneo de la investigación intercultural. Revista de Antropología Social. Nº 12. 2003; p. 199-222.
- <sup>38</sup> Valles, M. Capítulo 6: Técnicas de conversación, narración: las entrevistas en profundidad. En: Técnicas Cualitativas de Investigación Social: Reflexión Metodológica y Práctica Profesional. Buenos Aires. Editorial: Síntesis. 2003; p. 177-232.
- <sup>39</sup> Valles, M. *Capítulo 5: Técnicas de observación y participación.* En Técnicas Cualitativas de Investigación Social: Reflexión Metodológica y Práctica Profesional. Buenos Aires. Editorial: Síntesis. 2003; p. 142-174.





---

<sup>40</sup> Duarte Rico L., García Ramirez N., Rodríguez Cruz E. y Bermudez Jaimes M. “Las prácticas de crianza y su relación con el vínculo afectivo”- Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología, 9 (2) 113-124, 2016.

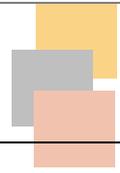
<sup>41</sup> Ballesteros De Valderrama B. “El concepto del significado desde el análisis del comportamiento y otras perspectivas” Univ. Psychol. 2005. 4 (2): 231-244. Bogotá Colombia (Acceso en marzo del 2018). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v4n2/v4n2a10.pdf>

<sup>42</sup> Sadler M., Obach A. Estudio “Significaciones, actitudes y prácticas de familias mapuches en relación a la crianza y cuidado infantil de los niños y niñas desde la gestación hasta los cinco años”. (Tesis) Chile:Universidad de Chile- Universidad de la Frontera-Facultad de ciencias sociales- 2006 (Acceso en marzo del 2013). Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/06/03-Pautas-de-crianza-mapuche.pdf>

<sup>43</sup> Sandoval S., Portal G., Inda C., Sotelo P., Ojeda H. Educación Intercultural Bilingüe: Madres cuidadoras de la cultura Qom, pedagogas naturales para la educación bilingüe intercultural en la educación inicial. En: Congreso Iberoamericano de Educación: Metas 2021. Buenos Aires. 2010 (Acceso en julio del 2014). Disponible en: [http://www.chubut.edu.ar/descargas/secundaria/congreso/INTERCULTURALBILINGUE/R1158\\_Sandoval.pdf](http://www.chubut.edu.ar/descargas/secundaria/congreso/INTERCULTURALBILINGUE/R1158_Sandoval.pdf)

<sup>44</sup> Hecht A. Hacia una revisión de las etapas de la infancia Toba. En: 1º Congreso Latinoamericano de Antropología. Asociación Latinoamericana de Antropología y Universidad Nacional de Rosario. Rosario 2005.

<sup>45</sup> Guarino G. Territorialidad y Urbanización de los Toba del Chaco: El caso del barrio Nueva Alianza de Tres Isletas. En: VI Congreso de ciudades y pueblos del Interior. Universidad Nacional de Catamarca. Editorial Científica Universitaria. Catamarca 2010; p. 223-233 (Acceso en marzo del 2014). Disponible en: <http://170.210.139.77/memoria/PDF/MESA%20TEMATICA%205/MT%205%20-%20Guarino.pdf>



<sup>46</sup> Billorou M. Madres y médicos en torno a la cuna: ideas y prácticas sobre el cuidado infantil. Revista La Aljaba. 2007; vol. XI p. 167-192 (Acceso en septiembre del 2012). Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aljaba/v11/v11a08.pdf>

<sup>47</sup> Pinto L. F. Apego y Lactancia Natural. Revista Chilena de Pediatría. 2007; vol. 78 (supl. 1) p. 96-102 (Acceso en marzo del 2012). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v78s1/art08.pdf>

<sup>48</sup> Sánchez, O. Rasgos Culturales de los tobas. Cap. 25: Nacimiento y desarrollo del niño. Programa con pueblos originarios- Instituto Universitario ISEDET. Buenos Aires. 2006 p. 44-48 (Acceso en noviembre del 2013). Disponible en: <http://www.folkloretradiciones.com.ar/literatura/Rasgos-Culturales-de-Los-Tobas.pdf>

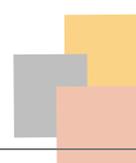
<sup>49</sup> Alarcón A. y Nahuelcheo Y. Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas. Revista de antropología chilena. Chungara. 2008; vol. 40 N° 2 p. 193-202 (acceso en diciembre del 2013). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/chungara/v40n2/art07.pdf>

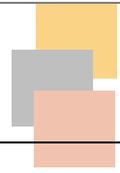
<sup>50</sup> Woollett, A. y Phoenix A. Capítulo III: La Maternidad como Pedagogía, la Psicología Evolutiva y los relatos de las madres de niños pequeños. En: Luke C. Comp. Feminismos y Pedagogías en la vida cotidiana. Universidad Estatal de Nueva York. Ediciones Morata S.L. 1996 p. 87-103

<sup>51</sup> Knobel, M. El desarrollo y la Maduración en Psicología Evolutiva. Revista de Psicología 1964, vol. 1, p. 73-77 (Acceso en febrero del 2012). Disponible en: [http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.851/pr.851.pdf](http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.851/pr.851.pdf)

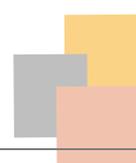
<sup>52</sup> Hidalgo G. M., Sánchez H. J., Lorence L. B. Procesos necesarios de desarrollo durante la infancia. XXI Revista de Educación. 2008, vol. 1, p. 85-95 (Acceso en junio del 2014). Disponible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/2150/b1548001x.pdf?sequence>

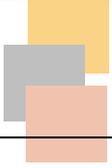
<sup>53</sup> Shaffer, D. Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia. México. Editorial International Thomson. 2000 p. 421





- <sup>54</sup> Torrado O., Casadiego D. y Castellanos M. Interculturalidad en pediatría: creencias tradicionales en la salud infantil en un área rural. Revista Colombiana de Enfermería. 2011; Vol. 6 p. 82-89 (Acceso en enero del 2013). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=4036656>
- <sup>55</sup> Paradise R. La socialización para la autonomía en un contexto interaccional mazahua. En: Galván L., Lamonedá M., Vargas M. y Calvo B. Memorias del Primer Simposio en Educación. CIESAS. 1994 p. 483-490
- <sup>56</sup> Caro Puentes, A. y Terencán Angulo, J. El Ngülam en el discurso intrafamiliar mapuche. Iberoforum 2006; Vol. 1, Núm. 1 p. 1-9 (Acceso en enero del 2013). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2110/211015574008.pdf>
- <sup>57</sup> Denuncio, Anabella Verónica. "Mujeres indígenas: procesos organizativos e identitarios. El caso de las "Madres Cuidadoras de la Cultura Qom". En: Gómez, Mariana y Sciortino, Silvana: Mujeres Indígenas y formas de hacer política: un intercambio de experiencias situadas en Brasil y Argentina. Editorial Tren en Movimiento, 2018.
- <sup>58</sup> Videla M. Cap. XII: Medicina Natural y Medicina Científica. En: Prevención, Intervención Psicológica en Salud Comunitaria. Editorial Cinco. Buenos Aires 1991.
- <sup>59</sup> Sandoval S., Portal M., Inda C., Sotelo P. y Ojeda H. Madres Cuidadoras de la Cultura Qom -Nate'elpi Nsoquixanaxapi- Pedagogas naturales para la Educación Bilingüe Intercultural. En: Congreso Iberoamericano de Educación. Buenos Aires 2010.
- <sup>60</sup> Colangelo, A. La mirada antropológica sobre la infancia, reflexiones y perspectivas de abordaje. En: Mesa; Infancias y Juventudes, pedagogía y formación. Serie Encuentros y Seminarios. 2011 p. 1-8 (Acceso en abril del 2012). Disponible en: <http://pedagogiafac.webnode.es/news/la-mirada-antropologica-sobre-la-infancia-reflexiones-y-perspectivas-de-abordaje/>
- <sup>61</sup> Longhi F. "Misericordia, mortalidad infantil y perfil epidemiológico en el Norte Grande Argentino (1989-2003)". En: Drovetta R. y Rodríguez M. (Comp.): Padecimientos en grupos vulnerables





---

del interior de Argentina: procesos históricos y actuales de salud, enfermedad y atención-  
Universidad Nacional de Córdoba- Ferreyra editor, 2010 p. 109-144.

<sup>62</sup> Colangelo, M. "La salud infantil en contextos de diversidad sociocultural". En: Tamagno, Liliana (comp.): Pueblos indígenas: interculturalidad, colonialidad, política. Editorial Biblos, Buenos Aires, 2009.