

T.243

Educación:
la gran
ausente
en la
nutrición

Analía M. Bossio

2000

T. 243



59555

U.N.R.C.

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

carrera de posgrado

Especialización en

Planificación y Gestión de

Políticas y Programas Sociales

"Educación: la gran ausente en la nutrición"
título

DONACION

Don. : Tesis

Exp. :

Inv N : 59555

Analía M. Bossio
autora/alumna

Dr. Jorge Ahumada
director

D i c i e m b r e d e 2 0 0 0

59555

© 1967 by the

1967



Índice

Contenido	Página
Índice	2
Agradecimientos	3
INTRODUCCIÓN	
Introducción a la investigación	5
PLANTEO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	
Planteo del problema de investigación	7
1. Objetivo general	7
2. Objetivos específicos	7
MARCO TEÓRICO	
I. Introducción a la problemática alimentaria	9
II. Hagamos un poco de historia	10
II. 1. Los orígenes	10
II. 2. Formación del patrón alimentario rioplatense	12
III. La problemática alimentaria	17
III. 1. Enfoque antropológico de la problemática alimentaria	18
III. 1. A. Consumo, «habitus» y vida cotidiana	20
III. 2. Malnutrición en la Argentina	21
III. 2. A. Una problemática cada vez más vigente: La deficiencia de hierro	22
III. 3. Los vaivenes de la Economía y la nutrición	24
IV. El consumo de alimentos en las familias del 2000	26
IV. 1. Estrategias domésticas.	26
IV. 2. Circuitos de abastecimiento	27
IV. 3. Fuentes de ingresos	28
IV. 4. Composición de los hogares y cómo aportan económicamente cada uno de sus miembros	29
IV. 5. Distribución de la comida	30
IV. 6. Las lógicas del consumo	31
V. Caracterización de la ciudad de Río Cuarto	35
V. 1. Perfil sociodemográfico	35
V. 2. Uno de sus sectores: el barrio obrero.	36
VI. Hipótesis	38
TRABAJO DE CAMPO	
VII. Análisis focalizado de la problemática alimentaria	40
VII. 1. Metodología de investigación aplicada durante el trabajo de campo	40
VII. 2. Interpretación de los resultados del trabajo de campo.	42
CONCLUSIONES	47
BIBLIOGRAFÍA (por orden alfabético)	52
ANEXOS	
1. Grupo de discusión #1	57
2. Grupo de discusión #2	58
3. Temario	59
4. Desgrabación del video #1	60
5. Desgrabación del video #2	75

La investigación que se presenta no podría haber sido realizada y concluida sin la valiosa y desinteresada colaboración del Dr. Jorge Ahumada (nuestro director), quien nos tuvo mucha paciencia y nos aconsejó a lo largo de la misma. El Lic. Enrique Grote (coordinador de la carrera), quien nos facilitó importante bibliografía y dispuso su ayuda de acuerdo a nuestras necesidades. La doctora Mary Encina (compañera de trabajo y pediatra del efector de salud en Barrio Obrero) que nos proporcionó información específica y actualizada sobre el lugar donde habría de realizarse el trabajo de campo. El licenciado Eduardo Aguirre (del área de video de la Universidad Nacional de Río Cuarto) que nos brindó su tiempo para la filmación del trabajo de campo y Claudia Ducatzenzeiler, quien nos ayudó desde el Departamento de Producción Audiovisual. Pastora Silvia, quién se encargó de convocar a los participantes de los grupos de discusión durante la fase de campo. Emiliano, que nos ayudó en la edición y trabajo de gabinete de esta investigación.

Gracias por ofrecernos su ayuda, apoyo, consejo y aliento en todo momento. A todos ustedes MUCHAS GRACIAS por haber hecho de este proyecto una realidad.

introducción

Introducción a la investigación

El proyecto de investigación que se presenta a continuación aborda desde un esquema analítico específico, la problemática alimentaria en la actualidad. Se trata de un estudio científico de tipo cualitativo y focalizado para el cual fue necesaria una minuciosa recopilación bibliográfica y la realización de un trabajo de campo involucrando a los mismos actores de dicha problemática.

Durante los años de ejercicio de nuestra profesión en la sala de pediatría del Hospital Central de Río Cuarto como responsables del área de nutrición, observamos con preocupación el progresivo aumento de pacientes con diagnóstico de malnutrición. Nos preguntábamos cómo era posible que en un país productor de alimentos por excelencia existiera tal cantidad de niños con trastornos nutricionales, especialmente la "desnutrición oculta" determinada por la deficiencia de hierro. Ante tal interrogante quisimos establecer las posibles causas de dicha problemática y así comenzamos la presente investigación.

A lo largo de la misma se intenta determinar el nivel de conocimiento de familias de clase baja de la ciudad de Río Cuarto respecto del estado nutricional de sus niños lactantes y en edad preescolar en la actualidad, sabiendo que es posible lograr mejoras sustanciales en la nutrición de estos pequeños si sus familias contaran con la adecuada información respecto de las consecuencias de la malnutrición y su relación con la conducta alimentaria.

Mediante la realización de este proyecto nos hemos propuesto generar una acción concientizadora que llame a la acción a aquellas personas (técnicos, profesionales, autoridades) y entidades involucradas con la problemática alimentaria, a fin de evitar el agravamiento de la misma y lograr mejoras en la situación de aquellos que la padecen.

Este proyecto investigativo se realiza como culminación de la carrera de posgrado de Especialización en Planificación y Gestión de Políticas y Programas Sociales, dictada en la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Río Cuarto durante los años 1995 y 1996. Este proyecto fue desarrollándose durante los años 1999 y 2000, teniendo lugar en este último la fase de campo.

planteo del problema de
investigación y objetivos

PLANTEO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Sería posible lograr mejorías sustanciales en la nutrición de sus niños, si las familias de bajos ingresos tuviesen un mayor nivel de conocimiento acerca de las consecuencias de la malnutrición y su relación con la conducta alimentaria.

1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento de familias de clase baja de la ciudad de Río Cuarto respecto del estado nutricional de sus niños lactantes y en edad preescolar en la actualidad.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Saber si en las familias se reconoce el estado de enfermedad en los niños.
- Analizar qué conocen las familias sobre la incidencia de talla y peso bajos en el crecimiento.
- Conocer la opinión de los padres respecto del sobrepeso u obesidad en sus hijos.
- Indagar qué importancia dan los padres a la anemia nutricional en sus niños.
- Comprobar si los padres de familia relacionan el eventual fracaso escolar de sus hijos con la anemia de origen nutricional.
- Indagar si los padres relacionan el estado de nutrición con las enfermedades infecciosas recurrentes en los niños.

marco teórico

I

INTRODUCCIÓN A LA PROBLEMÁTICA ALIMENTARIA

En la historia de la humanidad el sufrimiento masivo por hambre ha constituido el mayor símbolo del desamparo y la miseria. Es una problemática que nos ha acompañado desde nuestros mismos orígenes por lo que las interpretaciones desde las cuales se la ha intentado explicar son distintas según las perspectivas disciplinarias desde las cuales se la aborde.

Se entiende por alimentación al conjunto articulado de prácticas y procesos sociales como también a las consecuencias de los mismos. Estas abarcan desde los recursos naturales sobre los cuales se produce la materia prima para la elaboración de los alimentos hasta el consumo de dichos alimentos y sus efectos posteriores. (Hintze; 1997)

De la anterior afirmación se puede deducir que la práctica alimentaria se encuentra condicionada, desde un primer momento, a todos aquellos factores socioeconómicos, geopolíticos y naturales que determinan las diferentes etapas del proceso productivo hasta la obtención final del alimento. Sin embargo, según se analizará en la presente investigación, la problemática alimentaria no se habrá solucionado aunque los factores condicionantes del proceso productivo no se interpongan. El consumo, como fin lógico y principal del proceso productivo, se comporta como un nuevo estadio en el proceso alimentario que determinará una vez más la manifestación o inexistencia de la problemática. Las características del consumo así como sus cualidades y cantidades estarán influenciadas por los mismos factores que determinaron la producción del alimento. No obstante, en esta situación aparece un nuevo condicionante de gran complejidad: las pautas sociales y culturales de consumo, las tradiciones y costumbres y el grado de conocimiento que un individuo o grupo tiene respecto de qué es, y las implicancias de una nutrición adecuada o insuficiente.

Se dijo anteriormente que la problemática alimentaria nos afecta desde los comienzos mismos de nuestra especie; por ello es factible comenzar a analizarla desde un perfil histórico.

II

HAGAMOS UN POCO DE HISTORIA

1. LOS ORÍGENES

En las sociedades de cazadores y recolectores se produjo un control efectivo del crecimiento demográfico al espaciarse los nacimientos en un mínimo de dos años. Esto fue posible porque las mujeres que amamantaban difícilmente podían ovular al mismo tiempo debido al requerimiento energético que suponía este hecho, sumado el desgaste físico que involucraban la movilidad del grupo y las actividades de recolección femeninas (Harris 1986; Harris, Ross 1987; Frisch 1988; Narvaja, Pinotti 1996).

La sedentarización de las poblaciones humanas, junto con un regular aprovisionamiento de carbohidratos y una menor movilidad del grupo, trajo aparejado el aumento de las reservas energéticas en la mujer y en consecuencia el amamantamiento dejó de ser un medio eficaz para la regulación de la natalidad. Cabe destacar que nuestro género tiene una antigüedad de 2 millones de años y la especie de aproximadamente 260 mil, constituyéndose la agricultura en la fuente preponderante de recursos para algunos pueblos hace tan sólo 2 mil años (Tapia, Pinotti, Icasate 1994; Pinotti 1996). Esos dos millones de años de evolución del linaje Homo transcurrieron en medio de hambrunas, catástrofes ecológicas, pestes y escasez de recursos. Durante todo ese tiempo la selección actuó a favor de los individuos portadores de genes capaces de convertir una ingesta pobre en almacén de grasa, sobre todo en las mujeres por su rol reproductivo. Sin posibilidad de almacenar para los tiempos de escasez, los cazadores y recolectores sólo pudieron hartarse de alimento cuando éste abundaba, y acudir a sus reservas de grasa cuando el mismo escaseaba. La agricultura, como otra de las economías que permiten el control de las fuentes de alimento y su almacenamiento fuera del cuerpo, fue lo suficientemente tardía en nuestra historia evolutiva como para no poder revertir este lento pero inexorable proceso de selección por el cual estamos más capacitados para sufrir alguna que otra hambruna periódica que la ingesta inmoderada de alimentos de las actuales sociedades de los supermercados (Tanner, 1986).

La situación alimentaria de las culturas precolombinas comenzó a cambiar lentamente desde la llegada de los europeos a América a fines del siglo XV. La alimentación, referida al estado nutricional de los aborígenes en el momento del contacto y después de la Conquista, resulta un tanto contradictoria.

En primer lugar, es necesario distinguir entre variedad o diversidad de alimentos y cantidad o densidad de los mismos. En cuanto a la diversidad de la biomasa ofertada, la misma parece haber sido muy grande, sobre todo en la subregión chaqueña de nuestro país por sus características ambientales y algo menor en la subregión andina por los mismos motivos. En segundo lugar, también es conveniente hacer una distinción entre aquellos pueblos que ya habían desarrollado la agricultura como medio de vida y los pueblos cazadores y recolectores.

La primera hipótesis es que los indígenas del Chaco dispusieron de más cantidad y variedad de alimento que los de las regiones de valles y quebradas.

La segunda hipótesis es que los pueblos chaquenses tuvieron una dieta fundamentalmente cárnica y por tanto de mayor valor proteico; mientras que los pueblos de la subregión andina, principalmente agricultores, tuvieron una dieta basada fundamentalmente en alimentos de origen vegetal que cultivaban, recolectaban u obtenían por intercambio. Dentro de ellos primaron los alimentos con alto contenido de carbohidratos, como por ejemplo papa, maíz, algarroba y chañar que además aportaron vitaminas y minerales (calcio y potasio principalmente), aminoácidos y proteínas.

La tercera hipótesis es que el panorama muy diferente que surge de la lectura de la documentación para una y otra subregión se debe a que los tratadistas de los siglos XVI y XVII, así como viajeros posteriores, recogieron y describieron aspectos del Perú décadas después de su descubrimiento, cuando ya se había producido un deterioro notable en la ecología, agro, costumbres y vida de los pobladores nativos. Es esa visión posterior — y deformada — la que llevó a los estudiosos a decir que era pobre la alimentación del indio quién “carecía” de carne en su dieta

Respecto de la incorporación de los nuevos alimentos, ésta debe haber sido muy lenta pues sabemos que una de las pautas de conducta de más difícil y lenta modificación es, precisamente, la vinculada a la alimentación, condicionada cultural y socialmente. Más aún, algunos alimentos no fueron incorporados nunca en muchos lugares de los valles Calchaquíes, Puna y Chaco. Esto puede explicarse sabiendo que en muchos lugares el primer contacto entre europeos y americanos no se produjo o fue mínimo. Además, porque no en todos los casos los productos introducidos encuentran su nicho ecológico en todas partes, también porque los nativos americanos no poseían las tecnologías necesarias para su cultivo o cría, o bien porque simplemente siguen siendo resistidos hasta el día de hoy al ser considerados de inferior calidad, como por ejemplo el arroz.

Por último, hubo numerosos lugares de los valles Calchaquíes, la Puna y el Chaco donde los únicos alimentos traídos del Viejo Continente que se conocen y se han adoptado son el trigo, la avena, las vacas, las ovejas y las cabras. Por ello, hoy al cabo de casi cinco siglos, no todos los alimentos vegetales y animales traídos por los europeos han sido asimilados e incorporados, demostrando la rigidez de todo patrón alimentario heredado o adquirido. La adopción o modificación de la dieta como consecuencia de la Conquista se trata de un fenómeno acerca del cual no se puede generalizar en términos absolutos ya que ofrece características diferenciales y específicas según el grupo de que se trate. Un fenómeno digno de destacar es que los conquistadores sí adoptaron, y rápidamente, gran parte de los alimentos autóctonos. Esta adaptación fue forzosa ya que al no poder disponer en todo momento y lugar de lo que eran sus alimentos habituales y propios, a pesar de haber traído sus animales y plantas para poblar las nuevas tierras y que tenían la costumbre de enviar los animales que habían traído, como cerdos, por ejemplo, para que los exploradores de nuevas tierras los soltaran en las mismas con el objeto de que se reprodujeran y pudieran alimentar a los futuros colonizadores, no tuvieron más remedio que comer lo que pudieran y lo que tuvieran a su alcance en cada circunstancia. Por el contrario, los aborígenes, mestizos y criollos estuvieron en condiciones de conservar hasta la actualidad la mayor parte de sus costumbres alimentarias.

Hacia fines del siglo XIX y durante las primeras décadas del XX se produjo en nuestro país el arribo de miles de inmigrantes que escapaban de la terrible situación económica y política por la atravesaban sus países en el Viejo Mundo. La historia de la

alimentación con la inmigración de los trabajadores europeos en busca de una nueva vida, muestra que el encuentro de la población argentina con los inmigrantes dio lugar a una serie de procesos de intercambio entre los cuales se inscribe el que tuvo como protagonista a las gramáticas culinarias que eran patrimonio de cada uno de los grupos nacionales que entraron en contacto.

Dicho intercambio fue acompañado por otros procesos estrechamente enlazados, tales como la importación de productos alimentarios de origen europeo y el estímulo a la producción local de otros con el objeto de permitir recrear en el medio receptor las pautas de consumo alimentario que los inmigrantes traían internalizadas desde sus lugares de procedencia. En este sentido la participación de los extranjeros fue muy importante en materia de producción hortícola y frutícola, en la lechería a pequeña escala, en la cría de porcinos y la elaboración de manufacturas de cerdos, en la panificación y en la fabricación de pastas, etc. De este modo, el intercambio culinario provocó un enriquecimiento de las disponibilidades alimentarias locales tanto en su volumen como en su composición.

En líneas generales se puede expresar que los grupos de mayores ingresos actuaron más bien de manera pasiva, adoptando elementos de la cocina francesa y en menor medida de la inglesa, aunque sin abandonar la cocina criolla. Mientras tanto, los sectores populares participaron activamente de un verdadero intercambio con los inmigrantes sobre todo los italianos y los españoles, modificando recíprocamente sus cocinas étnicas y por ende sus dietas cotidianas (Remedi, 1997).

2. FORMACIÓN DEL PATRÓN ALIMENTARIO RIOPLATENSE

A partir del segundo cuarto del siglo XX, y con la finalización progresiva de la primera gran oleada inmigratoria, comenzó a definirse en las márgenes del Río de la Plata un régimen alimentario específico que simultáneamente fue extendiéndose a lo largo y ancho de todo el país, como también en la vecina República Oriental del Uruguay. Este nuevo régimen, denominado patrón alimentario rioplatense, no es más que el resultado (y la consecuencia) de los sucesivos procesos históricos (de Descubrimiento, Conquista y Colonización, surgimiento de la nación, emancipación y organización del Estado, más las oleadas inmigratorias) sobre un país nuevo con un patrón alimentario ya rígidamente establecido. Dicho patrón, muy heterogéneo por cierto, funcionaba sobre las bases de aquél, heredado de los nativos americanos que habitaron estas tierras, con todos los aportes y las modificaciones que le siguieron. Es que aún hoy la carne asada, el verdadero churrasco, es "la comida" en casi todas las regiones de la Argentina, y por supuesto nosotros (los rioplatenses), seamos o no descendientes de los gauchos, somos los únicos que conocemos el secreto de su preparación.

Cuando en 1535 el adelantado Don Pedro de Mendoza llegó al Río de la Plata a fundar la ciudad de Buenos Aires y desde allí iniciar la conquista del territorio, no encontró altas culturas como en México y Perú sino bandas nómades que basaban su alimentación en la pesca y el cultivo estacional del maíz.

Frente al sitio que eligió para asentar la ciudad se abría una estepa herbácea gigantesca: la pampa, que si bien hoy soporta la mayor producción cerealera del país, en ese momento era un desierto. Lo compacto del suelo impedía el crecimiento de árboles y

por lo tanto no había combustible para cocinar. Las especies animales autóctonas que encontró eran un roedor: la vizcacha, un camélido americano: el guanaco, y un ave corredora: el ñandú o avestruz americano. Estas se hallaban tan dispersas en la llanura que no hacían ecológicamente sustentable la habitación humana. La palabra “pampa” en lengua india quiere decir desierto, vacío; y eso era precisamente con lo que se encontró el conquistador a su llegada a estas latitudes (Díaz de Guzmán; 1612).

Las poblaciones indígenas que asentaban sus campamentos estacionales en las orillas del Río de la Plata, al tomar contacto con los fundadores de la precaria ciudad después de reiteradas luchas por los intentos españoles de reducirlos, se retiraron hacia el norte dejándolos librados a sus pocos recursos lo que devino en hambruna y en el abandono de la recién fundada ciudad. De este primer desencuentro nació la riqueza de la pampa húmeda.

Los bovinos y caballares traídos por los españoles y escapados de sus corrales encontraron en la pampa un medio propicio, sin especies competidoras ni depredadores y se reprodujeron por millares poblando la llanura. La riqueza de ganado salvaje atrajo las etnias indias desde el sur (tehuelches) y el oeste (mapuches). Ambas desarrollaron el complejo ecuestre y compitieron con el conquistador español por el dominio del terreno y la explotación del ganado salvaje durante los siguientes trescientos años.

Para la ciudad de Buenos Aires (que debió refundarse medio siglo más tarde) este “ganado cimarrón” fue la principal fuente de ingresos al organizarse las “vaquerías”, que eran permisos de caza de estos animales, para exportar los cueros. Tan depredadora fue la explotación que en la primer vaquería durante el año 1609 se vuelve con 50 mil cueros, mientras que en la última, un siglo después, sólo con 2 mil (Coni; 1930).

Este relato sirve para ilustrar el lejano sesgo carnívoro del régimen rioplatense. Desde 1600 la comida criolla es “carne con algo” y si no hay carne, “no hay comida”; desde el punto de vista de las representaciones se entiende. La categoría “carne” se aplica solamente a la carne bovina; pollo y pescado no lo son. Carnes como la de cerdo y cordero son “carnes sustitutas” o de consumo excepcional.

Durante trescientos años (1600 a 1900), la cocina rioplatense se compuso de “puchero” y “asado”. El primero como plato cotidiano, combina la carne hervida con maíz (choclo), papas, batatas y zapallo. El segundo es simplemente carne bovina condimentada a la parrilla. Como comida infantil por excelencia: la mazamorra, que consiste de maíz con leche y azúcar.

El consumo de verduras y frutas fue muy limitado, el pescado y los huevos constituían la única alternativa a la carne vacuna dentro de “la comida”, pero fueron perdiendo importancia progresivamente. La grasa de vaca (grasa de pella) y de cerdo (panceta y tocino) sustituyeron al aceite que se producía en la región de Cuyo, al pie de la cordillera de los Andes, pero su consumo culinario quedó reservado a las clases acomodadas y al oficio de la misa. En el rubro bebidas el vino se imponía en las ciudades frente al aguardiente de caña y de maíz que prevalecía en el campo. Todos estos productos acompañados con el omnipresente mate que aún hoy nos caracteriza.

Hasta mediados de 1800 la principal actividad de la pampa húmeda era la ganadería por lo que el consumo de cereales era bajo, reservándose el trigo, que se importaba para las clases acomodadas, mientras que el maíz era consumido y apreciado por todos los sectores.

Después del genocidio indígena de 1880 se agriculturizó la pampa y debido al trigo abundante y barato se difundió el consumo de pan que finalmente se instaló para quedarse en el patrón alimentario.

Si bien pobre en productos, la cocina criolla suplía su variedad con cantidad: la frugalidad nunca fue la norma. La abundancia de carne era tal en la pradera que los viajeros europeos se asombraban que los criollos del siglo XVIII "matan una vaca para consumir la lengua y el cuarto, dejando pudrir el resto" (Vignati; 1956). Correspondientes con la abundancia de carne fresca, las conservas, basadas en sal como el charque, tasajo y chalona, y embutidos como morcillas y chorizos, fueron proporcionalmente escasos; aunque la carne conservada en sal (cecina) constituyó la principal exportación de la zona de llanura.

Hasta la actualidad la "comida" requiere abundancia de carne. Para un asado por ejemplo, se calcula medio kilo de carne vacuna más un complemento de chorizos y achuras por comensal. Y si a pesar de esta exageración la parrilla quedara vacía, se considera la comida un fracaso ante la posibilidad que algún comensal no haya quedado hartado. Debe sobrar carne para demostrar que todos están saciados, "comer bien" es quedar repleto.

La liturgia del conquistador español no tuvo competencia en la pampa, contrariamente en el norte, en el ecosistema de la Puna, chocó con fuertes deidades agrícolas y produjo interesantes sincretismos. Las fiestas cristianas se impusieron sobre un ciclo agrario en contra estación que hizo recaer la Pascua en otoño, transformando su sentido y convirtiéndola en la conmemoración de la muerte de Cristo y del ciclo vegetal, mientras que la Navidad, en verano, se transformó en la celebración de la abundancia.

La comida festiva estuvo colmada de carne asada dando lugar al consumo de las carnes excepcionales como el cerdo, el cordero y la carne aviar. Otra comida masiva particularmente utilizada en las fiestas fueron las empanadas que distinguieron cada localidad.

Frente a estos consumos pampeanos, en el noroeste se venía desarrollando con mil años de antigüedad, un sistema alimentario basado en la explotación agropastoril en archipiélagos y vegas de altura, con cereales y camélidos autóctonos. Como parte del imperio Inca, su dieta estaba compuesta por cereales como el maíz (*Zea mays*), la quínoa (*Chenopodium quinoa*) y la quiwicha (*Amarantus caudatus*); doce variedades de papa (*Solanum tuberosum*), oca (*Oxales tuberosa*), tarwi (*Lupinus mutabilis*), pimientos (*Capsicum annum*), zapallos (*Curcubita maxima*), etc.

De la riqueza del patrón alimentario incaico, el conquistador sólo tomó un limitado espectro de productos entre los que se destacaron el maíz, la papa y los pimientos; la mayoría de los cereales andinos, como la quínoa y la quiwicha, quedaron en el noroeste como "comida de indios". En tanto, en las llanuras del Río de la Plata, tal vez por su posición marginal, por su pobreza, por el escaso prestigio que tenía la zona frente a la magnificencia de los virreinos de México y Perú, pero sin duda por su escasa importancia económica dentro del imperio español, los productos "de la tierra" fueron consumidos por todos los sectores sociales como guarnición de lo que era su verdadera comida: la carne.

Hasta fines del siglo XIX, impulsadas por la masiva inmigración mediterránea que encontró en su producción un medio de vida y la oportunidad de mantener su dieta, la verdura de quinta entra, a pesar de ser resistida, en la "comida" criolla. Aún así la verdura no se considera un plato en sí, desde el punto de vista de las representaciones siempre



ocupó y ocupa el lugar de la guarnición. Inclusive en la dieta sana de las clases acomodadas actuales que las han introducido como forma de bajar el nivel de colesterol, la verdura es siempre asimilada a un complemento y las verduras hojosas, al pasto.

Los alimentos industrializados, aún los lácteos, eran pocos en la dieta rioplatense. Hasta ya entrado el siglo XX, cuando Buenos Aires se transforma en una ciudad moderna, con la renta per cápita y el nivel de educación más altos de Latinoamérica, la industria alimentaria estaba relativamente poco desarrollada y predominaba un vasto sistema de mercadeo de alimentos frescos.

De la mano de la industrialización masiva inducida por el régimen de sustitución de importaciones, a partir de 1945 a causa de las migraciones internas y la constitución de los cinturones urbanos, y estimulada además por la demanda creciente de una clase media con ingresos cada vez mayores que a la vez exigía mayor variedad en la dieta, se favorece una industria alimentaria sumamente dinámica (Aguirre, Lesser; 1993).

Esta inmigración interna del campo a la ciudad opuso escasa resistencia a las formas alimentarias urbano-industriales y su dieta de "carne con algo". Esperando integrarse rápidamente a la "modernidad", los migrantes rurales (tal como habían hecho a principio de siglo los inmigrantes mediterráneos que salían de sus países de origen expulsados por la pobreza) adoptaron rápidamente las formas de vivir. Por ejemplo, cambiaron el tamaño de la familia que pasó de extensa a nuclear; la distribución del tiempo, que pasó de estar regido por el ciclo solar (con un corte a mediodía descansando en las horas de bochorno: la siesta) al horario continuado de 8 a 17, adoptando consecuentemente, las formas de comer de la ciudad receptora.

Este cambio de hábitos con abandono de los patrones locales, no fue beneficioso desde un enfoque nutricional. A la luz de sus crecientes ingresos, los migrantes abandonaron los consumos locales para atiborrarse de "alimentos chatarra" pero llenos de modernidad: bebidas azucaradas, golosinas, preparados industriales grasos, edulcorados, coloreados y saborizados artificialmente.

Esta valorización acrítica de los consumos industriales ciudadanos hace que aún en la actualidad sean escasos los almacenes que venden productos regionales, algunos de ellos recientemente redescubiertos por las corrientes ecológicas-saludables-naturalistas que valorizan su calidad nutricional.

En este sentido, los migrantes realizaron una transacción: al precio del abandono de su identidad cultural se integraron en el mundo industrial que estaba ávido de recibirlos y que les dio a cambio — por lo menos hasta 1960 — un nivel económico del que antes no gozaban.

La homogeneización de los estilos de vida, operada en las ciudades de la pampa húmeda y con epicentro en Buenos Aires, tuvo su expresión alimentaria en la expansión del patrón rioplatense que aún se mantiene.

Es importante señalar también, la persistencia de la división sexual del trabajo culinario que lo acompaña desde hace ya casi quinientos años. Respecto de la producción de alimentos, al hombre corresponden las tareas de agricultura y ganadería extensivas, faenado, depostado y embutido; mientras que a la mujer le corresponde el cuidado de la

granja y el huerto, las compras, la conservación y la cocina, tanto diaria (dominada por guisado y fritado), como festiva (donde predomina el homeado).

La cocina es una tarea exclusivamente femenina, al punto que cuando el hombre cocina lo hace fuera de ella: en la parrilla, altar masculino por excelencia donde se cocina el plato marcador y punto culminante de la cocina rioplatense: "el asado", del cual se puede decir, hay tantas maneras de hacerlo como varones a orillas del Río de la Plata. Era predecible que una sociedad con fuerte herencia patriarcal no dejaría el plato marcador — que maneja la carne, el cuchillo y el fuego — en manos femeninas.

Respecto del asado, su consumo se torna interesante por la incomodidad que representa prepararlo en grandes ciudades totalmente edificadas, que nada tienen que ver con el ecotipo de llanura donde nació la costumbre. Sin embargo, hasta antes de los períodos de ajuste y la pauperización progresiva que ha limitado el consumo de carne, los obreros de la construcción, que trabajaban en las calles de estas grandes ciudades, siempre encontraban en las obras "algún lugar para hacer un asadito" a la hora del almuerzo. Los habitantes de edificios de departamentos tienen parrillas comunitarias en las terrazas y algunos — para molestia de sus vecinos — en los balcones. El asado es la comida que se espera comer en los suburbios cuando la casa tiene jardín, y por supuesto en el campo o en el descanso de fin de semana. (Aguirre; 1995).

"La comida" es comida tomada en el hogar y cocinada por la madre de la familia; aunque la vida moderna conspire contra esa representación. El horario corrido en la industria, la administración pública y las escuelas hace que cerca del 40 por ciento de la población tome una comida fuera del hogar: los niños en la escuela, los padres en el trabajo (INDEC; 1992).

Los mercados de abastecimiento que hasta hace veinte años estaban dominados por el comercio minorista especializado como las panaderías, las carnicerías, los almacenes, etc. están cediendo lugar rápidamente a las grandes cadenas de nuevos hipermercados.

Una característica, esta vez referida a los productos, es que a diferencia de otros países de Latinoamérica donde existen alimentos que son consumidos básicamente por los sectores de menor poder adquisitivo (como por ejemplo el maíz, feijón, arroz y/o mandioca: generalmente carbohidratos) constituyendo la comida de los pobres en contraposición a otros productos (por ejemplo carne bovina y lácteos; generalmente proteínas animales) que forman la comida de ricos, en Argentina todos los sectores comen los mismos productos, por eso se dice que el patrón alimentario corta transversalmente la estructura social.

Pero si bien los productos son los mismos, estos varían en cantidad, calidad así como el lugar simbólico que ocupan dentro de las canastas de consumo de cada sector de ingresos, y cambia hasta la forma de obtenerlos en los mercados de abastecimiento.

III

LA PROBLEMÁTICA ALIMENTARIA

La problemática alimentaria es aquella que abarca los aspectos relacionados con la producción (refiriéndose al procesamiento, la transformación y también los insumos necesarios para la producción de los alimentos), distribución y comercialización, consumo de alimentos y sus efectos sobre las condiciones históricas de reproducción de la población y de la fuerza del trabajo, una de cuyas expresiones es la situación nutricional crítica de vastos sectores sociales. Por lo que la problemática alimentaria es, en síntesis, el conjunto de cuestiones que no pueda ser enfrentada con los medios habituales, relativo a las prácticas, procesos, productos y consecuencias de lo alimentario.

La problemática alimentaria en países capitalistas atrasados adquiere características distintas. En algunos casos podría considerarse como de producción, lo que ha llevado a países como México y Venezuela a depender de la importación de alimentos. Sin embargo, la crisis alimentaria en la Argentina es fundamentalmente de distribución y de consumo; o lo que es más común en América Latina, como resultado de ambas características.

Es usual que cuando se mencionan los factores culturales ligados a lo alimentario que se incluyan:

- Actitudes y creencias diferentes sobre los alimentos, tanto de grupos sociales que no comen ciertos alimentos por razones tradicionales, creencias religiosas, tabúes o prohibiciones.
- Clasificación de los alimentos, como por ejemplo “lo frío” y “lo caliente” que generalmente nada tiene que ver con la temperatura real del producto consumido.
- Hábitos de consumo y pautas culturales que indican cómo se come, cuándo se come y quién come cada cosa (Bonfil Batalla; 1989).

Deben también considerarse las visiones diferenciales sobre los alimentos, su valor social y su incidencia en la constitución de la identidad de determinados conjuntos sociales.

Si se parte del reconocimiento de la interdependencia entre los aspectos que conforman un todo cultural, es necesario recordar que tanto las actitudes, los hábitos, como los patrones alimentarios no pueden entenderse por sí mismos sino en relación con diversos elementos de orden intelectual como material. En el primer caso entrarían categorías de salud y enfermedad, concepciones religiosas y criterios de clasificación del mundo orgánico, todo ello procesado a través de la experiencia histórica de los diversos grupos sociales. En el orden material y práctico intervienen la organización productiva que requiere una cierta división del trabajo, los recursos disponibles y la tecnología para explotarlos, la capacidad para elaborar, almacenar y conservar productos, las condiciones ecológicas y hasta las técnicas culinarias (Bonfil Batalla; 1989).

1. ENFOQUE ANTROPOLÓGICO DE LA PROBLEMÁTICA ALIMENTARIA

Para Bordieu; (1984) el consumo es un espacio decisivo para la constitución de las clases y la organización de sus diferencias. El consumo, que en el capitalismo contemporáneo adquiere una relativa autonomía, no logra ofrecer más que versiones remodeladas del economicismo productivista tradicional en el materialismo histórico. Bordieu no desconoce la importancia de la producción, pero sus investigaciones se extienden preferentemente sobre el consumo. Las clases se diferencian para él, igual que en el marxismo, por su relación con la producción, por la propiedad de ciertos bienes, pero también por el aspecto simbólico del consumo, o sea por la manera de usar los bienes transmutándolos en signos. Las relaciones económicas entre las clases son fundamentales pero siempre en relación con las otras formas de poder simbólico que contribuyen a la reproducción y la diferenciación social. La clase dominante puede imponerse en el plano económico y reproducir esa dominación si al mismo tiempo logra hegemonizar el campo cultural. En la reproducción definió la formación social como un sistema de relaciones de fuerza y de sentido entre los grupos y las clases.

La clase social no puede ser definida por una sola variable o propiedad, ni siquiera por la más determinante: "el volumen y la estructura del capital" (Bordieu; 1984). Tampoco por "una suma de propiedades" (origen social más ingresos más nivel de instrucción), sino por la estructura de las relaciones entre todas las propiedades pertinentes que confiere a cada una de ellas y a los efectos que ejerce sobre las prácticas su valor propio.

En las sociedades modernas la vida social se reproduce en campos (económico, político, científico, artístico, etc.) que funcionan con una fuerte interdependencia. La sociedad, y por lo tanto la confrontación entre las clases, es resultado de la manera en que se articulan y combinan las luchas por la legitimidad y el poder en cada uno de esos campos.

Las disputas en cada campo cultural o político especifican el sentido general de la reproducción social y el conflicto entre las clases. En el mercado de bienes simbólicos prevalece un análisis estructural basado en la oposición objetiva entre "el campo de la producción restringida" y "el campo de la gran producción".

La distinción, en cambio, se centra en las "prácticas culturales", describe la estructura de los campos, pero sin embargo muestra las clases y los grupos, los sujetos sociales; amplía a tres los niveles culturales, los denomina gustos. Distingue el gusto burgués (de las clases altas), el gusto medio y el gusto popular (de las clases bajas, preferentemente).

El mercado de bienes simbólicos incluye tres modos de producción: burgués, medio y popular. Estos modos de producción cultural se diferencian por la composición de sus públicos, por la naturaleza de las obras que producen y por las ideologías político-estéticas y de pretensión-pragmatismo funcional que los expresan. No obstante, los tres sistemas coexisten dentro de la misma sociedad capitalista porque ésta ha organizado la distribución desigual de todos los bienes materiales y simbólicos. Dicha unidad se manifiesta, entre otros hechos, en que los mismos bienes son consumidos por distintas clases sociales. La diferencia se establece entonces, más que los bienes que cada clase apropia, en el modo de usarlos.

Las clases no se distinguen por su diferente capital económico, al contrario, las prácticas culturales de la burguesía tratan de simular que sus privilegios se justifican por algo más noble que la acumulación material. Coloca el resorte de la diferenciación social fuera de lo cotidiano, en lo simbólico y no en lo económico, en el consumo y no en la producción. Crea la ilusión de que las desigualdades no se deben a lo que se tiene, sino a lo que se es. La cultura, el arte y la capacidad de gozarlos aparecen como dones o cualidades naturales, no como resultado de un aprendizaje desigual por la división histórica de las clases.

La estética de los sectores se constituye de dos maneras: por la industria cultural y por ciertas prácticas que son características del "gusto medio".

Las clases medias y las populares tienen como referencia y aspiración el gusto dominante, practican la cultura a través de actos metafóricos, desplazados. Un género típico de la estética media es la adaptación: películas inspiradas en obras teatrales. La adhesión a estos productos es propia de la relación "ávida y ansiosa" que la pequeña burguesía tiene con la cultura de una buena voluntad pero vacía y desprovista de las referencias o de los principios indispensables para su aplicación oportuna.

La estética popular se rige por una estética pragmática y funcionalista. Tanto sus preferencias artísticas como las elecciones estéticas de la ropa, muebles, etc. se someten al principio de elección por lo necesario, práctico y lo que es impuesto por una necesidad económica y social que condena a las gentes simples y modestas a gustos simples y modestos. Su rechazo a la ostentación corresponde a la escasez de sus recursos económicos, pero también a la distribución desigual de los recursos simbólicos: una formación que los excluye de la sofisticación en los hábitos de consumo los lleva a reconocer con resignación que carecen de aquello que los hace superiores.

El consumo popular se opone al burgués por su incapacidad de separar lo estético de lo práctico. Se opone pero no deja de estar subordinado. La estética popular es definida todo el tiempo por referencia a la hegemónica, ya sea porque trata de imitar los hábitos y los gustos burgueses o porque admite su superioridad aunque no pueda practicarlos. Incapaz de ser como la dominante e incapaz de constituir un espacio propio, la cultura popular no tendría una problemática autónoma.

Los sectores populares cuentan con algunas formas de protorresistencia, manifestaciones germinales de conciencia autónoma: "el arte de beber y de comer" queda, sin duda, como uno de los pocos terrenos en los cuales las clases populares se oponen explícitamente al arte de vivir legítimo. Estas formas propias de los sectores dominados, debido a que se basan en las antítesis fuerte/débil, gordo/delgado sugieren que la configuración de los hábitos populares en la alimentación se relaciona con la fuerza física. La preferencia por los alimentos y bebidas fuertes, como lo salado frente a lo dulce y la carne frente a la leche, correspondería a un modo de valorizar la fuerza muscular y la virilidad, que es lo único en que las clases trabajadoras pueden ser ricas, lo único que pueden oponer a los dominantes, incluso como base de su número, de este otro poder que es su solidaridad.

El sociólogo brasileño Sergio Miceli; (1984) observó que tal subordinación de las clases populares a la cultura dominante corresponde hasta cierto punto a los países capitalistas europeos donde hay un mercado simbólico unificado. En el vecino Brasil, en

cambio, y en general en toda América Latina, el modo de producción capitalista incluye diversos tipos de producción económica y simbólica. No existe una estructura de clase unificada ni mucho menos una clase hegemónica. Encontramos más bien un campo simbólico fragmentado que implica aún mayor heterogeneidad cultural en las sociedades multiétnicas, como la misma brasileña, las mesoamericanas y las andinas, por ejemplo. Aunque la modernización económica escolar y comunicacional ha logrado una cierta homogeneización, coexisten capitales culturales diversos: los precolombinos, el colonial español, en algunos la presencia negra y las modalidades contemporáneas de desarrollo capitalista. Por otra parte, esos diversos capitales culturales no constituyen desarrollos alternativos sólo por la inercia de su reproducción. También han dado el soporte cultural para movimientos políticos nacionales, regionales, étnicos o clasistas que enfrentan el poder hegemónico y buscan otro modo de organización social.

A. CONSUMO, «HABITUS» Y VIDA COTIDIANA

Bordieu; (1984) trata de reconstruir en torno del concepto de «*habitus*», el proceso por el que lo social se interioriza en los individuos y logra que las estructuras objetivas concuerden con las subjetivas. Si hay una homología entre el orden social y las prácticas de los sujetos no es por la influencia puntual del poder publicitario o los mensajes políticos sino porque esas acciones se insertan — más que en la conciencia, entendida intelectualmente — en sistemas de hábitos, constituidos en su mayoría desde la infancia. El «*habitus*», generado por las estructuras objetivas, genera a su vez las prácticas individuales, da a la conducta esquemas básicos de percepción, pensamiento y acción. Por ser sistemas de disposiciones durables y transponibles, estructuras predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, el «*habitus*» sistematiza el conjunto de las prácticas de cada persona y cada grupo, garantiza su coherencia con el desarrollo social más que cualquier condicionamiento ejercido por campañas políticas o publicitarias. El «*habitus*» programa el consumo de los individuos y las clases, aquello que van a sentir como necesario. Lo que la estadística registra bajo la forma de sistema de necesidades — dice Bordieu — no es otra cosa que la coherencia de elecciones de un «*habitus*». Es una estructura modificable debido a su conformación permanente con los cambios de las condiciones objetivas. Refiriéndose a los migrantes, que deben adaptarse a una economía monetaria, dice que eso exige una reinención creadora; que el «*habitus*» tiene una dimensión histórica y que es en la relación inevitablemente contradictoria que se puede encontrar al principio de todo cambio.

Sergio Miceli; (1984) propone considerar el concepto de «*habitus*» como una “recuperación controlada” del concepto de conciencia de clase. Dado que el «*habitus*» incluye el proceso por el cual los distintos tipos de educación (familiar, escolar, etc.) fueron implantando en los sujetos los esquemas de conocimiento y acción, permite precisar mucho mejor que la nebulosa noción de conciencia, las posibilidades de que un grupo sea consciente, sus trayectorias posibles y sus prácticas objetivamente sperables.

Sin embargo, el examen unilateral del consumo al estilo de Bordieu, acentúa la pasividad del comportamiento popular, su dependencia de la reproducción social. Pareciera por eso, que la combinación de ambos paradigmas — los que proceden de la teoría de la reproducción y del «*habitus*» con los generados por la teoría de la «*praxis*» — sería una de las tareas claves para comprender la interacción entre la inercia de los sistemas y las prácticas de las clases.

2. MALNUTRICIÓN EN LA ARGENTINA

La situación nutricional de la población, en especial de la infantil, ha mostrado cambios significativos en los últimos años. En nuestro país coexisten sectores de la población que padecen deficiencias nutricionales, las que se traducen en desnutrición aguda o mayoritariamente en desnutrición crónica definida como talla baja para la edad. No obstante, también existe sobrepeso y obesidad con prevalencia de deficiencia de nutrientes específicos en individuos aparentemente sanos, lo que constituye la denominada desnutrición oculta (WHO/UNICEF/ICCIDD; 1997).

Existe una noción equivocada acerca del significado de la disminución en la prevalencia de la desnutrición aguda y aumento de la obesidad. Desde un análisis superficial podría pensarse que el aumento en la prevalencia de la obesidad — una enfermedad nutricional por exceso — es un indicador de opulencia ubicado en el polo opuesto de la desnutrición. Como se verá más adelante, la obesidad y la desnutrición en nuestros niños coexisten en las mismas regiones y estratos sociales, en las mismas familias (madres obesas y niños desnutridos), y aún en el mismo individuo (obesidad con retardo crónico del crecimiento). Por eso, considerar a la obesidad como una condición opuesta a la desnutrición no solo es equívoco sino que puede tener consecuencias graves sobre el abordaje de los problemas nutricionales en la comunidad. Como problemática de salud pública, la obesidad y el sobrepeso en países como el nuestro tienen singularidades en sus génesis y en sus consecuencias respecto a lo que sucede en los países centrales (WHO/UNICEF/ICCIDD; 1997).

La prevalencia de la desnutrición aguda, ya sea definida a través del indicador peso para la talla como por las estadísticas de diagnóstico de egreso hospitalario, es relativamente baja cuando se la diluye en un denominador poblacional. Sin embargo, la concentración de esta forma de desnutrición social en pozos de marginalidad hace que adquiera, en algunas ciudades muy focalizadas, una gravedad que no se compadece de indicadores epidemiológicos. La identificación de estas zonas carenciadas, tanto en los ámbitos urbanos como rurales y la correcta interpretación de las causas que la condicionan es el único abordaje posible para su prevención. Cuando se interna en un hospital a un niño con desnutrición severa, se ha llegado tarde no solamente para él sino para muchos otros.

Otro fenómeno al que nuestro país no puede escapar es el retraso de talla que constituye la forma más común de desnutrición. Se trata de niños con talla retrasada para su edad, pero con peso normal o elevado para su talla actual. Ser de menor talla que su dotación genética hubiese permitido, implica que en edades tempranas de la vida el niño ha debido hacer adaptaciones que le permitan sobrevivir ante situaciones carenciales que tuvo que afrontar pero a costa de sacrificar parcialmente algunas funciones biológicas. El retraso del crecimiento en la infancia se asocia con mayor morbimortalidad, disminución de la actividad y patrones de interacción, incluyendo el desarrollo psicomotor, el rendimiento escolar y el funcionamiento socio-emocional.

La talla baja de origen social expresa la afectación del potencial genético de crecimiento y suele significar un ambiente con bajo ingreso familiar, dieta inadecuada o pobre, marginal inserción laboral de los padres, bajo nivel de instrucción, salubridad

insuficiente, familia numerosa, pobre acceso al sistema de salud, alta prevalencia de enfermedades infecto-contagiosas y mal cuidado infantil.

Es importante también tener en cuenta la comúnmente llamada desnutrición oculta cuyas deficiencias no pueden ser detectadas por la antropometría y pueden tener consecuencias de relevancia para el presente o futuro de los niños que la padecen. Unas se relacionan con la función inmunitaria y la prevención de infecciones; otras con el desarrollo somático; otras con el desarrollo intelectual; y otras con la prevención de ciertos tipos de malformaciones congénitas. La prevalencia de estas deficiencias puede inferirse de encuestas alimentarias o por indicadores bioquímicos que expresen disminución de los depósitos de los nutrientes o alteraciones funcionales relacionadas con su carencia.

La deficiencia de hierro es la carencia nutricional más común en nuestra población afectando principalmente a los niños menores de dos años, a las gestantes, a las nodrizas y a los adolescentes. La prevalencia en nuestro país es extremadamente alta a pesar de la amplia disponibilidad de hierro, en carnes, que son precozmente introducidas en la alimentación de los niños.

La desnutrición en cualquiera de sus formas, es un flagelo para nuestra población infantil. El análisis y comprensión de este proceso en la Argentina es indispensable para adecuar los programas de salud, la capacitación del recurso humano y la infraestructura sanitaria a las necesidades actuales y futuras de la población.

A. UNA PROBLEMÁTICA CADA VEZ MÁS VIGENTE: LA DEFICIENCIA DE HIERRO

Como muchos países de América Latina, Argentina se encuentra en un proceso de transición demográfica, epidemiológica y nutricional. La prevalencia de desnutrición aguda ha declinado en las últimas dos décadas, aunque en pozos de pobreza extrema y marginalidad continúa siendo inadmisiblemente elevada. El retraso crónico de crecimiento, la obesidad y las carencias específicas de micronutrientes que caracterizan a la denominada "desnutrición oculta" constituyen los problemas nutricionales más prevalentes de la Argentina en transición. Estas condiciones, aunque tienden a prevalecer en los sectores sociales más desprotegidos, afectan a toda su trama social.

Tradicionalmente la Argentina se ha caracterizado por poseer uno de los consumos más altos de carne en el mundo y su disponibilidad aparente de energía — evaluada por hojas de balance — la ubican entre los países con mayor consumo energético per cápita. Sea por razones de mercadeo o de hábito alimentario, la carne vacuna ha sido una de las fuentes de proteínas más baratas y disponibles en la mayoría de los hogares, independientemente de la zona geográfica o patrón cultural regional.

Probablemente por esta razón, o por la ausencia de encuestas nutricionales nacionales, la deficiencia de hierro no ha sido considerada sino hasta hace poco más de diez años — ni por médicos ni por autoridades sanitarias — como un problema de salud prevalente en nuestro país. A pesar de ello, existen recomendaciones referentes a la administración de hierro medicinal a lactantes y mujeres embarazadas (Ministerio de Salud y Acción Social 1986) que con distinto grado de cumplimiento se han integrado a las normas asistenciales de prácticamente todo el país. La Sociedad Argentina de Pediatría ha avalado mediante una recomendación de su Comité de Nutrición la suplementación

medicamentosa como estrategia para la prevención de la deficiencia de hierro, desde 1983 (Sociedad Argentina de Pediatría; 1983).

A fines de la década de los '70 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) brindó apoyo a una encuesta nutricional en las provincias del noroeste caracterizadas por un alto grado de necesidades básicas insatisfechas (NBI) y pobreza. A pesar de que lamentablemente la mayor parte de la información nunca fue publicada, se demostró una elevada prevalencia de anemia y una baja ingesta de hierro en prácticamente todas las edades y grupos biológicos (Pérez Somigliana y col. 1982). Desde entonces se han realizado distintas investigaciones con el propósito de definir la importancia y las características de la anemia ferropénica en nuestro país.

De tres investigaciones realizadas por el Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI), la primera data de 1985 y se llevó a cabo en los partidos del Gran Buenos Aires (GBA) que conforman el área metropolitana (Calvo y col; 1990). En esta región de características urbanas que rodea a la Capital Federal, habita aproximadamente la tercera parte de la población total del país y comparte un estilo de vida y hábitos alimentarios con prácticamente todas las grandes ciudades de la Argentina. La muestra se estratificó por nivel socioeconómico de forma tal que es representativa de la estructura social del GBA.

La segunda investigación, cuya etapa de terreno se desarrolló en 1986, se realizó en la provincia de Misiones en el noroeste del país (Calvo y col; 1987). Misiones es la provincia con mayor proporción de población rural, de clima tropical y con elevada prevalencia de parasitosis. Se estratificó la muestra de acuerdo con la condición urbana o rural. Puede decirse que se escogió la provincia de Misiones porque sus condiciones de vida (estilo rural, menor acceso a la salud, alta tasa de parasitismo) hacían prever que la prevalencia de anemia representaría el valor de máxima en nuestro país.

La tercera y más reciente investigación se llevó a cabo durante el año 1994 en la provincia de Tierra del Fuego (CESNI; 1995). Esta provincia, con relación al resto del país, se caracteriza por un razonable estándar de vida, la mayor proporción de población infantil, las menores tasas de mortalidad neonatal y posneonatal, un eficiente sistema sanitario y la menor proporción de familias que no satisfacen las necesidades básicas (NB). Prácticamente toda su población habita en dos ciudades, y como consecuencia de la importante migración interna de la última década su conformación social es una amalgama de costumbres propias de las distintas regiones de nuestro país. Ni sus hábitos alimentarios ni la accesibilidad a los alimentos se diferencian de los observados en otras ciudades de Argentina. Las inferencias a partir de esta comunidad pueden extrapolarse al segmento de la población que logra satisfacer más o menos adecuadamente sus necesidades de vivienda, salud, educación y alimentación. El muestreo fue simple, en una sola etapa en hogares de la ciudad de Ushuaia.

Pudo observarse que la prevalencia de anemia en los niños de 8 a 24 meses oscila entre 24 por ciento en Tierra del Fuego y 55 por ciento en Misiones. Prácticamente todos los casos fueron leves con valores de hemoglobina entre 10 y 11 gramos por decilitro. Aunque el riesgo relativo de padecer anemia fue 1,6 (GBA y Misiones) y 3,4 (Tierra del Fuego) más alto en los niños pertenecientes al nivel socioeconómico más bajo puede concluirse que es una condición que afecta a todos los niños sin distinción de clases.

Los valores altos de protoporfirina libre eritrocitaria (indicador de una eritropoyesis ineficiente) y bajos de ferritina (indicador del estado de los depósitos corporales de hierro) confirman que el origen de la anemia es preponderantemente carencial.

En cuanto a la anemia en preescolares, el único estudio poblacional disponible en niños de esta edad es el de Tierra del Fuego (CESNI; 1995). La prevalencia de anemia — 11 por ciento — es aproximadamente la mitad de la observada en lactantes. En todos los casos la anemia fue leve. La ferritina baja (19 por ciento) y los elevados valores de protoporfirina eritrocitaria en 14 por ciento de la población confirman como en el caso de los lactantes el origen carencial de la misma.

En conclusión, aunque la disponibilidad aparente de hierro (por hojas de balance) y el consumo de carnes sean comparativamente altos en Argentina con respecto a otros países, los estudios poblacionales demuestran que la ingesta de hierro total, hierro heme y hierro biodisponible son bajas, especialmente en los grupos biológicos con mayores necesidades: lactantes, mujeres embarazadas y en edad fértil.

La prevalencia de anemia es alta: 1 de cada 3 a 1 de cada 2 lactantes de acuerdo con el estudio considerado; 1 de cada 2 mujeres gestantes, y 1 de cada 5 mujeres en edad fértil. En todos los casos, el análisis de dos o más indicadores confirma que el origen de la anemia es la deficiencia de hierro. En las mujeres embarazadas es posible que a la carencia de hierro se agregue la de vitamina A y ácido fólico.

El uso más extensivo de la suplementación medicamentosa con hierro pudo haber sido uno de los factores relacionados con la disminución de la prevalencia de anemia en los niños más pequeños. Sin embargo, a pesar de su administración por parte de un sistema de salud eficiente, resulta insuficiente para erradicar la deficiencia.

3. LOS VAIVENES DE LA ECONOMÍA Y LA NUTRICIÓN

La experiencia histórica ya enseñó a la medicina que cuando una sociedad se empobrece es previsible un empeoramiento en las condiciones de salud de sus integrantes. Los datos históricos son muchos pero el mejor documentado ha sido la crisis de la década de 1930 en Estados Unidos.

El estudio de Míton Terris; (1980) sobre la distribución diferencial de la tuberculosis, es uno de los ejemplos más frecuentemente citado. En dicho estudio se sintetiza cómo, cuando se deterioran las condiciones de alimentación, abrigo y vivienda a consecuencia del desempleo y de la disminución de los niveles de ingreso familiares, no tardan en aparecer algunas enfermedades que, como la tuberculosis, llevan a la muerte a los más afectados por la situación de carencia.

La pobreza no constituye una situación homogénea, siendo sus efectos múltiples pero a la vez diferenciales de acuerdo a cada problemática específica (educación, salud, trabajo y alimentación), y en función de características individuales relacionadas al género, edad, etc.

En nuestro país la crisis se inicia y continúa con la aplicación de severas políticas de ajustes tendientes a una superación del período recesivo. Esto tiene gravísimas consecuencias sobre las condiciones de vida de amplios sectores de la población.

Los signos principales del proceso son concentración económica, contracción del Estado y retiro de sus funciones redistributivas, modificaciones en el mercado de trabajo con aumento de la precarización y el desempleo, caída del ingreso, aumento de la pobreza con incorporación de sectores medios o “nuevos pobres” que configuran un panorama que afecta profundamente las condiciones de vida de la población y que produce seguramente fundamentales modificaciones en la estructura social de la Argentina. La importante clase media que la caracterizaba ha sufrido un proceso de pauperización, experimentando importantes mermas en sus ingresos y en su calidad de vida, lo que agrava su exposición a las consecuencias indeseables de la transición que estamos viviendo.

La alimentación es uno de los aspectos de las necesidades básicas que muestran la reformulación de lo privado y lo público, lo individual y lo colectivo, lo societal y lo estatal. Tradicionalmente en nuestro país no se lo consideró un problema, tanto por la ideología como “granero del mundo” y además por el costo en términos relativos de los alimentos. Por otra parte, se trataba de un consumo privado, individual, determinado por las preferencias y el poder adquisitivo de los hogares en particular, sin intervención del Estado en la satisfacción de la misma. Esto culmina con el diseño de la primera política para hogares en emergencia alimentaria durante el gobierno del presidente Raúl Alfonsín (1983-9), denominado Programa Alimentario Nacional (PAN), aunque posteriormente los saqueos mostraron también el fin de este sueño argentino.

Para los sectores medios la alimentación fue siempre una cuestión privada e individual. La crisis refuerza aún más estas características colocándola en un plano todavía más privado con la excepción de los miembros del hogar que, como los niños, se alimentan en comedores escolares. Para los pobres estructurales, en cambio, a la luz de la cantidad de experiencias colectivas producidas en el Gran Buenos Aires para la satisfacción de la necesidad alimentaria, puede postularse lo contrario, esto es, que el carácter del proceso alimentario se vuelve cada vez menos privado y definitivamente más colectivo, incluso con intervención del Estado o de instituciones públicas vía el diseño de políticas o la intervención de otros actores, tales las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) de diferente tipo.

IV

EL CONSUMO DE ALIMENTOS EN LAS FAMILIAS DEL 2000

1. ESTRATEGIAS DOMÉSTICAS

A continuación se verá cómo llegan las familias a construir sus canastas de consumo alimentario, observando qué productos las componen y analizando la razón de estas elecciones.

Según la idea que las madres de los hogares pobres tienen acerca de “la mejor comida que pueden conseguir”, es que esta tiene que cumplir una condición principal: debe “rendir”, y en este concepto resumen que el alimento debe ser rico, es decir, debe tener aceptación; debe ser barato y debe “llenar”, lo que implica dejar saciados a los comensales por varias horas. El pan, los cereales y las papas cumplen estas tres condiciones por lo que ocupan los primeros lugares en sus preferencias.

En cambio, este grupo de alimentos ocupa el cuarto lugar en el consumo de los sectores medios y altos. Es que existiendo recursos suficientes nadie en Argentina come fideos pudiendo comer carne, esta sustitución marca la marginalidad de la identidad alimentaria de los pobres.

La carne, que ocupa el segundo lugar en el consumo de los hogares pobres, es particularmente barata en este sector porque un perverso sistema de comercialización hace que a los barrios marginales lleguen animales grandes, viejos e incluso sin controles bromatológicos. El consumidor, que no desconoce esta situación, cambia cantidad y precio por riesgo para su salud. Si comparamos el precio del mismo corte de carne entre sectores, lo que los pobres pagan un peso, los medios lo pagan 1,90 y los altos 2,50.

La carne bovina es el segundo consumo de los sectores medios y el tercero de los altos, lugar al que ha caído en la década pasada después de intensas campañas para la prevención de los accidentes cardiovasculares, principal causa de muerte en estos sectores de ingresos. Fue la guerra salubrista contra el colesterol lo que bajó el consumo cárnico, aunque siempre a regañadientes. Los que más en serio lo tomaron fueron los sectores altos que hacen de frutas y verduras su primer rubro de consumo.

Así como en el siglo pasado estar gordo era estar sano, ahora los criterios de salud pasan por estar delgado y consumir fibras. Los sectores de mayores ingresos, sobre todo las mujeres que son el grupo más medicalizado, adoptaron el “modelo californiano” de vida sana con frutas, verduras, lácteos descremados y gimnasia.

Llama la atención la cantidad de azúcar y aceite que disminuye a medida que aumentan los ingresos. El primero se explica por la cantidad de mate azucarado con el que los pobres “engañan el estómago”, mientras que el segundo se explica por el tipo de preparaciones como los guisos y las sopas: comidas colectivas, frente a los platos individuales de los sectores más acomodados. Es que por la tecnología que disponen cotidianamente, las mujeres pobres sólo pueden hervir o freír y la elección estará dada por el tiempo que tengan para cocinar. Frién cuando necesitan preparar una comida rápida pero la sartén requiere toda su atención, en cambio si la mujer está realizando otra actividad, hervirá o guisará porque la cocción lenta y prolongada se lo permite. Hay una relación

directa entre la frecuencia de frituras y hogares a cargo de mujeres solas. No se hornea porque generalmente los barrios pobres se asientan en terrenos anegadizos, los hornos están inutilizables y de las cocinas a gas sólo se usan las hornallas.

Hay otro motivo para incluir grandes cantidades de azúcar y grasas, consiste en que este grupo está buscando energía y ambos son productos que la aportan en cantidad.

Esta forma que tienen los más pobres de organizar la dieta, basada en hidratos de carbono y carne, tiene una racionalidad nutricional además de económica: cubren la mayor parte de sus necesidades energéticas con carbohidratos dejando las proteínas para la construcción de tejidos. Pero si bien la relación es adecuada, las canastas promedio de los pobres entrevistados están en situación de disponibilidad crítica, es decir viven al límite de lo necesario y por supuesto muchos hogares no llegan a la adecuación calórica.

Sin embargo, la queja de las madres y la representación social de su pobreza proviene de que no pueden "comer bien", o sea que sienten que el nivel de carne de su dieta es socialmente escaso cuando en realidad toda su comida es escasa respecto a los parámetros sociales. Además, se ve que cuanto más profunda es la pobreza, mayor el consumo de pan, papas y fideos, y nada del resto.

Aunque el consumo de edulcorantes se centra en los sectores medios y altos, su consumo de azúcar también es alto y vale por ello hacer una distinción al interior del rubro. Mientras los pobres consumen azúcar molido, en los otros predominan los dulces y chocolates, se diría que "se dan el gusto" de ser golosos.

Coherentes con un patrón carnívoro, la pobre cantidad de frutas y verduras entre los pobres no presenta reclamo. Es cierto que son los productos con los precios relativos más caros entre los alimentos, nuevamente por sistemas de comercialización perversos; un ejemplo: el precio del kilo de tomates equivale a setecientos gramos de carne bovina. Si se comparan las posibilidades culinarias y la sensación de saciedad que ambos brindan, se comprenderá por qué las madres pobres prefieren comprar carne y no tomates u otras frutas, y por qué cuando lo hacen estas son destinadas exclusivamente al consumo infantil. Los lácteos son considerados también como un alimento infantil. La asistencia social y nutricional está basada en el reparto de leche por lo que muchos hogares cuentan con un refuerzo, aunque no constante, de leche donada.

En contraposición, frutas y verduras es el principal rubro de consumo en los hogares de más altos ingresos, lo que se debe a los criterios de salud y belleza a despecho del precio (Aguirre; 1995).

2. CIRCUITOS DE ABASTECIMIENTO

Como ya se ejemplificó en el caso de la carne, los productos se adquieren en distintos circuitos de abastecimiento. En los barrios más pobres, además del circuito formal de negocios y supermercados, se dispone de un mercado informal que, en forma de vendedores ambulantes, quintas, o locales multifunción, los proveen de mercaderías baratas y de pésima calidad, algunas veces con riesgo para su salud. Corresponde a las mujeres combinar la utilización complementaria de ambos circuitos buscando las ofertas. Con esta

estrategia, los hogares pobres logran un 20 por ciento promedio de abaratamiento en su canasta.

Los sectores medios compran en el circuito formal de supermercados y minoristas porque su ubicación espacial les veda el acceso al circuito informal, pero llama la atención el uso que los hogares de mayores ingresos hacen del sector informal. Por supuesto, los motivos no son los precios sino el esnobismo y — paradójicamente — criterios de salud como comprar las verduras en las quintas para comerlas recién cosechadas, la leche recién ordeñada para evitar aditamentos y pasteurización, etc. (Aguirre; 1995)

3. FUENTES DE INGRESOS

Los hogares pobres desearían tener todos sus adultos ocupados con trabajos estables en el mercado laboral urbano. Sin embargo, la desocupación abierta golpea especialmente a este sector. Ante la imposibilidad de vivir sin ingresos en la ciudad, desarrollan ocupaciones de baja calificación, pobre remuneración, larguísimas jornadas y total desprotección legal en un creciente mercado informal. Otra opción es la subocupación con medio horario y medio jornal (Aguirre; 1995).

Con el nivel de desocupación actual que los afecta, los hogares pobres no sobrevivirían si no fuera por su estrategia de diversificación de las fuentes de ingresos. Es que además de contar con los mercados de trabajo urbano; las mujeres saben cómo gestionar la asistencia social del Estado, que pese a los sucesivos recortes todavía existe, y desarrollan fuertes redes de ayuda mutua a través de las cuales circulan mensajes más bienes y servicios, imprescindibles para sostener a los hogares que están “en la mala” y que devolverán los favores cuando su situación cambie.

Estas redes, a nuestro criterio, han sido sobredimensionadas como el resguardo de los pobres; no son mágicas ni crean recursos, sino que redistribuyen aquellos que son escasos por lo que se han demostrado más importantes en las crisis puntuales, como por ejemplo en los estallidos hiperinflacionarios de 1989 y 1990, que en las crisis sostenidas. Dentro de las redes la acumulación toma la forma de compras a crédito de electrodomésticos que son fáciles de vender ante la necesidad. El crédito de palabra, el círculo de ahorro — “la vaquita” — y la compra conjunta son formas de circulación de recursos entre miembros de la red.

Frente a esta estrategia diversificada de los pobres, los sectores medios sólo concurren a los mercados de trabajo urbano por lo que cuando la desocupación o la caída de los salarios los afectan, generalmente no cuentan con recursos alternativos de supervivencia.

Los sectores de mayores ingresos dan tanta importancia a las redes como los pobres y también para ellos la circulación que se establece entre pares es fundamental, esta vez para sobrevivir en el mundo de los negocios.

Lo que es común a los tres sectores es el destino que hombres y mujeres dan a sus ingresos. Analizando por rubro el destino de los ingresos propios, se observa que las mujeres gastan el mayor volumen de sus ingresos en comida; siguen los rubros de

mantenimiento del hogar, indumentaria, esparcimiento y cultura, y por último el de bienes y servicios varios.

Los varones dedican el mayor volumen de los ingresos propios a bienes y servicios varios, que incluye los gastos personales y el alcohol, le siguen los rubros equipamiento del hogar, esparcimiento y cultura, comida y finalmente indumentaria (Aguirre; 1994).

Sin duda, la mujer carga con la responsabilidad de la comida en todos los sentidos. No sólo debe prepararla sino también comprarla para ella y sus hijos cuando tiene ingresos propios.

4. COMPOSICIÓN DE LOS HOGARES Y CÓMO APORTAN ECONÓMICAMENTE CADA UNO DE SUS MIEMBROS

Es diferente lo que se come y cómo se procura la comida entre diferentes sectores de ingreso, también la cantidad de personas que se sientan alrededor de la mesa. Las familias del quinto más pobre de la distribución del ingreso tienen un promedio de más de 4,5 miembros, mientras que las del quinto superior están integradas por 2,5 personas. Es el lugar que niños y ancianos ocupan en los hogares de cada sector otro factor distintivo.

En los hogares pobres los adultos excepcionalmente pasan los 60 años, mientras la esperanza de llegar a los 80 no es descabellada para el resto. Sin embargo, los pobres llevan las vidas más duras, se enferman más, tienen menor acceso a la atención médica, las complicaciones y secuelas son más graves, están más expuestos a accidentes de trabajo y en definitiva, mueren más y mueren antes. Si llegan a la edad de retirarse con el pésimo nivel de seguridad social que tiene Argentina, donde la jubilación mínima es de 141 pesos, a veces con un complemento de cincuenta pesos más, y corresponden al 25 por ciento de la línea de pobreza (LP), los ancianos estarán condenados a ser pobres y dependientes de sus hijos.

Hemos calculado que cuando hay recursos escasos y los hijos han formado nuevas familias, se necesitan cuatro hermanos retirando recursos de sus propias unidades domésticas para solventar los gastos de un anciano.

Entonces la reducción del número de hijos por hogar, si bien en el corto plazo genera un aumento del nivel de vida, en el largo plazo resulta una estrategia suicida porque dos hijos no pueden mantener un padre, mucho menos con las necesidades nutricionales específicas que tiene ese grupo de edad. En los sectores medios y altos en cambio, los ancianos se mantienen con los bienes acumulados en su vida productiva ya sea que vivan solos o en instituciones pagas.

Las mujeres en las unidades domésticas de ingresos más bajas son productoras silenciosas que soportan con su actividad gran parte de las estrategias de consumo. Esto sucede al punto que comparando los ingresos que una adulta puede ganar en los mercados de trabajo frente a los que genera permaneciendo en el hogar, es comprensible que casi tres cuartos de las mujeres pobres permanezcan realizando tareas domésticas no remuneradas y se declaren no-PEA (no económicamente activas para las encuestas de empleo).



Pero la estrategia para sobrevivir en la pobreza requiere de la complementariedad de los sexos. Los hogares con un solo jefe amplían la brecha de la pobreza y aquéllos con jefa mujer anciana son los más pobres entre los pobres. En cambio la estrategia de fusión de hogares con jefas mujeres emparentadas de distintas generaciones-hogares extendidas y matrifocales, son altamente exitosos en términos económicos pero socialmente desvalorizados y los encontramos sobre todo en la pobreza sin paralelo en otros sectores.

La función de los hijos dentro de la unidad doméstica también cambia con el nivel de ingresos; es que cuanto más pobre es el hogar, más rápido se integran los hijos al mundo del trabajo asalariado. El caso extremo de la pobreza: los hijos de los "cirujas", quienes recorren la ciudad sacando de la basura hogareña (cartón, vidrio y otros objetos) para vender a los recicladores. Trabajan con sus padres a la edad de 8 años y a los 15, si son varones, ya se independizan (Saraví; 1994).

El aporte temprano de los hijos en las unidades domésticas pobres estuvo dado principalmente por su integración en el mercado asalariado (como empleadas domésticas, ayudantes, aprendices y peones), actividades que se encuentran cada vez más reducidas porque la creciente desocupación ha hecho que adultos calificados los hayan desplazado como trabajadores de medio sueldo. A raíz de ello comienzan a surgir conflictos con las bandas de varones adolescentes que al terminar el ciclo educativo obligatorio ya no encuentran las ubicaciones laborales que hasta hace muy pocos años el mercado les brindaba y que les permitía un lugar de valorización social y familiar.

Mientras que la unidad doméstica pobre espera que sus hijos produzcan y colaboren con el mantenimiento del hogar desde muy jóvenes, para los sectores medios y altos, los hijos son lo que los economistas llaman un "beneficio de consumo": El placer que le produce a un padre criar un hijo ya que toda la "inversión en capital humano" — por ejemplo una educación universitaria de posgrado — no esperan que les sea devuelta, sino que le sirva para ascender socialmente en su vida independiente. Los hijos en sectores de bajos ingresos se comportan como inversiones, que volverán como sueldos tempranos y seguridad social, mientras que en sectores medios y altos se comportan como gasto de consumo de sus padres. Esta relación entre ingresos y tamaño de la familia ha sido muy estudiada tanto por demógrafos como por economistas. (Aguirre; 1995).

5. DISTRIBUCIÓN DE LA COMIDA

Si abordamos el tema de quién come qué, encontraremos que en los hogares pobres los niños se integran rápidamente a la alimentación de los adultos. Apenas después del destete que ocurre cerca de los tres meses, complementan su alimentación con leche, purés y sopas de la olla de los adultos pero sin condimentar. La época de la introducción del alimento sólido es el período de mayor riesgo de desnutrición infantil por la insuficiencia y el riesgo higiénico del alimento sólido.

En cambio, en los restantes sectores hay un destete diferencial (a los dos y los seis meses de edad respectivamente) debido tanto a la influencia de corrientes naturales y salubristas como a la protección de las madres por leyes laborales, junto a mayores ingresos para sostener la decisión de amamantar aún con licencias sin sueldo. Existe un período intermedio de seis meses a un año de papillas y comidas específicas, recién después se

integran los niños a la cocina del hogar aunque con algunas reservas, como los picantes por ejemplo.

Pero ¿quiénes comen cuando hay poco? Por los datos de las crisis hiperinflacionarias sabemos que se privilegió la comida de los niños (enfermos y desnutridos), luego la de los varones adultos y finalmente la de las mujeres y los adolescentes (Aguirre; 1991). Como el periodo de estabilidad económica que siguió a la hiperinflación de los años 1989 y 1990 no revirtió el deterioro alimentario sufrido sino que hizo la caída menos abrupta, debemos buscar en las adolescentes desnutridas de entonces las madres de niños de bajo peso de hoy.

Con todas estas conductas, las unidades domésticas logran una canasta de consumo alimentario impensable desde sus ingresos. En grueso, es decir tomando sólo los intercambios monetarios, podríamos calcular en qué medida con el despliegue de estas conductas las familias pobres mejoran su ingesta ponderando el consumo efectivo que logran respecto de su capacidad de compra.

Resumiendo, las conductas que forman las estrategias de consumo son:

1. manejo de la composición familiar,
2. diversificación de las fuentes de ingresos,
3. diversificación de las fuentes de abastecimiento y
4. autoexplotación, que en este contexto significa trabajar más o comer menos.

6. LAS LÓGICAS DEL CONSUMO

Pero más allá de las conductas existe una lógica, una racionalidad intrínseca en el armado de las canastas de consumo de los tres sectores.

Los sectores altos. Las unidades domésticas cuyos ingresos duplican o triplican el costo de una canasta básica, obviamente se despreocupan de ecuaciones económicas y seleccionan qué comer a partir de otros parámetros: la salud y el bienestar.

Gastan un porcentaje menor de sus ingresos en comer, pero compran varias veces más caro. El gasto en alimentación es altamente ineficiente en términos costo-beneficio. No solo adquieren proteínas relativamente caras sino que desde el punto de vista energético, dado el menor nivel de hidratos, probablemente rompan cadenas proteicas para generar energía.

Cuando se interroga a los informantes acerca de las razones del primer rubro de consumo, las frutas y verduras, surge un fuerte deseo de prevenir enfermedades crónicas degenerativas, accidentes cardiovasculares y estrés. De ahí las dietas ricas en fibra que relegan las carnes a un tercer lugar y, conforme al criterio de salud, también registran un sensible aumento de carnes blancas, pollo y pescado.

La dieta "saludable" de estos sectores, baja en colesterol, no es tal. Diez kilogramos mensuales por persona de consumo cárnico sólo, puede considerarse en Argentina bajo en colesterol. El consumo actual de carne de este sector es bajo respecto de su propia historia,

hace diez años rondaba los quince kilos. De hecho las dietas consideradas saludables del sector alto se componen del doble de carne que las del sector bajo que no pretenden tal fin. Siguen siendo dietas ricas en grasas animales y es cierto que por primera vez incluyen frutas y verduras en una cantidad históricamente inusual, pero siguen la lógica de la exageración.

Demasiado de todo. Hoy son las fibras por la moda de la salud y la belleza que las asocia a esos criterios. Mañana será otro concepto, proveniente de la ciencia o la estética, que virará el consumo hacia otro producto prestigioso y probablemente caro.

Los sectores altos no han dejado de ser fundamentalmente carnívoros. Consumen frutas y verduras que antes no consumían pero siguen manteniendo alto su consumo cárnico, es decir son conservadores, sobreponen la moda de la vida sana al patrón tradicional, ahora “el algo” — de “carne con algo” — es la verdura, pero siempre hay carne.

Los sectores medios. Demuestran cómo el consumo crece a la par de los ingresos. No es la lógica de la necesidad la que da forma a sus canastas. Los ingresos disponibles son suficientes entonces pueden comer no sólo lo que necesitan, sino lo que quieren. Es una lógica de la satisfacción.

La tensión entre el deseo de alimentos y el comer describe una parábola semi-elíptica. Crece sostenidamente hasta obtener saciedad pero no se detiene, avanza en procura de saciedad simbólica como motivación profunda. La frontera de la saciedad es sumamente elástica de definir. Sin embargo, se alcanza en algún momento de lo alimentario, es allí cuando el deseo se desplaza a otros consumos, no alimentarios. La lógica de la saciedad de los sectores medios se instala difusamente antes de que esto suceda (Aguirre, Lesser, 1993).

De algún modo la canasta de los sectores de ingresos medios marca las tendencias más auténticas del patrón alimentario rioplatense ya que muestra lo que comen los que tienen ingresos suficientes y están más preocupados por comer que por vivir sanos o lindos. Eligen lo que tradicionalmente se ha considerado “bueno” para “comer bien comidos”, expresión que quiere decir estar satisfechos, y esto es: carne con algo.

Desde una perspectiva estrictamente nutricional, la elección de su canasta es excesiva en grasas animales y azúcares. En términos de costo-beneficio la ecuación está lejos de ser óptima. Siempre prima lo rico más que lo necesario porque la necesidad ha sido superada, predomina lo deseado sobre lo meramente bueno.

Parafraseando el dicho “comer para vivir o vivir para comer”, se podría decir que los pobres viven para comer porque dedican gran parte de su energía a obtener la comida, la que necesitan no la que quieren. Los sectores de ingresos altos comen para vivir sanos, en alusión a los criterios que enarbolan como razones de su consumo, y los medios comen para gozar porque sus elecciones están en función del gusto, liberados de la tiranía de la necesidad o de la salud.

Los sectores pobres. Han combinado sus recursos haciendo la mejor elección posible en virtud de sus restricciones de acceso, lo que no quiere decir que sea óptima desde el punto de vista nutricional.

Sus canastas analizadas desde el punto de vista nutricional muestran una gran proporción de hidratos y grasas siendo la cantidad de proteínas adecuada. También desde el

punto de vista costo-beneficio consiguen mayor cantidad de productos y a los menores precios. Han formado una dieta "ahorradora de proteínas". Su carencia principal, las frutas y verduras que aportan minerales, vitaminas y fibras, no son registradas como faltas por nuestros informantes. En cambio, la cantidad de carne les parece escasa según el patrón alimentario rioplatense.

Quisieran comer "bien", carne en todas las comidas. El no poder comer carne en la cantidad socialmente adecuada los marca como marginales respecto del patrón rioplatense, soportan una nueva exclusión esta vez alimentaria.

Respecto de estas representaciones, las mismas aseguran que su elección ha sido una verdadera estrategia de supervivencia porque combinaron de la mejor manera posible sus recursos escasos para formar una dieta adecuada. Sin embargo no les sirve para satisfacer lo que podríamos llamar "el hambre del significante carne".

Sirve para comprender por qué con tal caída de la capacidad de compra hay relativamente pocos desnutridos, sirve también para entender qué poco éxito tienen los nutricionistas cuando tratan de explicar en términos científicos lo que es una demanda de identidad como grupo: es la demanda que no se rompa una pertenencia.

El hambre de carne de los sectores pobres rioplatenses no es solamente la demanda real por mejorar. Sus condiciones alimentarias, en permanente deterioro desde hace veinte años, deben leerse además como un hambre "del significante". Resume la experiencia de la identidad en la creciente pobreza de la actualidad.

Han comprendido que el país que acogió a tantos inmigrantes europeos a principios de siglo, que integró a tantos migrantes internos en la década del '50 sobre la base de compartir valores, idioma y comida, a ellos los está excluyendo haciendo cada vez más imposible la movilidad vertical que lo caracterizó. Las crisis de ahora más de veinte años de ajustes y sus secuelas hacen que las familias sepan que serán cada vez más pobres.

La base alimentaria que hace comprensible el concepto de exclusión social es que algunos "ellos" comen carne y "nosotros" ya no podemos comer la misma "comida", comemos fideos.

La creciente polarización social se corporeiza en que ya no comemos lo mismo. La queja sobre la insuficiencia de carne en la dieta es la demanda por volver a compartir el patrón que desde la identidad significa pertenecer a la sociedad que lo creó, la sociedad que permitía una esperanza de progreso.

Anteriormente se señaló que el hecho que el patrón alimentario cortara transversalmente la estructura social era el reflejo de una sociedad integrada y sin grandes diferencias entre ricos y pobres. Ahora debemos considerar que los hogares pobres están viviendo las tensiones de ese patrón, presintiendo su ruptura en virtud de la regresiva redistribución del ingreso.

Sin duda, de mantenerse las actuales tendencias, el patrón se escindirá y la comida de pobres será los fideos y la de ricos el churrasco; así se expresará en lo alimentario la polarización social de los '90 con la que ya hemos entrado en una nueva década.

Es que cuando los pobres no puedan comer más carne, "el bocado exquisito para el paladar, nutritivo para los estómagos débiles y de cualidades maravillosas"; habremos

desaparecido los argentinos que fuimos, descendientes de los gauchos, los que poseíamos el secreto de la preparación de una sociedad de la abundancia.

CARACTERIZACIÓN DE LA CIUDAD DE RÍO CUARTO

La población — como unidad de análisis — se define como el conjunto de individuos potencialmente interfértiles que conviven en un área geográfica determinada, vinculados por relaciones de parentesco y económicas concretas, resultantes de una historia común y con frecuencias genéticas diferentes de otros grupos cercanos. Este concepto trasciende la idea de una sumatoria de individuos, en la medida que implica un conjunto interactuado en un espacio y en un momento histórico determinado.

1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

La ciudad de Río Cuarto está ubicada en el Departamento del mismo nombre al sur de la provincia de Córdoba, 438 metros sobre el nivel del mar en la llanura pampeana cordobesa. Se encuentra a 200 kilómetros de la ciudad de Córdoba, a 600 kilómetros al oeste de Buenos Aires y a 500 kilómetros al este de Mendoza. Esta situación la transforma en un nudo geográfico del país conectando las grandes ciudades del este y oeste y las del norte con las del sur.

El ejido municipal tiene una extensión de 6.245 hectáreas y se puede acceder al mismo por distintas rutas que circunscriben la ciudad, "encerrándola". Por el noroeste la ruta nacional 36 que conecta Córdoba con la ciudad de Mendoza, por el sudoeste la ruta nacional 8 que lo lleva a Buenos Aires y por el norte el empalme de las rutas 8 y 36, generando tres accesos diferentes hacia el microcentro de la ciudad.

La ciudad está atravesada al norte por el río Cuarto, ancho y poco profundo, que corre en dirección oeste-este y la cruza desde el noroeste hacia el noreste. La ciudad fue fundada el 11 de noviembre de 1786 por el marqués español Don Rafael de Sobremonte al sur del río Cuarto, extendiéndose luego hacia el norte del río y formando el conglomerado urbano llamado Banda Norte.

La población, según el censo nacional de 1991, es de 134.577 habitantes, de los cuales el 55 por ciento son del sexo femenino. Esta cifra representa el 60 por ciento de la población del departamento Río Cuarto, el 20 por ciento se distribuye en otras localidades y el otro 20 por ciento restante en la zona rural. La ciudad de Río Cuarto tiene una fisonomía particular, encontrándose en la periferia algunos bolsones con características semirurales. Otro de los factores que la caracterizan es la homogeneidad barrial; es una ciudad plana con muy pocos edificios que no sobrepasan los tres pisos en los barrios y con edificios de propiedad horizontal ubicados en el microcentro de la ciudad.

Bajo el concepto de pobreza crónica, es decir aquellos hogares que tienen insatisfacción de por lo menos una necesidad básica y que a la vez sus miembros tienen ingresos por debajo de la línea de pobreza (LP), se encuentra un total de 4.654 hogares que representan el 72,27 por ciento del total de hogares con NBI.

El otro 26,44 por ciento, que representa 1.703 hogares, le corresponde a hogares que se encuentran bajo el concepto de pobreza inercial, es decir aquellos que presentan una situación social potencialmente ascendente dado que sus miembros cuentan con ingresos por encima de la LP pero todavía tienen NBI.

En el caso de los hogares que no presentan NBI, se observa que el 26,19 por ciento del total pertenece a hogares con miembros con ingresos por debajo de la LP, es decir, se corresponden con el concepto de pobreza reciente, también denominados como "nuevos pobres". Esto sugiere una situación social de tipo descendente, ya que si bien tienen satisfechas sus necesidades básicas, presentan ingresos por debajo de la LP. La hipótesis es que posiblemente se trata de hogares que debieron contar en el pasado con mayores ingresos y pudieron así disponer de un mejor equipamiento urbano.

El otro 69,96 por ciento significan 30.966 hogares sin NBI. Se encuentran dentro de la situación de no-pobreza ya que además de satisfacer todas sus necesidades básicas poseen un ingreso por encima de la LP.

El mismo análisis se puede realizar para el caso de las personas. La cantidad de personas con NBI e ingresos por debajo de LP es de 19.005 personas. Estas son las que se encuentran dentro de las que se denomina pobreza crónica. Representan el 82 por ciento del total de personas con NBI. El 17,62 por ciento restante corresponde a personas con NBI pero con ingresos superiores a la LP, más precisamente 4.085 personas.

En el caso de las personas que no poseen ninguna NBI, se observa que el 31,15 por ciento, o 4.502 personas, presenta ingresos por debajo de la LP, mientras que el restante 64,55 por ciento, u 88.057 personas, tiene ingresos superiores a la LP.

2. UNO DE SUS SECTORES: EL BARRIO OBRERO

En la presente investigación, y tal como se anticipara en la introducción de la misma, la problemática alimentaria será analizada específica y concretamente en el sector denominado "barrio obrero" de la ciudad de Río Cuarto. Obedeciendo al planteo central de este proyecto; las indagaciones, así como los resultados de las mismas y las conclusiones finales, se realizarán sobre una muestra representativa de este sector de la ciudad. Las características particulares del sector como también las de sus habitantes son las más propensas e indicadas en términos socioculturales y económicos respecto de los objetivos teóricos que estructuran esta investigación.

El sector barrio obrero se halla situado al este de la ciudad de Río Cuarto, limitado por las calles Juan Díaz de Solís y Yapeyú, entre Intendente Daguerre y Adelia María. Las características socioeconómicas y ambientales del barrio presentan homogeneidad en cuanto a población, tipo de construcción o vivienda y servicios; determinando NBI manifestadas en pobreza estructural.

La población de la cual se tomó la muestra se constituye por un total de 194 familias, con 727 integrantes en total. La estructura etárea en general es de tipo joven ya que el 85 por ciento de la misma tiene entre 0 y 44 años de edad. El 38 por ciento es menor de 15 años y la proporción de mayores de 65 años es poco significativa, sólo un 7 por ciento. En cuanto a la distribución por sexo, ésta se mantiene homogénea.

Respecto de la situación ocupacional, el 54 por ciento de la población del sector es económicamente activa, de la cual el 49 por ciento trabaja. En el caso de los varones ocupados, el 91 por ciento realiza trabajos poco calificados socialmente; por ejemplo changas (actividad de carácter transitorio y ocasional), peón de albañilería, venta

ambulante, recolección de residuos y desperdicios (cirujas) y jardinería, entre otros. Sólo un 2 por ciento tiene trabajo en relación de dependencia en forma legal o ilegal. En cuanto a las mujeres que trabajan, el 86 por ciento lo hace en servicio doméstico y un 9 por ciento en actividades con relación de dependencia ya sea legal o ilegalmente. Un 5 por ciento de ambos sexos son jubilados o pensionados, contándose entre ellos a aquellas personas que cobran pensión graciable, como discapacitados o madres de siete hijos.

En referencia a los ingresos del grupo familiar, el mayor porcentaje de familias gana entre 150 y 300 pesos mensuales (un 51 por ciento). Es importante aclarar que los ingresos por changas se estiman alrededor de 100 a 200 pesos mensuales, considerándose inestables y temporarios. Pocas familias son las que no perciben ingresos mensuales (un 5 por ciento), recibiendo ayuda de familiares o de instituciones locales.

Socio-ambientalmente puede observarse que el sector está asentado sobre terrenos propios, con viviendas propias, alquiladas o cedidas, pudiéndose determinar homogeneidad en cuanto a las condiciones de carencia.

El tipo y construcción de vivienda son homogéneos. Los materiales empleados en la construcción de las paredes son ladrillo y ladrillo bloc, y algunas están revocadas. Los techos son en su mayoría de chapa cinc y en menor escala de hormigón. En lo que hace al piso de las viviendas, el material más utilizado es cemento aunque en algunos casos se ve tierra o mosaico. Un alto porcentaje de las unidades habitacionales está constituido por un solo ambiente y a veces son compartidas por más de una familia. Estableciendo una relación entre el número de integrantes por grupo familiar, cantidad de habitaciones de la vivienda y el número de camas existentes, puede determinarse que no hay un alto índice de hacinamiento.

El sistema sanitario consiste en letrina externa que es generalmente compartida por varios grupos familiares, o de baño interno con sanitarios sin descarga de agua, mayormente de uso familiar exclusivo.

En lo concerniente a los servicios, no todas las viviendas cuentan con luz eléctrica. Algunas utilizan velas u otras formas de iluminación, aunque la mayoría usa gas envasado y en menor proporción leña o querosén. Desde el punto de vista de la disponibilidad, un 76 por ciento de las familias poseen una bomba manual o eléctrica en el predio de sus viviendas y acceden al agua corriente de red mediante picos públicos ubicados en los distintos sectores del barrio. Todos cuentan con el servicio de recolección de residuos.

En el barrio no se ubica ninguna escuela primaria, los niños asisten mayormente a las escuelas Sócrates Anaya y Arzobispo Espinosa, fuera del sector. El dispensario del lugar brinda cobertura médica, y los pequeños cuentan con una copa de leche y un comedor comunitario (Ochoa; 1997).

VI

HIPÓTESIS

La palabra “hipótesis” surge de la conjunción de los vocablos griegos «*hypo*» que significa “debajo” y «*thesis*» cuya traducción al castellano es “idea”. En efecto, la hipótesis es aquel postulado que surge del planteo de un determinado interrogante, a la cual se arriba luego de una investigación teórica y documental que deberá ser ratificada por una investigación empírica, la que determinará la verosimilitud y correspondencia de dicha hipótesis como respuesta tentativa del interrogante original. Cuanto más la investigación empírica sustente a la teoría sobre la que se basa la hipótesis, más cerca estará la misma de convertirse en la respuesta al interrogante del problema tal cual ha sido planteado.

La hipótesis — como idea que va por debajo, idea que da base y sustenta — que se presenta a continuación, es el resultado de un detenido análisis y recopilación bibliográfica que integran los capítulos anteriores del marco teórico. Esta marca la conclusión del cimiento teórico de este trabajo y determina el comienzo de la fase de campo — análisis práctico de la realidad — que se desarrolla en adelante. Dicha hipótesis pretende satisfacer el objetivo general del proyecto, y a los subordinados específicos, hasta llegar al mismo interrogante de esta investigación.

“El papel del Estado en cuanto al diseño, implementación y control de políticas sociales destinadas a la educación de los individuos en materia alimentaria, se relaciona directamente con el nivel de conocimientos de familias en situación de pobreza respecto de una adecuada nutrición infantil.”

trabajo de campo

VII

ANÁLISIS FOCALIZADO DE LA PROBLEMÁTICA ALIMENTARIA

1. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN APLICADA DURANTE EL TRABAJO DE CAMPO

Durante la fase investigativa denominada "trabajo de campo" que hace a los objetivos prácticos de este proyecto de investigación, se empleó la técnica de recolección de datos conocida como **grupo de discusión (GD)**. Se trata de una técnica particular encuadrable asimismo en la familia de las *entrevistas grupales*, pero con entidad propia y un destacado papel tanto en el campo de la investigación de mercados (estudio de la variable consumo) como en el de la investigación social.

La técnica del GD consiste en convocar a un número reducido de participantes (usualmente entre 8 y 10) dispuestos a intervenir activamente en la temática grupal que les será planteada. La importancia de no sobrepasar el número de 10 a 12 individuos radica en la posibilidad de la formación de subgrupos que luego confronten sus ideas por otras razones que las de opiniones encontradas, y que resulte en el "triunfo" de un grupo y la anulación del otro. El número mínimo de participantes debe ser siempre de entre 8 ó 7 individuos, nunca menos ya que los resultados serían de poca validez general en cuanto a su escasa representatividad sobre el total de la población.

En este trabajo se encargó la tarea de convocar a 19 madres de familia a la responsable de la Iglesia Evangélica situada en el sector Barrio Obrero de la ciudad de Río Cuarto. También se contó con la colaboración de la médica del centro de atención de dicho sector. Esto es recomendable en cuanto las personas que viven o trabajan en el barrio suelen conocer a la mayoría de los vecinos y estar al tanto de lo que acontece en los distintos ámbitos de la dinámica barrial. Así, son ellos generalmente los más indicados para realizar la selección de los participantes junto a los investigadores y ciertamente son quienes deben convocarlos. En investigaciones sociológicas, y especialmente de tipo cualitativo como esta, siempre es necesaria una entrevista previa con algún profesional y/o vecino cuya actividad esté relacionada a la vida y el quehacer cotidiano del barrio. Esta persona puede alertar y aconsejar a los investigadores en cuanto a factores de importancia que puedan condicionar o influir sobre la concreción de los objetivos prácticos de la investigación.

Una de las razones fundamentales por las cuales se optó emplear la técnica del GD es que esta ofrece una dinámica grupal y autonomía de acción como pocas otras. Dichas características implican una participación considerablemente menor del moderador a tal punto que su rol durante varios momentos de la entrevista es completamente pasivo. Este fenómeno elimina muchas de las posibilidades de sesgo y sugestión que puedan llegar a ser inducidas involuntaria y/o erróneamente por el mismo. El GD posee una dinámica propia en cuanto a la presentación y el desarrollo de la información brindada. El papel del moderador, y de otros investigadores si los hubiere, está bien establecido en esta técnica: él es el que plantea los temas a discutir cuando se inicia el debate y sólo intervendrá si los

mismos necesitan ser clarificados o si alguna dificultad en el desarrollo técnico o metodológico emergen. El GD irá abriéndose paso sobre los diferentes terrenos de análisis por sí mismo: la interacción individual funciona como el motor que impulsa el hilo discursivo de los participantes hacia la contestación del tema planteado. No ocurrirá una nueva intervención del moderador salvo que la misma sea sumamente necesaria en función de las dificultades antes citadas.

En tanto forma de investigación cualitativa, los grupos focalizados son básicamente entrevistas de grupo, aunque no en el sentido de una alternancia entre las preguntas del investigador y las respuestas de los participantes de la investigación. En vez de ello, hay una dependencia de la interacción dentro del grupo, basada en los temas que proporciona el investigador, quien típicamente adopta el papel de moderador. Los datos fundamentales que producen los grupos focalizados son transcripciones de discusiones de grupo (MORGAN 1998).

En el siguiente cuadro comparativo se resumen las principales ventajas e inconvenientes que se presentan en la realización del GD.

VENTAJAS	INCONVENIENTES
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Economía</i> de tiempo y dinero: ventajas tradicionales revisadas. • <i>Flexibilidad</i>: utilizable en el estudio de diversidad de temas, con personas y en ambientes diversos. • Las bazas de la <i>interacción grupal</i>: <i>efectos de sinergia, efecto audiencia, estimulación, seguridad y espontaneidad en grupo; simulación de la interacción discursiva social.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Artificialidad</i> en relación con las técnicas de observación participación. • Inconvenientes (clásicos) de la <i>interacción grupal</i>: problemas de generalización, <i>sesgo, comparabilidad, deseabilidad.</i> • Inconvenientes de la <i>interacción grupal</i> ortodoxa o tradicional: límites para la <i>investigación-acción-participativa</i>; necesidad de complemento de técnicas grupales alternativas o afines.

La duración de la entrevista depende esencialmente de los objetivos prácticos de la investigación, de su extensión y complejidad. Generalmente no debe excederse de 120 a 180 minutos. En esta investigación la duración de la misma fue de aproximadamente 90 minutos. En lo referente al lugar donde se llevó a cabo la entrevista, éste fue el comedor comunitario de Barrio Obrero. El mismo resultó el más indicado teniendo en cuenta la comodidad y pocas posibilidades de traslado de los entrevistados, además de no presentar gran artificialidad ya que se trató de un lugar corriente, bien conocido por todos los participantes.

Una vez finalizada la discusión de grupo en lo que hace a los tópicos planteados por el investigador, se respondieron las diferentes preguntas e interrogantes surgidos en los participantes a raíz de cuestiones tratadas durante la entrevista. Esto, sumado a un posterior agradecimiento y despedida, posibilita un cierre exitoso del GD. También deja una puerta abierta y fomenta la predisposición de los participantes ante futuros relevamientos.

“... cuando se cierra el magnetófono, el preceptor suele conversar de igual a igual con los miembros del grupo. Este colofón, que queda fuera de la técnica, habría que incluirlo en la técnica. Así, el preceptor, que asume la responsabilidad de responder (a las preguntas y demandas del grupo) asumirá la metarresponsabilidad de responder que no hay respuesta (que el saber — y el poder — es cosa de preguntar y no de responder)” (Ibáñez 1991).

2. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO

- ✓ Saber si en las familias se reconoce el estado de enfermedad en los niños.

La mayoría de las madres reconocen el estado de enfermedad en sus niños, especialmente cuando este se manifiesta a través de una sintomatología de tipo común tal como decaimiento y cansancio, fiebre o sueño prolongado. Frente a esta situación las madres deciden generalmente concurrir a una consulta médica, requiriendo muchas veces estudios y análisis especializados, y solicitando al profesional algún tipo de medicación que les permita solucionar el problema de salud.

Cuando los síntomas desaparecen y el niño recupera su carácter y energía habituales, las madres suelen interrumpir la medicación (que supuestamente ya “hizo su efecto”), cortando así el tratamiento. La mayoría de las entrevistadas vuelven a la consulta médica para permitir al profesional dar un diagnóstico preciso y actualizado, y efectuar un seguimiento próximo del estado de salud del niño.

Prácticamente la totalidad de las madres estudiadas asisten a consultas médicas, aunque queda firmemente demostrado que lo hacen sólo cuando sus hijos se encuentran enfermos. Existe en ellas una concientización sobre la importancia de las visitas al médico (particularmente cuando sus niños son menores 2 años; el denominado “control”). La medicación es priorizada y valuada como la solución mágica de las enfermedades en detrimento del reconocimiento de una buena alimentación como elemento clave y principal en la prevención de las mismas.

“Cuando un chico es hiperactivo, como quien dice, y ves que no es como antes o como todos los días es algo para preocuparse. Porque si a él le gusta andar, hacer lío, y ves que no es así, es para preocuparse; porque tiene un problema. Pero como nosotros no somos doctores, no sabemos, tenemos que recurrir a alguien que sepa y nos derive a donde tiene que ser.” (Paola, 23 años).

“El doctor Moreno, que atiende en el Neonatólogo, me dijo si quería que le pusiéramos una vacuna que es para levantar las defensas; y bueno, la compramos, esa vacuna, y le pusimos la mitad de la ampollita, y la otra mitad a los 15 días; y a los 15 días de haberle puesto la ampollita esa, la última dosis, se le corto la diarrea y nunca más”. (Fanny, 25 años).

- ✓ Analizar qué conocen las familias sobre la incidencia de talla y peso bajos en el crecimiento.

El mayor número de mamás entrevistadas reconoce el bajo peso en sus hijos y opina que esto se debe a que los niños tienen sus propios criterios de selección en lo que hace a los alimentos, esto significa que mayormente eligen aquello que desean comer. Son estas mismas mamás quienes consideran la talla y el peso bajos como un problema esencialmente “hereditario” sin relación con enfermedades en los distintos tiempos.

Un número menor de entre las entrevistadas demostraron preocuparse por el bajo peso y talla en sus hijos, y aseguraron que ante tal situación los llevan a control médico. Sin embargo, las madres de este grupo fallan en relacionar la alimentación de sus menores con la calidad de nutrientes aportados, otorgando mucha más importancia a cuánto — y no qué — es consumido. Fundamentalmente las mamás relacionan el peso y talla bajos con problemas más complejos de salud, como por ejemplo alergias o “nervios”, que a su criterio son los que impiden al niño engordar adecuadamente.

Existe un desconocimiento generalizado acerca de la alimentación que debe recibir un niño para llevar a cabo y favorecer un buen crecimiento. En conclusión, no se relaciona adecuadamente el problema de talla y peso bajos con una probable insuficiente o inadecuada alimentación.

“El peso [del niño] es normal y la altura, como él es petiso [el mismo niño] es normal. Va a ser poquito alto, por la estatura de la madre (comentan las demás madres)”. (Rita, 22 años).

“De la nena, sí, me dijo [el médico] que no había llegado al peso que tenía que pesar a los 6 meses, pero yo no lo notaba, para mí estaba bien; y de ahí, me empezó a dar hierro y vitaminas, y al mes siguiente estaba bien; pero yo no la notaba flaca”. (Paola, 23 años).

- ✓ Conocer la opinión de los padres respecto del sobrepeso u obesidad en sus hijos.

Como regla general las mamás identifican el sobrepeso en sus hijos y saben que es posiblemente el causante de otros problemas de salud, tales como alteraciones en la motricidad (por ejemplo, dolor de rodillas). Además, manifiestan que sus niños se sienten discriminados socialmente por lo que ellas tratan de disminuir la cantidad de alimentos que los mismos ingieren, aunque admiten no poder negarle el alimento en la mayoría de las oportunidades, aún sabiendo que este es excesivo. Esto puede ser atribuido a que ante la usual escasez de alimentos que hay en el hogar, las madres sientan la doble obligación de saciarlos y no privarlos de la comida cuando esta es suficiente: “cuando hay, que coman”.

“Es una lucha con los gorditos, la mía de 6 años tiene complejos; le dicen ‘vos sos gorda’, ‘vos sos chancha’. Ella come a cualquier hora, a la tarde igual y a la noche come, es de mucho comer. La llevé al control de la escuela, [el médico] le quitó las pastas, la sal y lo condimentado”. (Viviana, 36 años).

“Yo tengo uno de ocho que pesa 40 kilos y uno de doce que pesa 51, y los he llevado a control para saber si tienen exceso de peso o no, porque los veo muy gordos, muy grandotes; y la doctora me ha dicho que no. Al de 12 años sí me dijo que me lo va a poner

a dieta, tiene mucha gordura y le trae problemas de espalda, de piernas. Después que aumentó mucho de peso está dolorido, le duele la espalda, la cintura. A él le va a hacer la dieta para que baje de peso. Gimnasia, sí; [práctica] fútbol, todo; pero no adelgaza. Come mucho. (Sandra, 31 años).

✓ Indagar qué importancia dan los padres a la anemia nutricional en sus niños.

La generalidad de las madres identifica a la carne como un alimento importante nutricionalmente, junto con frutas y verduras. Este no es el caso de las legumbres, tales como la soja y las lentejas, que son usualmente obviadas en la dieta familiar.

Durante la entrevista, las madres expresaron que sus niños no comen la cantidad de carne que ellas consideran suficiente. Dijeron que observan en sus hijos un rechazo hacia la misma: no quieren tragarla, la mastican y luego la escupen, no les gusta el sabor ni la textura, etc. Ante este rechazo total y repetido, las madres admitieron no insistir más sobre el consumo de carne en sus hijos, remplazándola generalmente por pastas y especialmente leche, comidas que el niño acepta muy bien.

Respecto de la anemia, la mayoría sabe que es una enfermedad producida por la deficiencia de hierro y que ocasiona diferentes trastornos tales como alteraciones en la visión, sueño excesivo y desgano, pero no la reconocen como una enfermedad de origen nutricional. Sin embargo, sí la relacionan como factor desencadenante de enfermedades más agudas. Las madres no hacen una gran diferenciación sobre qué alimentos son ricos en hierro; solo conocen la carne, el hígado y algún que otro vegetal.

En ellas existe una conciencia instalada de que muchas veces el niño no acepta una comida debido a su sabor, a la preparación o a que simplemente "no le gusta". Sin embargo, tampoco se observa en el conjunto una marcada voluntad de cambio o innovación al respecto. No se insiste para que los pequeños amplíen su alimentación y la cuestión termina con que "no le gustó". La comodidad de la leche o de las pastas triunfa más allá del costo del plato.

"Yo estuve anémica de todos los embarazos y la única que tiene problemas de anemia es la nena, y mejoró. Le daban hierro inyectable porque por boca no comía nada, porque tragó líquido y pasó porque yo no me alimentaba bien, no comía nada. Porque tenía problemas de nervios, tomaba té, y ella [la nena] nació con buen peso porque me internaron y me pusieron suero". (Sandra, 31 años).

"Ella no es amante de la carne ni del pollo tampoco, ella lo único que le gusta es la papa. ¡Ah, la papa! es la comida favorita. Yo si hago un guiso pongo las papas así (indica el tamaño de la papa con las manos), yo hago un puchero, se come 4 ó 5 papas con un poco de aceite. Ella se la come, yo le hiervo una papa y ella se la come. Ella, leche, se toma 10 kilos de leche por mes; por lo menos 15 biberones [al día] y en la noche, si me tengo que levantar porque ella me está gritando de la pieza de ella 'haceme la leche', yo me tengo que levantar a la hora que sea y se la toma". (Viviana, 36 años).

- ✓ Comprobar si los padres de familia relacionan el eventual fracaso escolar de sus hijos con la anemia de origen nutricional.

Casi la totalidad de las madres entrevistadas fallan en relacionar la alimentación, la anemia y el peso de sus hijos durante el crecimiento con problemas de aprendizaje que puedan surgir en los años de la escuela primaria.

- ✓ Indagar si los padres relacionan el estado de nutrición con las enfermedades infecciosas recurrentes en los niños.

Se observó que ninguna de las madres vincula las diversas enfermedades que han padecido sus hijos, como por ejemplo la bronquitis o las neumonías, con el estado nutricional de los mismos en ese momento. Atribuyen las neumonías preferentemente al hábito del cigarrillo y con la alimentación sólo relacionan la diarrea.

conclusiones

CONCLUSIONES

El Estado de bienestar es aquel que se encarga del diseño, la efectivización y el control de políticas sociales y económicas, orientadas hacia la satisfacción de las necesidades básicas (NB) de sus individuos. Facilita el acceso de los mismos a diferentes recursos que les permitan satisfacer necesidades primarias de las cuales depende el sustento de nuestras funciones vitales: alimentación, vivienda y atención médica son algunas de ellas. La satisfacción de estas NB garantiza a la población un grado de estabilidad funcional que le permite iniciar la carrera por la conquista de otro tipo de necesidades (ya no básicas) en pos de un ascendente nivel de vida.

Estas mal llamadas “necesidades secundarias” han sido desde siempre el motor de nuestra sociedad: se hace referencia fundamentalmente al trabajo y la educación. Éstos han sido sinónimos de progreso desde los comienzos de la cultura y en tiempos modernos se han convertido en los ejes esenciales de la movilidad social: lo que permite a un grupo de personas o a una familia ya sea mejorar o bien empeorar su situación socioeconómica. El término “necesidades secundarias” que ha sido acuñado por varios autores a lo largo de años, refiriéndose a aquellas necesidades del individuo que no están vinculadas directamente con el mantenimiento de la vida, podría decirse que hoy en día ha caído en desuso por causas que bien conocemos todos, algunas de las cuales se mencionan a continuación.

En el mundo contemporáneo actual es casi imposible que cualquier individuo llegue a satisfacer por sí mismo todas sus NB si no cuenta con cierto nivel educativo que le permita conseguir un buen trabajo, o bien con cualquier trabajo. Además, se sabe que educación y trabajo son hoy en día de naturaleza recíproca: para conseguir un buen trabajo y mejor remuneración es necesaria cada vez más una mayor inversión de tiempo y dinero en capacitación, lo que nos obliga a permanecer educándonos a lo largo de toda nuestra vida. Es también el incierto y dinámico mercado laboral el que exige más y plantea nuevos desafíos a la educación, no sólo en términos científicos y de investigación sino que estableciendo nuevas pautas y estilos de vida en los individuos que se ajustan a su funcionalidad, uno de los sectores aquí involucrados es obviamente la alimentación.

¿Se puede decir entonces que trabajo y educación son dos elementos desconectados de las necesidades elementales de la gente? ¿No influyen éstos acaso en el nivel y condiciones de vida de la población? Las respuestas aparecen obvias, aunque a muchos de nuestros gobernantes aún les cueste entenderlo. A lo largo de la historia, y de esta investigación, sobran ejemplos de la entrañable relación que el desempleo y la baja calidad educativa en materia de medicina preventiva (elementos de una economía recesiva) guardan con las condiciones y calidad alimentarias de la gente y, por consiguiente, con su estado de salud.

Desde hace ya un cuarto de siglo, el Estado argentino se caracteriza por el completo abandono de sus funciones de bienestar. Se ha transformado en un Estado mínimo cuyo esquema de acción social ha sido subordinado a sus políticas de ajuste económico. La creación, implementación y el control de las políticas sociales destinadas al mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes se encuentran completamente a merced de los programas económicos.

Como lo dice Eduardo Bustelo; (1998), “la política social continúa predominantemente caracterizándose por una preocupación por contener la pobreza con un estilo asistencial clientelista de programación y asumiendo una función compensadora de los ajustes económicos. Abandonándose a ser una dimensión marginal y posterior a la política económica, la política social destaca el carácter incompleto del desarrollo en América Latina al continuar esquivando en punto lo que debería constituir su preocupación central: la falta de equidad y la generación de empleo productivo”.

El relevamiento efectuado en el sector Barrio Obrero de la ciudad de Río Cuarto ofrece un fiel ejemplo de lo expuesto anteriormente. La conducta de las madres ante la percepción de síntomas de enfermedad en los niños se traduce en la inmediata consulta a los efectores de atención. Esto permitiría suponer que existe una mayor penetración de los componentes educativos de los pocos y espaciados programas de medicina preventiva, y que en verdad hay un mayor nivel de conocimiento respecto de prácticas preventivas. Sin embargo, un análisis más profundo permitió identificar que esto no es efectivamente así.

Las campañas preventivas son muy esporádicas como para tener efectos significativos en los hábitos y prácticas diarias. El gran espaciamiento entre sucesivas campañas difícilmente pueda atacar la rigidez de su patrón alimentario, aun si antes no se ha encargado de brindar los elementos suficientes para que las personas afectadas o los destinatarios del programa lleguen a relacionar que lo que comen afecta directamente su estado de salud. Muchas veces las campañas preventivas fracasan ya que se llevan a cabo a través de medios poco comunes o de difícil alcance para familias de bajo nivel socioeconómico. Cuando llegan hasta ellos, se ha observado que en ocasiones se tornan confusas o inentendibles debido al bajo nivel de escolaridad que presentan la mayoría de las personas en las familias pobres. Otras tantas veces, ciertos aspectos de lo que se imparte y enseña en medicina preventiva va en contra de concepciones o creencias arraigadas. Buscar vías sencillas y convencionales de llegar a la población en general, haciendo la información concreta y ejemplificada, facilitará la comprensión de los contenidos.

Los programas de los cuales son beneficiarias las familias de las madres entrevistadas son de cobertura nacional, provincial y municipal. El carácter de estos programas alimentarios es puramente asistencial y la educación que debiera brindarse con los mismos: totalmente inexistente. Se les da comida a quienes no la tienen pero no se les enseña a comer adecuadamente. Esto perjudica gravemente los resultados del programa alimentario ya que muchas madres afirmaron no saber cómo preparar cierto tipo de alimentos que les eran dados, y en el caso de los comedores comunitarios se observó que no se aprovechan debidamente las propiedades nutricionales de los alimentos que son otorgados. En ningún momento de su escolaridad obligatoria (lo que también sería complicado debido al alto grado de deserción escolar en familias pobres) ni después, se le enseña a las madres, los niños, o los encargados de un comedor comunitario acerca de cómo equilibrar una alimentación adecuada y aprovechar al máximo las cualidades nutricionales de los diferentes alimentos. Otro problema en las familias con niños en situación de malnutrición, son familias de madres adolescentes que escasamente han completado sus estudios primarios y no cuentan con una noción básica acerca de una adecuada alimentación infantil. Esto quizás porque nunca fue visto en la escuela, porque abandonaron antes de llegar a verlo, o bien porque no se le dio importancia a la par de lo

que implicó por sí mismo un embarazo, en la mayoría de los casos no deseado, recién comenzada o en mitad de la adolescencia.

Respecto del Programa de Asistencia Integral de Córdoba (PAICor) se observa un mayor grado de satisfacción que el suscitado por el resto de los programas analizados. El comedor escolar es aceptado porque es un lugar donde los niños almuerzan bien, las madres citan los menús servidos en la escuela como innovadores y tratan de imitarlos en sus hogares. Sin embargo, a pesar de ser un programa que cubre satisfactoriamente parte de los requerimientos nutricionales de los niños, no complementa sus funciones con el componente educativo.

El Programa de Maternidad e Infancia está abocado al control del crecimiento y desarrollo. La complementación alimentaria que brinda este programa consiste en la entrega de leche cada vez que los niños son llevados a control. Lo que se provee no es una leche fortificada a pesar de las múltiples investigaciones realizadas alrededor del mundo y en nuestro país que aconsejan utilizar el hierro como agregado para prevenir la anemia. También está demostrado que la leche entera provoca microhemorragias intestinales en los lactantes, que ocasionan pérdida de hierro y acentúan aún más la anemia ferropénica. Como puede leerse anteriormente en esta investigación, la deficiencia de hierro es uno de los males más prevalentes e ignorados en nuestro país. Afecta el desarrollo intelectual de los niños más pequeños, su inmunidad y su actividad física, mientras que en los niños más grandes afecta su rendimiento académico. Todo esto demuestra nuevamente, la obsolescencia en la que se encuentra uno de los programas que forman parte de las políticas de salud en Argentina.

Volviendo a lo citado más arriba, la educación para la salud es un proceso que tiende a lograr que la población se apropie de nuevas ideas, utilice y complemente sus conocimientos para estar así en capacidad de analizar su situación de salud y decidir cómo enfrentar sus problemas de la mejor forma. No obstante, ésta es una tarea muy difícil, no sólo porque habitualmente el personal de salud que la lleva a cabo no se encuentra capacitado para hacerlo, sino también por no ser un trabajo que produzca resultados inmediatos; al contrario, éstos son siempre a largo plazo. A esta dificultad se agrega la presión de la población que requiere soluciones rápidas a sus problemas actuales de salud, es decir, medicina curativa, la cual siempre resulta mucho más cara que cualquier otra.

Tampoco puede depositarse absolutamente todo en la educación, en la prevención o en la esperanza de cambio para corregir la problemática alimentaria. Se sabe que la modernización ha agudizado el flagelo de la malnutrición: la pérdida de la estructura familiar tradicional, de la autoproducción en el área rural y la extensión de la pobreza, son también causantes directas del deterioro nutricional. Sin embargo, es de suma necesidad que el Estado argentino retome inmediatamente su rol distribucionista de la riqueza, generador de empleo y educativo, con el objetivo de lograr una mayor equidad social.

En resumen, hay una ausencia de una preocupación explícita que se traduzca en hechos concretos para definir una política social "interactuante" — y no subordinada — con la política económica. Una política social que con sentido contracíclico sostenga un consumo social, básico y universal que concilie equidad con crecimiento. Los permanentes ajustes han sido de un contenido recesivo, deprimiendo las oportunidades de empleo, las remuneraciones reales y precarizando las condiciones de trabajo. Se intenta reducir el

déficit fiscal a través del desmantelamiento de todo rastro del aparato estatal de bienestar y su estructura de subsidios y transferencias, lo que genera como consecuencia el “Estado de malestar” — ya ni siquiera Estado mínimo — en el que queda institucionalizada la ausencia de toda preocupación distributiva.

bibliografía

BIBLIOGRAFÍA*(Por orden alfabético)*

- AGUIRRE, P. (1991) *Hiperinflación-estabilización en las Estrategias Domésticas de Consumo de Familias en situación de Extrema Pobreza. Cuadernos Médico-Sociales*. Núm. 57. © Centro de estudios Sanitarios y Sociales de la Asociación Médica de Rosario. Rosario de Santa Fe, Argentina.
- AGUIRRE, P. (1994). *How the very poor survive (Impact of Hyperinflationary Crisis on low-income urban households in Buenos Aires, Argentina)*. *Geojournal: An International Journal of Physical Biological Social and Economic Geographic and Applications in Environmental Planning and Ecology*. © Kluwer Academic Publishers. Dondrecht/Boston/Londres.
- AGUIRRE, P. (1995) *Puntos críticos en la seguridad alimentaria nacional*. Ed. del Departamento de Nutrición. Ministerio de Salud y Acción Social. Buenos Aires, Argentina.
- AGUIRRE, P. (1995) *Patrón alimentario, estrategias de consumo e identidad en la Argentina*. Departamento de Nutrición. Ministerio de Salud y Acción Social. Buenos Aires, Argentina.
- AGUIRRE, P. Y LESSER, R. (1993) "Creer para ver" (*Perspectivas teóricas y metodológicas sobre las estrategias de consumo en familias pobres*) en *Cuadernos Médico-Sociales*. Núm. 65-6. © Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de la Asociación Médica de Rosario. Rosario de Santa Fe, Argentina.
- AGUIRRE, P. Y LESSER, R. (1993) "La Cuestión Alimentaria". *Boletín Informativo Techint*. Núm. 274. © Organización Techint. Buenos Aires, Argentina.
- ÁLVAREZ, M. Y PINOTTI, L. V. (1997) *Procesos Socioculturales y Alimentación – Compilación*. Serie Antropológica, Ediciones del Sol. Buenos Aires, Argentina: 13-8, 20-6, 61-95, 99-126, 161-86.
- BONFIL BATALLA, G. (1989) "Lo que toda política alimentaria debe considerar". *Cuadernos de Nutrición*. Vol. 12, núm. 5. México.
- BORDIEU, P. (1984) "Sociología y Cultura (Introducción: La Sociología de la Cultura)" en García Canclini, N. Ed. Grijalbo. México: 9-50.
- BUSTELO, E., CASTEL, R., GALTUNG, J., MINUJÍN, A. Y STEWART, F. (1998) *Todos entran (Propuesta para sociedades incluyentes)*. 1ª edición. Ed. Santillana/UNICEF. Santafé de Bogotá, Colombia: 8-23, 26-67.
- CALVO, E. B., ISLAM, J. Y GNAZZO, N. (1987) *Encuesta nutricional en niños de 2 años en la provincia de Misiones*. II Indicadores dietéticos y hematológicos. *Archivo Argentino de Pediatría* #85: 260-9.
- CALVO, E. B. Y GNAZZO, N. (1990) *Prevalence of iron deficiency in children aged 9-24 mo from a large urban area of Argentina*. *Am J Clin Nutr* 52: 534-8.

- CAMERON, M. Y HOFVANDER, Y. (1983) *Manual para alimentación de infantes y niños pequeños. 2ª reimpresión, 1989*. Ed. Pax México. México, DF.
- CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL (CESNI) (1995) *Proyecto Tierra del Fuego. Diagnóstico Basal de Salud y Nutrición*. Ed. Fundación Jorge Macri. Buenos Aires, Argentina.
- CONI, E. (1930) “*Historia de las vaquerías del Río de la Plata (1555-1750)*” en *Boletín de la Real Academia de la Historia*. Tomo 5, cuaderno 1. Madrid, España.
- DÍAZ DE GUZMÁN, R. (1612) “*Historia argentina del descubrimiento, población y conquista de las Provincias del Río de la Plata*” en *De Angelis*. Editado en 1836. Colección de Obras y Documentos. Imprenta del Estado. Buenos Aires, Argentina: 162.
- GRUPO AUSTRALIANO DE ESTUDIO SOBRE EL DÉFICIT DE HIERRO EN LA INFANCIA (2000) “*Iron Deficiency in children (A comprehensive management guide)*”. <http://www.ironpanel.org.au/Ccontents.html>. © Grupo Australiano de Estudio sobre el Déficit de Hierro en la Infancia.
- FRISCH, R. E. (1988) “*Obesidad y fertilidad*” en *Investigación y Ciencia*. Barcelona, España: 157.
- HARRIS, M. (1986) *Canibales y reyes (Los orígenes de la cultura)*. Ed. Salvat. Barcelona, España: 157.
- HARRIS, M. Y ROSS, E. B. (1987) *Muerte, sexo y fecundidad (La regulación demográfica en las sociedades preindustriales y en desarrollo)*. Ed. Alianza Universidad. Madrid, España: 157.
- HINTZE, S. (1997) “*Apuntes para un abordaje multidisciplinario del problema alimentario*” en compilación de Álvarez M. y Pinotti L.V. (*Procesos Socioculturales y Alimentación*). Serie Antropológica, Ediciones del Sol. Buenos Aires, Argentina.
- IBÁÑEZ, J. (1991) “*El grupo de discusión: fundamento metodológico y legitimación epistemológica*” en Compilación de M. Latiesa: *El pluralismo metodológico de la investigación social*. © Universidad de Granada. Granada, España: 53-82.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS (INDEC) (1993) Ed. del Ministerio de Economía de la Nación. Buenos Aires, Argentina.
- ISUANI, A. Y FILMUS, D. (1998) *La Argentina que viene (Análisis y propuestas para una sociedad en transición) – Compilación. 1ª edición*. Ed. de UNICEF, Flasco y Grupo Editorial Norma Literatura. Buenos Aires, Argentina: 17-52.
- KROEGER, A. Y LUNA, R. (1987) *Atención primaria de salud (Principios y Métodos) – Compilación. 2ª edición, enero de 1992*. Ed. de la Organización Panamericana de la Salud y Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud. México: 21-48, 252-91.
- “*La mitad de las madres son menores solteras*”. *La Voz del Interior, ejemplar del día domingo 22 de octubre de 2000*. Córdoba, Argentina: 20 A.
- LO VUOLO, R. M. Y BARBEITO, A. C. (1993) *La nueva oscuridad de la política social (Del Estado populista al neoconservador). 1ª edición*. Miño y Dávila Editores/Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas (CIEPP). Buenos Aires, Argentina: 39-52.

- LUMI, S., GOLBERT, L. Y TENTI FANFANI E. (1992) *La mano izquierda del Estado (La asistencia social según los beneficiarios)*. 1ª edición. Miño y Dávila Editores/Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas (CIEPP). Buenos Aires, Argentina: 43-97.
- MICELI, S. (1984) "Introdução a Força do Sentido" en Bordieu. P. Ed. Grijalbo. México: 9-50.
- MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL DE LA NACIÓN (1986) *Normas de atención primarias de la salud. Nutrición*.
- MINUJÍN, A., BECCARIA, L., BUSTELO, E., FEIJOÓ, M. DEL C., FELDMAN, S., GERSHNIK, A., GONZÁLEZ, H., HALPERÍN, J., KAROL, J. L., MURMIS, M. Y TENTI FANFANI, E. (1992) *Cuesta Abajo (Los Nuevos Pobres: Efectos de la crisis en la sociedad argentina)*. 3ª edición, 1995. Ed. UNICEF/Losada. Buenos Aires, Argentina: 143-69.
- MORGAN, D. L. (1988) *Focus groups as qualitative research*. Ed. Sage. Londres, Reino Unido.
- NARVAJA, V. R. Y PINOTTI, L. V. (1996) *Violencia, población e identidad. (Las secuelas demográficas de la Conquista)*. Oficina de Publicaciones del CBC de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina: 157.
- OCHOA, T. (1997) *Caracterización del sector Barrio Obrero*. © Subsecretaría de Promoción Social de la Municipalidad de Río Cuarto. Río Cuarto, Argentina.
- O'DONNELL, A. Y CARMUEGA, E. (1998) *La situación nutricional de los niños argentinos en la transición. Boletín. Vol. 6*. Ed. del Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI). Buenos Aires, Argentina: 4-23.
- O'DONNELL, A. Y CARMUEGA, E. (1998) *La alimentación complementaria. Boletín. Vol. 7*. Ed. del Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI). Buenos Aires, Argentina.
- O'DONNELL, A., VITERI, F. E. Y CARMUEGA, E. (1997) *Deficiencia de hierro (Desnutrición oculta en América Latina)*. Ed. del Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI) y Centro Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador. Buenos Aires, Argentina: 119-34.
- PADUA, J. (1979) *Técnicas de Investigación aplicadas a las Ciencias Sociales. 4ª reimpresión, 1992*. Ed. del Fondo de Cultura Económica. México, DF. : 86-117.
- PÉREZ SOMIGLIANA, M. C., NORDERA, J. V. Y D'ANDREA, S. (1982) *Evaluación del nivel de hemoglobina y hematocrito en la población de la ciudad de Salta*. Libro de Resúmenes. VI Congreso Latinoamericano de Nutrición. Abstract #36. Buenos Aires, Argentina.
- PINOTTI, L. V. (1996) "Crecimiento y desarrollo de poblaciones humanas actuales" en *Meridianos*. Publicaciones del Ciclo Básico Común de la Universidad de Buenos Aires. Núm. 1, año 1. Buenos Aires, Argentina: 157.





- REMEDI, F. J. (1997) *Condiciones de vida material de la población rural cordobesa (1900-1914): Un aporte a su estudio.* © Centro de Estudios Históricos de Córdoba. Cuaderno #19. Córdoba, Argentina: 44-8.
- SALAMA, P. Y VALIER, J. (1994) *Neoliberalismo, pobreza y desigualdades en el Tercer Mundo. 1ª edición en Castellano, 1996.* Ed. Miño y Dávila/CIEPP. Buenos Aires, Argentina.
- SARAVÍ, G. (1994) "Detrás de la basura. Cirujas. Notas sobre el sector informal urbano" en Quirós G. y Saraví G., *La informalidad económica (Ensayos de Antropología Urbana).* © Centro Editor de América Latina. Buenos Aires, Argentina.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA – COMITÉ DE NUTRICIÓN (1983) *Prevención y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en la infancia.* Archivo Argentino de Pediatría #81: 354-8.
- TANNER, J. M. (1986) *El hombre antes del hombre (El crecimiento físico desde la concepción hasta la madurez).* Ed. del Fondo de Cultura Económica (FCE). México: 158.
- TAPIA, PINOTTI E ICASATE (1994) *El proceso de hominización. (Aspectos biológicos y culturales).* Antropología. Colecciones manuales, M. Lischetti Compiladora. Ed. Eudeba: 236-327.
- TERRIS, M. (1980) *La revolución epidemiológica y la medicina social.* Ed. Siglo XXI. México.
- VALLÉS, M. (1997) *Técnicas cualitativas de investigación social.* Cap. 8. Ed. Síntesis Sociología. Madrid, España: 279-335.
- VIGNATI, M. (1956) *Viajeros (Obras y Documentos para el Estudio del Hombre Americano): Una narración fiel de los peligros y aventuras que sobrellevó Isaac Morris.* Imprenta del Estado. Buenos Aires, Argentina.
- WHO/UNICEF/ICCIDD, (1992) *Technical Consultation on Iron Deficiency Disorders (IDD) Indicators (Draft Document).* Report of a meeting. Génova, Italia.

anexos

ANEXO 1

GRUPO DE DISCUSIÓN #1

18 DE SEPTIEMBRE DE 2000

LISTA DE PARTICIPANTES

Nombre	Edad	# de hijos	Edad de los hijos	Estado civil	Estudios cursados	Ocupación actual
Rita	22 años	2	1 y 4 años	Soltera	Primario (hasta 3 ^{er} grado)	Ama de casa
Aurora	Ns/Nc	4	Ns/Nc	Casada	Secundario	Ama de casa
Verónica	19 años	1	1 año	Soltera	Primario (hasta 3 ^{er} grado)	Ama de casa
Patricia	36 años	5	10, 12, 13, 14 y 15 años	Casada	Primario	Ama de casa
Silvia	42 años	7	8, 11, 14, 18, 19, 22 y 23 años	Casada	Secundario (hasta 2 ^o año)	Ama de casa y cocinera del comedor comunitario
Linda	22 años	2	3 y 4 años	Casada	Secundario (hasta 3 ^{er} año)	Sin trabajo
Soledad	18 años	1	5 meses	Casada	Secundario (hasta 2 ^o año)	Sin trabajo
Gizela	19 años	1	2 años	Casada	Secundario (hasta 1 ^{er} año)	Sin trabajo
Sandra	31 años	5	5, 8, 9, 12 y 13 años	Casada	Primario	Ama de casa
Paola	23 años	3	7, 3½ y 6 meses de embarazo.	En pareja	Primario	Ama de casa
Gabriela	20 años	2	4½ años y 5 meses	Casada	Secundario (hasta 3 ^{er} año)	Ns/Nc
Virginia	48 años	3	8, 15 y 18 años	Casada	Primario	Ama de casa

ANEXO 2

GRUPO DE DISCUSIÓN #2

25 DE SEPTIEMBRE DE 2000

LISTA DE PARTICIPANTES

Nombre	Edad	# de hijos	Edad de los hijos	Estado civil	Estudios cursados	Ocupación actual
Fanny	25 años	1	3 años	En pareja	Secundario (hasta 3 ^r año)	Sin trabajo
Mónica	26 años	3	4, 5 y 7 años.	En pareja	Secundario (hasta 3 ^r año)	Ama de casa
Alicia	29 años	3	5, 3 y 1 años	Casada	Primario	Ama de casa
Viviana	36 años	7	8 meses, 3, 6, 14, 16, 17 y 19 años	Casada	Primario	Ama de casa
María	19 años	1	2 años	En pareja	Primario y cursos varios	Ama de casa
Stella	45 años	3	11, 14 y 16 años	Viuda	Primario	Ama de casa
Verónica	25 años	4	2 meses, 1, 5 y 9 años	En pareja	Primario	Ama de casa

ANEXO 3

TEMARIO

1. Características del niño enfermo y síntomas más comunes.
2. Esquema de acción de los padres ante la aparición de síntomas de enfermedad en el niño.
3. Diferencias entre “crecer sanos” y “no tan sanos”.
4. Consumo familiar de alimentos ricos en hierro.
5. Los niños y la escuela: aprendizaje dificultoso y sus causas.
6. Los niños gorditos y la salud.
7. Diarrea y bronquitis: su relación con la nutrición.

ANEXO 4

DESGRABACIÓN DEL VIDEO #1

Vamos a hablar un poquito, van a hablar ustedes, nosotras las vamos a orientar en el tema, no es cierto. Vamos a hablar sobre los niños enfermos.

¿Cuándo se dan cuenta ustedes que los niños están enfermos, que les pasa algo?
¿Cuándo los llevan ustedes al pediatra, por ejemplo?

Y cuando tiene fiebre creo, la mayoría de las veces, cuando tiene fiebre.

Los llevan a control, ¿cómo es?

Sí, a control los llevo más o menos hasta los seis años. Yo acostumbro... eh... yo... ella es la más chiquita, pero acostumbro, a pesar de que cuando cumplen 6 años no me hacen más controles, yo siempre los estoy llevando a controlar, porque yo tengo uno de 8 años que pesa 40 kilos y uno de 12 años que pesa 51. Y yo lo llevo a un control para saber si tienen exceso de peso o no porque los veo muy gordos, muy grandotes. Como es... y la doctora me ha dicho que no, que además el de 12 años sí que sí, que lo llevara porque me dijo que lo iba a poner a dieta porque tiene mucho exceso de gordura, entonces le trae problemas de espalda, de pierna...

Claro, vos pensás que al verlo así está enfermo; o sea, que no es enfermedad, sino que puede provocarle algún tipo de enfermedad.

Claro, porque siempre después de que aumentó mucho peso así, está dolorido, que le duele la espalda, que la cintura. Bueno, a él le van a hacer una dieta para que baje de peso, porque gimnasia tiene; juega al fútbol, todo, pero no adelgaza, come mucho. Ahora el otro más chiquito no, porque dice que está en una edad que es muy chiquito para ponerlo a dieta porque me lo pueden acomplejar.

¿Qué edad tiene?

Ocho cumplió

Y por ejemplo, ¿por qué otra cosa además de los controles y la fiebre ustedes los llevan al médico? ¿hay algo que les muestra que el niño no está bien? ¿Qué síntomas ven ustedes que les dicen “bueno, es hora de llevarlos al médico”?

Sin ánimo, si está decaído, que no juega... Cuando un chico es hiperactivo, como quien dice, y ves que no es como antes, como todos los días, es algo para preocuparse.

Porque si a él le gusta andar, hacer lio, y ves que no es así, es para preocuparse; porque tiene un problema. Pero como nosotros no somos doctores, no sabemos, así que tenemos que recurrir a alguien que sepa y nos derive a donde tiene que ser.

¿Alguna vez tuvieron algún niño internado ustedes?

Sí.

Me parece que te veo cara conocida... ¿Qué le pasó a tu bebé?

Tenía principio de neumonía

La mía estuvo con neumonía

¡Qué chiquita! ¿en el hospital?

Sí, estuve con ella.

Y por ejemplo cuando una vez que ya lo llevan al médico, que determina que el cambio se debe a una enfermedad o algo así; cuando ustedes vuelven a sus casas ¿qué tratan de hacer? ¿de seguir los consejos del médico, por ejemplo? ¿de darle los medicamentos hasta que ven que ya está sano o si la enfermedad ya pasó?

Sí, sí, porque acá la pediatra que hay acá, hay que volverlos a llevar porque les da los días para ver si les puede dar de alta.

Claro, entonces después vuelven a los días para ver si ya está sano el niño.

Sí, porque en ese sentido acá, la doctora que tenemos acá es muy exigente. Yo tengo un suponer que tiene tos, me dan un jarabe para la tos o lo tengo que comprar, se lo doy hasta que veo que se le pasa y cuando se le pasa le dejo de dar, pero no lo vuelvo a llevar.

Y por ejemplo, con respecto a los alimentos, ¿quién las ha orientado diciéndoles qué tienen que empezar a darle de comer o por ejemplo cuánto tiempo tienen que darle de mamar? ¿Qué piensan ustedes de la lactancia en sí? ¿les han dado de mamar ustedes a los niños?

Sí.

Sí, yo sí, a ella le di hasta los tres meses porque no tenía más leche.

Yo puedo hablar como la voz de la experiencia sobre el amamantar los chicos. Yo ya tengo grandes los chicos míos ya. El más grande tiene 25 años y el más bebé tiene 13 años, pero yo le di el pecho a todos y... luego de la garantía que tiene la leche materna que ayuda mucho para que se prive un poco de andar con la mamadera, la leche, la azúcar, el termo, todas esas cosas. Ayuda para que se crezca más sano el chico porque crece más sano, no tiene tantas enfermedades como la mamadera porque yo tengo uno que le di de mamar hasta los 4 años y es completamente sano, a todos les di de mamar. Y es muy cierto eso... por eso hablo con la voz de la experiencia porque a mí me ha pasado.

¿Alguien tiene alguna experiencia que cuente?

Ahora los médicos te dicen que hasta el año, ya después, la leche... yo por ahí escucho que se la saben dar así como hasta los 4 años, pero no sé si la leche tiene la misma vitamina. Hasta el año el bebé es fundamental... hasta los 6 meses.

Los míos no les di de amamantar. Solamente tengo cuatro varones y la nena. La única que tomó el pecho fue la nena. Hasta el año y 4 meses.

Ya no alimenta, por supuesto, pasando los dos años no alimenta, pero ayuda a los chicos, previene muchas enfermedades. Hay que ayudarlos algunas veces con la mamadera o té, lo que quieran darle.

¿Crecieron sanos los tuyos?

Crecieron completamente sanos. Yo de mi hija, como era mi primera hija, no le di el pecho porque me lastimaba el pezón y como me dolía yo no le daba el pecho y bueno... se me enfermó y a los cuarenta días la tuve que internar. Fue alérgica a la leche. Después me curé.

¿Y a los otros?

No, aunque me lastime a los otros les doy el pecho, pero estuve mal. Y tomó leche de soja hasta el año y medio. A las otros dos más chicas, le di hasta los 3 años. Y ahora es la más sana, se llama Linda.

Y las mamás más jóvenes, ¿qué tienen ustedes?

Yo tengo una nena de 4 años y medio y le di un mes nomás el pecho, y es re sana. Por ahí se resfría, pero...

¿Ya ella?

A ella se lo di tres meses, pero desde que nació está enferma.

Yo a los míos nunca tomaron la teta, nunca, nunca.

¿No tenés para darle de mamar?

Sí, yo he tratado, pero no. No tomaron.

¿No les gustaba?

No, no les gustaba. Tenía leche yo, pero no, no tomaban.

¿Cuántos niñitos tenés?

Dos.

¿Y no la querían ellos?

No, no la agarraban.

No, así pasa, porque lo míos no la querían porque se ve que no los alimentaba, porque nacieron grandes de peso. Los alimentaba más la mamadera y se criaron con la mamadera. En vez la nena, la nena estuvo en incubadora. Era sietemesina ella y la mantenía la mamadera en la incubadora a ella y cuando le dieron de alta los médicos... después me la entregaron y la empecé a amamantar hasta los 2 años y medio y jamás tomó mamadera, chupete, nada, nunca. Tiene 5 años y toma leche porque la traen los chicos acá; si no, no la toma a la leche porque no le gusta la leche.

¿Y vos Mayra?

Y yo a la mía también. Al primero, de 7 años, le di hasta los 3 meses nomás porque yo soy anémica y la leche no tenía consistencia por la anemia; así que le daba la mamadera y la teta y así aumentaba de peso, pero gracias a Dios, sanos todos. La nena tiene 3 años y medio

¿Con respecto a la anemia te dijeron alguna vez los médicos el porqué?

Era la mala alimentación que yo tenía, que yo llevaba, porque del primer embarazo yo trabajaba y estaba embarazada, y en las horas que trabajaba me alimentaba mal y no era para un embarazo el alimento que yo hacía, andaba a las corridas.

¿Y que comías vos, por ejemplo?

Yo hacía bifés, huevo, papas fritas, todo así livianito, que no es... me atacaba más al hígado que lo que me alimentaba, así que bueno... Y la segunda le di 4 ó 5 días porque también me lastimaba los pezones, todo, y yo le mezquinaba, así que tampoco; pero ya de éste tomé conciencia y es el tercer embarazo que tengo. Y la ginecóloga te va hablando en reuniones que ya hemos ido, pero nunca le hacemos caso. Pero ya soy más consciente, son todos sanos, pero a este lo quiero prevenir más.

¿Han tenido anemia tus hijos?

No, anemia no. Yo soy la única enferma. Yo soy anémica de todos los embarazos y la única que tiene problemas de anemia es la nena.

¿Y ella cuánto hace que es anémica?

De que nació. Está tratada.

¿Y nunca mejoró?

Sí, sí, mejoró, y ahora que tiene 5 años le hacen control cada tres meses; pero hace dos años que se mantiene bien.

¿Te costó?

Sí, me costó muchísimo.

¿Y qué le daban?

Y, le daban hierro inyectable, porque para colmo por boca no podía tomar nada porque nació con problemitas, porque tragó líquido en el parto, entonces nació con problemas de estómago, y es muy delicada de estómago, así que por boca no tolera nada, así que cuando la medican, siempre es inyectable.

¿Qué creés vos que puede haber pasado?

Porque yo no me alimentaba, tenía problemas de nervios y no comía.

¿En el embarazo?

Sí, en el embarazo, y estaba mucha falta de azúcar, y no me gustaban los dulces para colmo.

¿Y aumentaste poco en el embarazo?

Sí, yo aumenté poco. Y ella nació con lindo peso porque me internaron y me ponían suero. Ella nació con 3 kilos doscientos, pero de no ser que me hubieran tratado en todo el embarazo no hubiera llegado a tener el parto.

¿Y vos decís que no te animabas? ¿qué creés vos que no comías que para ella era bueno?

Y, a veces no comía nada porque tenía problemas de nervios; y no comía, tomaba mate, tomaba té.

A ver la otra embarazada que está ahí, ¿qué piensa?

Sí, es así. La escucho a ella y parece que fuera yo. Porque hay circunstancias de la vida que no tenés nada para comer, y vos decís con un pedacito de pan, unos mates o un té, pasás. Pero nosotras pasamos, pero al bebé le hace mal. Yo antes de la nena perdí un embarazo de ocho meses porque no crecía en la panza, por mala alimentación. La tripita del bebé se había secado porque yo estaba depresiva, porque en realidad no lo quería al bebé y no comía nada, o lo que comía lo vomitaba. Y sólo Dios sabe por qué no vino ese bebé. Gracias a Dios el otro nació re bien, y bueno, ahora voy por el cuarto.

¿Y alguna de ustedes en el embarazo pensaba que podían perder la figura?

No.

No, a pesar que he tenido los cinco, nunca aumenté.

Yo después que tuve el Nicolás bajé muchos kilos porque yo le di el pecho hasta el año y medio y yo trabajaba. Y llegué a pesar 57 ó 60 kilos. Y yo estaba contenta y vengo que me quedé embarazada del Brian, ¡casi me muero!, engordé de él y nunca más bajé.

¿Y vos hiciste dieta durante el embarazo del segundo?

No, no hice dieta. Fui a la doctora y a una nutricionista de la Clínica del Sud, y me dijo que comiera frutas, quesos, y yo comía poco y trabajaba. Cuando quedé embarazada de ella no trabajaba así que engordé bastante.

Yo no quedé ni flaca, ni gorda. Lo que sí, se me notan las estrías y todo eso. Ya de por sí, se nota cuando tenés un bebé, en el cuerpo, la cadera...

Yo tendría el sexto embarazo con ella. Yo perdí una nena que tendría 15 años ahora. Yo no tengo estrías y la cesárea no se nota. Tengo cesárea de los cinco y no aumenté nunca.

Quería decir algo que me enteré que es fabuloso, que la leche se puede guardar fuera de la heladera y dura 6 ó 7 días. Yo qué sé, en la heladera un mes y cuatro meses en el freezer.

Eso sabe porque ve los programas de salud.

A mí me encanta. Me intereso porque a veces trabajás... yo cuando trabajaba le podía haber dejado la leche a él, y no sabía.

Pero está hermoso... ¿cuántos años tiene?

Cuatro.

¿Tuvo alguna vez algún problema? ¿Alguna vez el doctor les dijo que ese niño no pesaba lo suficiente, que estaba flaco?

Sí, a mí sí me dijo, de la nena sí. Yo no lo notaba, para mí estaba bien. Me dijo que no había llegado al peso suficiente para la edad que tenía y me empezó a dar hierro y vitaminas. Al mes siguiente la llevé y me dijo que estaba bien. Pero yo no la notaba ni flaca, nada.

¿Y con respecto a la altura?

Ella aumentaba 150 a 200 gramos cada tres meses, pero dice que la altura es mucha la que tiene, se desarrolló muy de golpe. Y le hacen tratamiento de calcio porque le duelen mucho los huesitos de la pierna porque crecen muy de golpe. Pero la doctora dice que es normal en el sentido que de chiquita tenía mucha anemia. Ahora está aumentando bien. La llevo a control cada seis meses y capaz que ha aumentado 2 kilos, ó 2 kilos y medio ó 1 kilo y medio más.

¿Y por ejemplo a vos te han hecho alguna vez algo?, porque yo lo veo bien bien...

No, porque cuando él nació pesó 4 kilos; y cuando él pesó, pesó 3 kilos cien y me dijeron que era normal ese peso.

¿A medida que van creciendo les van haciendo los controles?

Sí, él tiene recién el otro mes control y dice que está bien él, normal el peso y la altura normal porque él es petiso.

¿Por qué decís que es petiso?

No, es petiso por la edad que tiene.

Bueno, ¿por qué decís que es chiquito? ¿te dijo la doctora?

Y... la estatura de la madre.

¿Tenés otros chicos vos?

No, tengo estos dos nomás. Lo que pasa que él va a ser un poquito alto, que no va a ser muy alto alto.

¿También nació chiquito?

Sí, de igual peso, pero más chiquito.

¿Cuánto medía más o menos? ¿te acordás?

Hay... no me acuerdo.

¿Pero no te acordás qué te dijo el doctor?

Dijo que iba a ser un poquito alto.

¿Qué creen ustedes que puede ser que les falte peso?

Yo no creo que sea como la mamá lleva el embarazo, yo. A mí me parece porque yo he visto chicas que no comen nada y tienen chicos de 3 kilos y algo. Yo creo que es la alimentación que uno les da después que nacen: la leche, de no hacerle pasar hambre. Pasa por uno después cómo alimentar al bebé. No es que porque yo no comí, el bebé es así. Yo pienso, no sé si es así.

¿Qué comen a las 12?

En el caso de mi nena que es anémica, como ser verdura. Le gustan todas, lo único que no come es la papa; lo que es verde, zapallo, le gusta todo.

¿Ella come acá o en tu casa?

Ella come acá y en mi casa porque ella es de buen comer.

La mía de chiquita era normal, pero ahora come como un grande: cuatro milanesas, tres platos de ñoquis, cuatro de guisos, pizzas.

¿Qué edad tiene?

Dos años y medio. Yo por ahí me asusto y le digo: "¡Hijita no comas más!" y se larga a llorar, es lo peor que le podés decir. Yo me asusto por ella, pero nunca la llevé al médico por dolor de panza.

Mi nena abre la heladera y saca zanahoria, pimiento, lechuga y se lo come todo crudo porque le encantan las verduras.

¿Y a la noche?

A la noche le hago sopa de verduras, guiso. Cuando no tengo para hacerle de comer, le hago arroz con leche, polenta con leche...

¿Cómo hacés la sopa?

Con muchas verduras. Le echo zanahoria, zapallo, acelga, porque es todo lo que comen. La verdura les encanta. Porque a todos les encanta la verdura en mi casa.

Y la leche para los bebés, ¿cuántos biberones toma tu bebé que tiene 4 meses?

Tiene 5 meses y toma cada 2 horas y media.

¿Y toma el biberón completo?

Sí. Ahora toma de soja. Estuvo internada. De que nació se le atacaba el pecho y probaron con la leche de vaca, para ver si era la leche la que le hacía mal. Está tomando leche de soja y toma doscientas cada 2 horas. A la noche se despierta cada cuatro horas.

¿Y a qué edad le empezaron a dar de comer?

Ella ya estaba comiendo, pero le suspendieron y nada más que el puré de frutas puede comer... y el de zapallo.

Vos, por ejemplo, ¿qué le dabas de comer?

Yogur, flan, le hacía arroz blanco y se lo pisaba, el puré con pollo picado bien chiquito.

¿Y vos mamá?

Ella toma la mamadera tres veces por día y después cuando se va a dormir, y cuando duerme la siesta toma una mamadera.

¿Qué edad tiene?

Un año y 5 meses.

¿Y cuando empezaste a darle de comer con qué empezaste?

Con la papa y cuando tenía 4 meses comía de todo.

¿Qué comidas hacés?

Guisos, de todo, hasta ahora come de todo.

Yo tengo una nena de 4 años y medio y toma cinco tazas de leche por día. Lo único que no come es carne.

Mis hijos no comen carne, ni la de pollo.

Los míos sí, cuando les digo que voy a hacer pollo, eso sí; pero la carne...

¿Qué piensan? ¿por qué no les gusta la carne?

No les gusta. Les hice de muchas maneras, pero no les gusta. Lo único que puede ser es pescado. Lo que sí, toma mucha leche, y el médico dijo que ya basta de leche, porque ya de tanto que toma no lo está alimentando. Probé de sacarle la leche y están intentando comer de noche, pero no las carnes. Así que el médico me dio un multivitamínico con hierro, calcio, todo eso.

¿Sus chicos son de comer golosinas?

Sí, comen alfajores.

¿Y si no almuerzan bien, comen alfajores a la tarde?

Sí.

Los míos se comen de todo, después del almuerzo, a toda hora. Tengo uno que se levanta a las tres de la mañana, se come un pedazo de pan y un vaso de agua y se vuelve a acostar.

A mi nena las golosinas le quitan al hambre.

La mía lo único que come es pan, ni facturas, ni masas, nada.

¿Solo?

Con manteca, con dulce.

¿Y los desayunos cómo son?

La mía toma café únicamente; ni té, ni leche. Yo le doy la taza con café y facturas y se sabe comer hasta tres facturas.

Yo le doy la mamadera con la mitad de una rasqueta.

¿Alguna tiene niñitos que van al jardín?

Sí. Le dan la leche y algunas masitas, aparte de lo que se llevan que no sea golosina porque no les permiten.

Yo tengo chicos que van al primario y llevan plata y se compran cualquier cosa. Les quiero dar manzana para que lleven y les da vergüenza. Una tiene 8 y la otra tiene 10. En la escuela, a media mañana les dan la leche con bizcochos y aparte yo les doy facturas, ¡y se comen todo!

El mío va al comedor y comen re bien. Por ejemplo tartas, pollos, choripán, pizzas, pastel de papa, peceto, y siempre fruta o el dulce con queso. Y a la tarde les dan la leche con pan con dulce, pero yo lo mismo les doy la rasqueta. Y a la noche comen fideos con aceite, arroz con queso, o cualquier cosa, pero no se van a dormir sin comer porque les duele la panza.

Yo les hago guiso de lentejas y lo comen, les gusta, y fruta una vez a la semana, cuando me dan de la Municipalidad; y si no, mi hija les hace gelatina. En casa compramos fruta cuando nos alcanza, les encanta la fruta.

¿Y en la cena qué comen?

El mío anoche comió un plato de ñoquis que sobraron de las doce y la mamadera de leche

Yo le doy leche.

Hay muchas familias que toman té con galletitas y el nene no come lo mismo. Ella a la noche, cuando no tengo qué comer, come mortadela con pan o sopa.

¿Y qué toman?

Agua, porque el jugo le da diarrea.

Yo le doy 'Coca'.

¿Y a ustedes quién las orienta en la alimentación?

La pediatra.

Yo aprendí sola, por lo que decían nuestras abuelas.

Por la televisión.

A mí me gustaría que me enseñaran a alimentar.

¿Influyó cómo te alimentaba tu familia?

Sí, porque de ella aprendí.

¿Es distinta la crianza de varones y mujeres?

Yo cuando me casé mi marido estaba acostumbrado a no cenar de noche, sino a comer en el almuerzo y nada más.

Yo tengo seis varones y una mujer y me he dado cuenta que comen más ellos que ella... ¡y hay que hacerles de comer porque están muertos de hambre!

A mí me costó más la nena porque desde que nació estuvo enferma. Es mala, llorona...

¿Influye la alimentación en el comportamiento del niño?

No, él anda re bien.

No, el mío tiene problemas de conducta solamente.

No, no.

¿Por qué los chicos no comen carne?

Yo en el comedor tengo chicos, por ejemplo, los gemelos nunca comen carne. Después tengo unos que la mamá les ha dicho que no tienen que comer polenta porque no son pollos. Cuando hago polenta, ellos se van y no comen.

¿Las neumonías tienen que ver con la comida?

No, hay otras causas.

¿Ustedes ven algún programa de televisión?

Sí, "Mi Bebé"... y vi que cuando un bebé se ahoga hay que pegarle fuerte en la espalda agarrándole la cabeza o si no, hacerle respiración boca a boca.

Y por ejemplo cuando pasan por la televisión algún aviso con dibujitos o con sorpresitas, ¿les gusta a sus chicos?

Sí, se vuelven locos.

Con lo de 'Pokémon' comen alfajores, de todo.

Ahora está de moda la chupaleta de Rodrigo.

Lo que pasa es que venden la propaganda, como ser las 'Ópera', 'Merengadas' con la nave espacial y todo eso que comen.

¿Y por ejemplo alguien les da cereales?

Sí, a la mía le gustan con leche.

¿De bebés les costaba que agarraran la cuchara?

Sí.

Sí, el mío quería toda leche.

Y por ejemplo la caca, ¿hacen caca todos los días?

Los días, van bien, todos los días.

Los míos, normal.

Las dos mías son secas de vientre.

¿Cuando los chicos tienen hambre, les dan de comer?

Sí, cuando vienen del colegio, lo que yo como.

¿Los chicos seleccionan el alimento?

El más chico mío, si hago sopa tiene sueño, si hago polenta tiene sueño, si hago guiso no tiene hambre; y se va a dormir y hasta el otro día no come. En el comedor come todo.

¿Es mejor que los chicos crezcan gordos o flacos?

En mi caso particular tendrían que haber sido más flacos porque ahora empiezan con problemas de cintura, de pierna, de espalda.

¿Qué será mejor? ¿que crezcan cómo?

Tiene que ser normal, a veces el chico gordo no es el más sano.

Los míos han sido siempre gordos y sanitos.

¿Ustedes en este aspecto no se animan a hacerles dieta?

Yo tengo miedo de enfermarlo porque él come constantemente.

Eso pasa por mí, porque si yo le digo que no coma, ella no come, pero me da pena decirle que no.

Los míos comen bien y lo que hay.

¿Cuesta decirles que no?

A mí me da lástima que lloren por hambre, y también obligarlos a comer cuando hay carne.

¿Ustedes creen que les haría falta una orientación o que les hizo falta?

Sí, sí.

Sí.

Sí. El más grande sabe que no tiene que comer tanto porque se pone muy gordo, pero el más chico... no pudo. Es mejor cuidarlos de chicos y no que hagan tanta dieta de grandes. A mí me gustaría saber.

¿Les da ayuda la Municipalidad?

Sí, nos da una caja con polenta, arroz, fideos, puré de tomate, azúcar...

¿Con carnes y frutas?

No, no, nada de eso.

Antes daban una orden para la carne, fruta y verdura, pero ya no. Te dan si la pide el médico, la pediatra o la nutricionista.

¿Viene con leche?

Sí, sí, hasta los 6 años. 1 ó 2 kilos por niño.

¿Cada cuánto le dan?

Cada un mes, pero no nos alcanza.

¿A los niños les enseñan a alimentarse en el colegio?

Sí, les enseñan hacer ensaladas de fruta, las calorías, de todo.

Sí, al mío le enseñan a alimentarse cuidándose las caries.

¿Hay kioscos en el colegio?

Sí, y venden masitas, golosinas, pizza, pasteles, jugos, torta.

A los míos les doy rasqueta porque si no se compran golosinas.

ANEXO V

DESGRABACIÓN DEL VIDEO #2

Nosotras somos nutricionistas y, de cierta manera, nos interesa charlar con ustedes para conocer qué piensan con respecto a la crianza de los niños, no es cierto. Por qué comen algunos alimentos, por qué no, y de cierta manera para darnos cuenta de que por ahí, nosotros decimos que coman algunos alimentos específicos, y bueno, no los comen los chicos, y así, charlando con las madres nos damos cuenta cuáles son los problemas que presentan en general, que muchas veces a lo mejor no es tu problema, pero en el caso de ella sí, pero bueno, empieza a ser el intercambio un poco más efectivo de lo que nosotras pensamos, pensamos una cosa y resulta nada que ver. De esa manera, bueno, nos enteramos bastante de qué es lo que pasa con los chicos y qué pasa con su niñez. Qué alimentos son los más aceptados por ellos, por qué muchas veces nos imaginamos que es lógico que, por ejemplo, un niño tome yogur, pero he visto recién que la mayoría de ellos me dijeron que no. Esa es una de las cosas que nos lleva a nosotras a acercarnos a ustedes y charlar de todos esos temas empezando por la lactancia: ¿Cuánto tiempo han dado de mamar al bebé?, si es así, por qué es sí, y si es no, por qué es no.

¿Cuántas niñas tienes?

Tres.

¿A las tres les has dado de mamar?

Sí.

¿Y cuánto tiempo les has dado de mamar?

Hasta los dos años.

¿A cada una?

Sí.

¿Y vos qué podrías decir que es mejor, qué es lo que los chicos aceptan más?

Yo calculo que es más sana la leche de madre, porque la vez que les he sacado la leche, les ha dado diarrea y la misma doctora me ha dicho "vuelve a dar teta a ver si se le corta", y se le cortaba.

Mirá vos.

Para mí conviene más la leche de madre.

¿Hasta qué edad le diste?

Hasta los dos años.

¡Hasta los dos años!

Sí.

¿Quién otra mamá dio de mamar?

Yo. Hasta los nueve meses porque después vi que no aumentaba de peso y la doctora me dijo que es el pecho

¿Cuántos niños tienes?

Tres.

¿Qué edad tienen los tuyos?

Uno de 7, el otro de 5 y el otro de 4 años.

¿Y le diste a los tres?

A los tres.

¿Y qué dijo la doctora?

O sea, que cuando cumplían los nueve meses empezaban a adelgazar y la doctora me dijo que podía ser a causa del pecho, porque ya no los alimentaba y cuando le sacamos el pecho aumentaron de peso, así que era el pecho.

Y, yo le di hasta los 3 meses porque no lo llenaba. Yo tenía muchísima, pero no lo llenaba, entonces la doctora me dijo que le diera una vez el pecho y las otras, mamaderas; y así se me fue yendo y terminé con mamadera sola.

¿Cuántos niños tienes?

Uno solo de 3 años y medio, y ahora está tomando leche de soja porque tuvo un problema de diarrea desde hace un año y empezó con 'LK' y como no le hacía efecto nada, pasó a la leche de soja y me dijo la doctora que ahora le iba cambiar por leche entera en

polvo, pero a él no le gusta, probé de darle y no. Así que me dijo que íbamos a probar de mezclar las leches para ver.

¿La leche de soja la toma bien?

Sí, le encanta.

¿Y es difícil?, la leche de soja no les gusta muchos a los niños...

Y eso que es fea, yo la he probado. Sí, cuando estuvo internado por la diarrea era el único en la sala que tomaba la leche. Los otros chicos estaban muertos de hambre y cuando veían la mamadera se prendían y cuando la probaban no les gustaba y él era el único que estaba con el suerito, sentado, tomándola. A él le encanta.

¿Y vos?

Yo le he dado hasta los tres meses, porque yo siempre trabajé de cocinera y los primeros tres meses me daban autorización para dar de mamar, pero después no me daban más y sí o sí debía dejar de amamantar a los tres meses. Y la de 6 años que le podría haber dado más porque tuve que dejar de trabajar ya que tenía problema de corazón y de pulmón la nena, no le podía dar tanto y cuando estaba en terapia menos, así que se me fue sí o sí sola.

¿Y con los otros niños también?

Del varón no tuve nada. Un solo varón, que tiene 17 años, que los cumplió hoy, de él no tuve nada, nada; pero de las chicas sí muy bien. Había veces que me ponían inyecciones para que se me fuera y me daban pastillas, porque ellos no tomaban, claro, yo trabajaba y ellos ya se habían acostumbrado a la mamadera. Así que... y la de 6 años, bueno, ella ni leche tomaba porque tanto que estuvo internada. Los remedios se ve que le quitaban el sabor, no sabía chupar la mamadera tampoco.

¿Era chiquita?

No, no, era grande. Se acostumbró a tomar agua con cucharita. Y el varón no me tomó leche nunca, nunca; lo crié con té. Nunca tomó leche.

¿Qué tipo de té le dabas? Algún té...

Té negro.

¿Té negro común?

Común, así clarito, lavadito; ya después cuando empezó a comer le di con pan adentro, galletitas, para que lo fuese alimentando... y siempre fue menudito. Recién ahora esta pegando un estirón.

¿Cuántos años tiene?

17 años, ese fue el más chiquito de todos.

Yo tengo una sola que tomó leche hasta los 10 meses, hasta que se quemó el bracito con un mate, así que... y otra que no la llenaba mucho. Y bueno, empecé a darle jugo en la mamera y no quiso más la teta, y cuando se quemó, menos. Para mí es mejor la teta porque tiene problemas digestivos, le agarra dolor de panza. Ahora lo único que toma es yogur, la leche no la toma desde hace dos años, la dejó cuando tenía meses, así que... y a veces la tengo que cuidar porque toma yogur continuamente y le agarra diarrea también. Muchos médicos se la han quitado pero como ella no toma leche, se la tiene que dejar.

¿Cuánto yogur toma por día?

Un litro

Es mucho.

Sí, es mucho para ellos.

¿Y a veces toma más?

Sí, a veces. Aparte recién ahora ha empezado a comer porque está baja de peso, dice el doctor. Y fui a la Encina, hablé con ella y le dije que no andaba bien, es una cosa que se sienta en la mesa y ella ve la comida... es una cosa que parece que le tuviera asco, y empieza a gritar, y no deja comer a nadie. Y, claro, al no estar alimentada, no tiene ganas de andar esa nena, no sabe jugar a nada, no tiene ganas porque no está bien alimentada, así que yo ahora y hablé con la Encina, la vez pasada fue, ¿no?

Sí.

Le dije... me dijo que estaba nerviosa; nerviosa no puede ser porque ella era mucho más nerviosa que ella y sin embargo ella era gordísima. Es una nena que le daban de comer y no quería, dormir y no quería. Antes eran las cinco de la mañana y ella andaba caminando con ella. Eran la una de la noche y andábamos por el pasillo, paseándola. Así que... ahora anda con el problema que se le pone la cara, la boca morada, y los estudios han salido que no tiene nada, ahora hay que ver lo que dice la Encina, porque la especialista de corazón le dijo que estaba normal.

¿Qué edad tiene?

2 años. Así que no sé. Yo digo que el yogur es bueno hasta por ahí nomás porque la criatura, por más yogur que tome, tiene que comer. Tiene su horario para comer el chico, entonces habría que ver qué comida ella come, porque hay algo que a lo mejor una se lo prepara y no le gusta como se lo prepara. Como ser ella, hay veces que va a la casa de ella, come bien y viene a la casa; y hay veces que come, come y come, y ella no le deja faltar nada. Yo pienso que hay alguna cosa que se le echa a la comida que a ella no le gusta.

Ella en mi casa no desayuna, ella viene acá y le está pidiendo té a la abuela. "Mami dame té"... A la mañana, a la tarde, y mi mamá le dice: "¿y no te dan té?", y le sirvo las tazadas de té, a veces con pan con dulce, galletitas; le doy todas las mañan, porque es la única. Va a la vecina y ella también le da las mañan, pero no, en casa no. En mi casa lo único que te puede comer es golosinas y ahora se las hemos quitado porque eso no es alimento.

A lo mejor se ha acostumbrado mucho a mi comida porque ella se crió mucho al lado de nosotros, Ellos antes vivían acá y después se fueron para mi casa, y la Mili a tal horario come. Nosotros nos acostumbramos a ella, que hay que darle más temprano y a ella también. "María, la comida de la nena a un horario", porque así ya se acostumbra, entonces después ella comía tranquila, porque ella es tan nerviosa, tan nerviosa, que no dejaba comer a nadie.

Claro.

Entonces, cuando nosotros nos sentamos a comer, a eso de la una más o menos, entonces ella estaba bañadita y descansada. Le digo, a lo mejor ella se acostumbró mucho a nosotros.

¿Los horarios son importantes para criar a los chicos?

Sí, yo los horarios, yo tengo un bebé de 8 meses que tiene todos sus horarios. Es muy raro que él coma junto con nosotros; si no es a las once y media o doce menos cuarto, está su comida. Lo lavo, lo cambio y se va a dormir, a lo mejor es eso que se ha acostumbrado. Ahora se está adaptando un poco más a ella.

¿Vos le ayudaste a criar a ella?

No, no. Ella estaba con su marido, pero ella venía y yo le decía: "María así", "María así", "María esto", "María aquello", por ahí puede decir que mamá metida, pero yo le enseñaba.

¿Vos eres la mamá de ella?

Sí.





¿Pero vos tenés un bebé de 8 meses?

No, lo estoy criando, tengo dos criando. Tengo míos cuatro: un varón de 17, esta es mía, la más chiquita, después una de 6 años y una de 14 y el varón de 17.

Ah, no entendía bien lo del bebé de 8 meses.

No, tengo criando también uno de 1 mes y días, de mi cuñada, y el otro también lo crié y va cumplir 17 en diciembre.

¿Y vos qué opinás? ¿cómo están con las comidas?

¿Comidas?

Sí, ¿cómo va? ¿Come bien? ¿no le gusta... le gusta más la leche?

Sí, ahora ella me ha empezado a rechazar la salsa, el tomate; pero yo como soy pobre, no le he dicho que, lo que yo tenga, le voy a dar de comer. No, no que no busque mucho porque yo no tengo, porque yo agarro para comer. Lo que le hago, comidas sanas.

¿Y ella, por ejemplo, come o toma? ¿qué es lo que más le gusta?

No, come, toma la leche; les varío. Por ahí hago té para no tenerla mucho con leche porque la leche la seca mucho de vientre, para que no se les forme un bolo fecal. Las tres tienen el mismo problema por la leche.

¿Cuánta leche toman aproximadamente?

A la mañana y a la tarde

¿Nada más?

Nada más.

¿Entre horas así...?

Sí, después de la tarde, cuando ella vuelve del jardín.

¿Toma en taza o en biberón?

Taza, taza.

¿Las dos toman en taza?

Sí, sí, las dos, y ella no, toma mamadera.

¿Y la otra niña?

¿Ah?

¿Esa niña es tuya?

Sí, sí. Ella también toma en taza, pero ella no es tan delicada como ella. Ella es alérgica, hay problemas con el tomate, el chocolate, todas esas cosas no se las tengo que dar.

¿Le hace mal?

Sí, sí. Dice la doctora que le hace mal a la alergia, pero dentro de todo se está cuidando bien, la llevo a ponerse vacunas.

¿La llevás a control de la doctora?

Sí, casualmente hoy la llevé a control. Está muy bien, aumentó 2 kilos y medio y creció 6 centímetros. Ella aumentó 1 kilo y medio y creció dos, y ella creció 3 y aumentó medio nada más. Ella aumentó más.

¿Ella qué edad tiene?

3 años, y ella tiene 5.

¿Y por ejemplo cuándo se dan cuenta ustedes que los niños están enfermos?

Cuando están fastidiosos, lloran, no desayunan o hay niños que se encierran.

¿Y vos qué haces cuando ves que se encierran, que están así?

Y, trato de verlas más seguido a ver qué les pasa. A veces les tomo la fiebre, le pregunto qué les duele...

¿y ellas te responden?

Sí, sí, me dicen.

¿Y vos mamá?

Y, la mía es más notable porque se pone más loca. Se pone a tirarse al suelo, te persigue, llora mucho, así que es sabido que algo le pasa. Y bueno, como yo no vivo acá, vivo en el campo, vengo acá a los controles o algo...

¿Dónde vivís?

Yo vivo en el campo, es allá, cerca del puente blanco.

¿Pero la traés acá a los controles, no?

Sí, sí, todo acá en el once, así que cuando ella está enferma me voy un día antes y me quedo para el otro día, así no tengo que venirme a la mañana temprano, para no agarrar la mañana que es muy fría y sino tengo que salir a disparar a mi mamá, tengo que decirle que me traiga o no sé. Pero por ahora hemos andado muy bien, no se ha enfermado, solamente una vez ha estado tomadita del pecho, y si no, ese problemita de la boca morada, pero la tengo con estudios.

¿Y vos mamá?

Y, bueno, con los cinco que tengo ya estoy práctica. Principalmente la otra, ya cuando no me come, ya la gordita de 6 años, ya es porque algo tiene. Y ésta ya es de no comer mucho, como ser la carne casi no me la come. A ella le gusta la papa, la sopa, así... que no tenga mucha verdura, esa de cubitos le gusta. Y bueno, al bebé ya lo noto que no está bien, que lloriquea, no queda otra que llevarlo al médico. Bueno, ahora es porque les están saliendo los dientes, pero a pesar de todo, es bastante sano. Lo tuve internado con bronquiolitis una semana. Gracias a Dios, se compuso muy bien.

¿Y vos mamá?

Cuando no se levantan, se quedan en la cama y no se levantan; les tomo la fiebre, les pregunto si les duele algo y los llevo acá si esta la doctora o al hospital; pero ellos es muy sabido, porque no se levantan, no juegan, no miran tele, no quieren comer, no desayunan nada, así que... porque el desayuno es lo principal para ellos. Yo de ahí arranco, no los despierto a la mañana temprano, yo los dejo que duerman. Hay uno, el más grande, que duerme hasta que se cansa. Ayer se despertó a la dos de la tarde. Bueno, él va al colegio a la tarde y los días de semana se levanta a la diez y arranca bien con el desayuno porque toman bien el desayuno. Pero ellos cuando no se levantan, no quieren tomar el desayuno, es porque algo tienen; o sea, nunca he tenido alguno grave, nada más el más chiquito que cuando nació, a los diez días más o menos, tuvo neumonía, pero después de ahí no han tenido enfermedades graves, más que resfrios, dolor de garganta, otitis, o diarrea así de verano, pero otra cosa grave no han tenido. En eso, ellos son así, se quedan en la cama; en otro caso, no sé cómo actuaría.

Y el mío, yo me doy cuenta cuando está enfermo o está por enfermarse porque se pone fastidioso, empieza a llorar, tiene sueño, me pide que lo alce y ahí me doy cuenta que algo... o quiere estar en la cama, o quiere que me acueste con él, no quiere que me mueva para ningún lado. Y ahora hace mucho, después de lo de la diarrea, que estuvo casi un año; ahora más de un resfriado, moquillo, agüita nomás. O tuvo la otra vez ampollas en la garganta que la doctora dijo que era virósico, que no podía darle antibióticos, pero más de eso no. A parte tuvo la varicela, pero otra cosa grave como la diarrea que tuve que hacer estudios casi un año.

¿Y te dieron los resultados?

Nunca le encontraron nada.

¿Nunca?

Nunca, nunca, nunca. Ya la doctora Encina me dijo que íbamos a esperar 15 días y vamos a ver si lo llevábamos a Córdoba; y después el doctor Moreno, que atiende en el Neonatólogo, me dijo que quería que le ponga una vacuna para levantar las defensas, y le pusimos esa vacuna, la mitad de la ampolla y la otra mitad a los 15 días. Y a los 15 días, en la última dosis de la vacuna, se cortó la diarrea y nunca más. Así que yo pienso que tenía las defensas bajas, pienso yo, no sé, pero... o coincidió, no sé.

¿Qué edad tiene?

3 años y medio, pero el problema de la diarrea empezó a los 9 meses.

¿Ustedes, por ejemplo, después de la teta y la mamadera, con qué alimentos empezaron a darles de comer?

Ella empezó antes de los 3 meses, entonces capaz que le ha hecho mal la comida y todo eso.

¿Con qué comida empezaste?

Con puré, después empecé con la manzana. Después cuando tenía como 3 meses no quería comer la comida de ella, quería comer la nuestra: guisos, milanesas, puré de fruta...

La mía no quiso más manzana desde que probó la comida con sal. Antes comía polenta, pero se hartó porque comía mucho cuando tenía diarrea; y también come arroz en guiso, sin picantes porque le hace mal al estómago.

Los míos empezaron a comer a los 3 meses con la fruta. Después el puré de verdura, y cuando le dejé de dar la leche tomaron yogur. A él le gusta todo así nomás: arroz, polenta, todo blanco y nada de carne; y los otros, no comen porque lo ven a él.

¿Vos comés la carne?

Para mí no es indispensable la carne, me gustan más las pastas. ¿Y el niño que no come carne, por qué no la come?

Eso lo vamos a averiguar...

Una de las mías no es amante de la carne, en cambio la otra se desespera. Ella, si no tiene carne se desespera, en cambio esta gorda es capaz que la muerda pero no la come.

¿Y la otra niña que edad tiene?

6 años

¿Y esta niña?

Tiene 3 años. Ella no es amante de la carne, ni del pollo tampoco. Ella lo único que le gusta es la papa. ¡Ah, la papa! Es la comida favorita. Yo si hago un guiso pongo las papas así; yo hago un puchero, se come 4 ó 5 papas con un poco de aceite. Ella se la come, yo le hiervo una papa y ella se la come. Ella, leche se toma 10 kilos por mes, por lo menos 15 biberones al día y en la noche. Sí, me tengo que levantar porque ella me está gritando de la pieza de ella "haceme la leche", yo me tengo que levantar a la hora que sea y se la toma.

La mía solamente come pollo y no le puedo hacer comer carne. A mí hace casi un año que no me gusta más la carne. Cuando estoy apurada le hago huevo hervido porque le gusta la verdura, la papa, la zanahoria, y la fruta, menos los cítricos.

La mía sólo toma teta; y la más grande come todo: guiso, estofado, polenta, arroz. Cuando le quise sacar la leche a ella, le dio diarrea; pero ahora come fruta, todo.

Tengo cuatro hijos y no les pude dar a ninguno, no tenía nada.

Yo los alimento con leche líquida entera. Les empiezo a dar de comer a los 3 meses y comen papa, purecito, papilla de fruta, zapallo, y comen re bien.

¿Tus chicos comen bien carne?

Sí, al principio les costó pero comen de todo: frutas, verduras, menos pollo. A la más chiquita le empecé a dar mi comida de cena y la llenaba mucho, que no dormía.

Yo le empecé a dar de comer puré de papa y zapallo, y después le di maicena con leche. Ahora come lo mismo que nosotros. El año pasado, mi nene no comía nada y la pediatra me dijo que solo iba a comer. A todo esto, pasaron cuatro meses y mi mamá me dijo que consultara a otro pediatra. Lo llevé a Maldonado en el hospital y pensó que estaba desnutrido, pero sólo estaba con muy bajo peso. Él me enseñó a alimentarlo, me dio vitaminas, hierro aparte; no es una ciencia pero... y golosinas come de premio después de la comida cuando se lo regalan.

La mía come carne cruda, los chorizos, y cuando hago ñoquis se los come crudo.

La mía comía tierra hasta el año pasado. Escarbaba la tierra como un perro o le pasaba la lengua y nunca tuvo anemia.

El nene mío estuvo con anemia y está con anemia, le doy hierro. Al principio lo escupía, pero ahora no. No come casi carne. Prefiere más los fideos y no carne.

El mío estaba con anemia. Le veo la cara amarillenta todavía. Le doy hierro, cocoa con hierro, porque toma de 2 litros y medio o 3 por día.

La mía estuvo con anemia y le di la gota, pero la escupe.

¿Por qué creen ustedes que se produce la anemia? ¿Qué creen que es? ¿una enfermedad? ¿Qué le produce a los niños?

Que están mal alimentados, porque nosotras le damos de comer algo y creemos que le hace mal, pero les descomponen el estómago, les da diarrea, por eso también se produce la anemia. Uno le da y le da porque ve que al chico le gusta, pero le hace mal a ellos. Como ser la mía no come carne y le doy mucha pasta, fideos hervidos, con salsa, y le hace mal la salsa; con queso la seca mucho.

Yo no sé por qué. Sé que es cuando no se consume hierro.

¿Y qué les produce?

Están decaídos, como ser él, dormía mucho. Están pálidos...

Dicen que a los más chicos se les cura más rápido que a los grandes. A la mía le agarraban infecciones urinarias, por culpa de la doctora. Toma yogur y come lo mismo que nosotros.

¿Creen que la gelatina es buena?

No, porque es agua eso y no es un buen alimento.

Es una sobremesa.

Mi hermana no la come porque se mueve.

¿Los chicos eligen qué quieren comer?

Sí.

Mi mamá me dijo que era de comer fideos blancos, nada de zanahoria, nada.

Uno les inculca qué comer, nosotros lo hacemos. La que come mucho no tiene anemia, pero el varón sí.

Los míos cuando eran chicos comían lo que yo ponía en la mesa, pero ahora no comen hígado, pollo, nada de eso. Lo que comen son tallarines con carne, pero no comen mucha carne. No les gusta el puchero; comen la papa y la batata. El mayor come de todo y yo también, pero no sé porque las nenas no comen hígado, el hígado es una vitamina; eligen qué quieren comer. Las mías nunca tuvieron anemia.

¿Qué toman los chicos en el almuerzo?

Yo le empecé a comprar jugo 'AdeS'.

Yo, les doy leche de soja.

A los más grandes les da lo mismo el agua o el jugo.

Yo les doy agua.

Yo les doy jugo, pero yo no soy de tomar nada. Lo que toman ahora son jugos congelados.

¿Les dijo algo el médico sobre el peso?

La mía tiene poco porque no come nada, pero cuando era chiquita pesaba mucho. Era gordita.

La pediatra se deja estar y se equivoca mucho.

El mío es flaco y tiene buena altura, y está bien.

Nosotros nos guiamos por lo que dice la pediatra.

Yo los llevo cuando creo que necesitan porque la pediatra...

La mía, con hepatitis y todo, aumentaba 1 kilo por mes y firme. Yo veo que mis chicos comen menos que ella, pero los míos toman más leche. Los míos almuerzan en casa o en la escuela. Yo les pregunto qué quieren comer porque si no, hago un estofado para que nadie lo coma. Les gusta la polenta blanca y el caldo sin fideos.

¿Qué es lo que más les gusta comer a los chicos?

Les gusta mucho las papas fritas.

Las comidas blancas, como ser los fideos, el arroz. Al otro más grande le gustan las milanesas con papas fritas, pero no puedo hacer todos los días. No hay forma de que tome sopa. Le pongo caldito y verdura y fideos, porque no les gusta ni la 'Vitina', ni el 'Quaker', ni nada. Se las hago una vez a la semana, a las doce. A la noche, si me queda de las doce les doy lo que quedó y si no les hago polenta, fideos o bifés. Comen bien, menos el chiquito de 6 años, de chiquito me costó. Ahora llora para comer y ya no toma leche, antes tomaba cocoa, pero no la quiere más, entonces toma té.

¿Alguno almuerza en la escuela?

El mío sí, y lo mismo come en casa, es de comer mucho. Ahora, de día les hago una buena comida que los alimente y de noche, algo liviano, como ser bife con papas, papas fritas o pizza. Le hago liviano porque se alimentan bien de día.

¿Qué consideran que es que los chicos se alimenten bien?

Comer comidas que no los llene, los alimente.

Yo, como ser les doy una sopa y después comen lo que hice; guiso, estofado, bife.

¿Cuándo consideran que el chico comió bien?

Cuando comen lo que les servi y a la media hora no piden nada, porque saben pedir leche; es cuando los llena.

¿Inmediatamente después de comer le dan té?

No, yo espero un rato y después se los doy.

Ella termina de comer e inmediatamente quiere su mamadera con yogur.

¿Yogur?

Yogur, se toma una mamadera. Té, acá en mi casa nomás, pero en casa no.

¿Y vos?

La mía come bien mate cocido, lo que haya.

Ella yogur, ella con yogur. Le di a los 6 meses en mamadera y no me tomaba la leche, era todo yogur hasta los 8 meses. Todo yogur, yogur y yogur.

¿Cuánto yogur tomaba?

Un litro, y después se lo saqué porque venía el invierno y no le iba a dar yogur, así que le empecé a mermar hasta que se lo saqué, y ahora no se lo he dado más. Tengo miedo que deje la leche.

¿Cambian el tipo de comida para el verano o el invierno?

Yo sí, porque yo en el verano hago comidas frías; así ensaladas, verduras picadas, puchero con mayonesa.

¿Frías de temperatura o livianas?

Frías. Así... tomates rellenos, no tan calientes. No vamos a hacer polenta, puchero; puchero es lo que menos se hace por ahí.

¿Cambian entonces las comidas?

Sí, yo las cambio porque a mi marido no le gusta esas así, no le gustan las comidas calientes.

A mi marido y a mis chicos tampoco.

¿Qué tipos de comidas hacen?

Yo, tomates rellenos, ensaladas...

Tortilla de acelga, de papa, torrijas, hamburguesas, sándwich. A la noche, fiambre, muy poco porque no les gusta mucho; las salchichas le encantan. Yo se las hiervo y se las pongo en un plato, le saco la parte blanca y se las corto. También mucha ensalada de tomate, ella cada vez que cocino me pide ensalada de tomate.

¿Y ustedes?

Yo lo mismo, lo más liviano y para no prender la cocina. Yo no tengo horno, así que...

Yo tampoco.

Por ahí vamos a comer pizza a la noche y la hacemos a las 6 de la tarde para no sentir calor.

Papas hervidas con huevo duro, salchichas, eso hago.

¿Les gustan las salchichas a los chicos?

Sí, a él le encantaban y ahora medio que no, pero... A ella sí.

¿Le gustan a los chicos las comidas de las propagandas de la tele o las golosinas?

Sí.

Sí, le gustan un montón y lo quieren a todo.

La mía todavía no.

¿Qué es lo que notan que les llama la atención cuando ven tele? Los colores...

Como ser el nene mío ve los chocolatines que tienen un muñequito de 'Pokémon' y ya quiere que se lo compre, todo lo que tiene algo.

Y... las cosas dulces, porque las saladas ni las mencionan.

O, por ejemplo, ven una comida y dicen "quiero esta y esa no". Como ser las pizzas, esas yo los otro días hice y me decían que querían las de la tele y esa no. Me hicieron un escándalo.

¿Y por ejemplo los 'Chizitos', las papitas, esas cosas...

¡Uh, sí! Sí, eso sí que comen todo.

Un paquete en mi casa no dura media hora, ni sé si eso dura.

A mí me gustan los 'Chizitos', así que...

Uno dice los chicos, los chicos; pero uno grande también es.

¿Quién era que me dijo que el nene iba al colegio?

Yo.

¿Tienen kiosco en el colegio?

Sí.

¿Y qué lleva al colegio? ¿Llevan una moneda o qué llevan?

Si hay masitas al lado y si no en el colegio se compra chupaletas o alfajores o esos caramelitos con sal que se ponen en la boca y les hace espumita. Yo los probé un día, ¡hay qué asco!, parece bicarbonato.

Y también esas patitas que las ponés en la bolsita y te explotan en la lengua. Al nene mío le encanta porque dice que saltan.

¿Y vos mamá tenés nenes que van al colegio?

Al jardín.

¿Y ahí en el jardín qué le dan?

La leche con pancito.

¿Pan le dan?

Sí, pan.

¿Otra cosa como facturas, rasquetas, no le dan?

No, le pongo tres pancitos en la bolsa.

El mío se lleva dos. Yo le doy la moneda y él se cruza y se lo compra. Entonces él se come uno cuando se va y el otro se lo guarda para después.

¿Y llevan merienda de la casa o no?

El mío me pide todo los días.

¿Jardín?

Sí, jardín.

La mía me dice que le dé una moneda. Si yo le digo que le compré una factura y no tengo más y... me dice que entonces no va al colegio porque dice se va a morir de hambre, así que le tengo que dar una moneda.

¿Cuánto le sabés dar para que lleve?

Y... 20 centavos, 25, más de eso no porque no puedo.

¿Y la factura, la rasqueta?

La trae como la llevó.

La mía lleva alfajor.

¿Qué tipos de alfajor?

Alfajores de esos que vienen en las bolsitas.

A la mañana, la mía desayuna con masas, rasquetas, pan, lo que haya, y se toma dos o tres tazas de té mientras mira los dibujitos. No alcanza a tomar una que te pide la otra.

¿Y las comidas de las escuelas?

La mía cuando hacen milanesas con puré, polenta; pero las otras las mira y si no le gusta se va.

¿Y la tuya come en el colegio?

No, come en mi casa.

¿Y la merienda la come bien?

Sí, no lleva nada a la escuela.

Recién hablábamos de los chicos que les falta peso, ¿ustedes qué opinan de los niños gorditos?

Yo, una lucha con los gorditos.

A mí me gustan los chicos gorditos.

Mientras son chicos serán bonitos, pero cuando son grandes no.

Un chico no es normal que sea gordo, gordo, ni tampoco flaco, flaco. Pero a mi nena de 6 años le dicen gordita y se sienta y dice “no voy a comer porque estoy gordita” y tiene 6 años. Uno por ahí no sabe si quitarle la comida o no sé, pero le dicen “vos sos gorda”, “vos sos chancha”. Así se acompleja.

¿La doctora te la pesó?

Sí, la llevé al control que me pidieron en el colegio, y me mandó que le quite el pan, la pasta y muchas comidas; así que lo que pasa es que a la mañana se come dos o tres tazas de té y tres caras sucias. Al rato se va a comer fruta y después otra fruta más. No es que se sienta y coma, coma y coma, es que come a cualquier hora, es de mucho comer. No he tenido chicos flacos a no ser mi nieta, que no es flaca, flaca, sino delgada. Mis hijos son todos gordos y mi nieta es delgada, no es flaca.

Yo tengo mi hijo que no vive conmigo, vive con mi mamá, que es gordo. Come a la noche y a la madrugada, abre la heladera y come y come.

¿Y la televisión para ustedes?

Para mí sí, no una novela, pero de cocina, de bebés...

Yo tengo solamente el trece. Yo veo dos programas los fines de semana, uno de la mujer y el otro de pesca, y ahí hay cocinera.

¿Por qué debemos hacerlo así, en definitiva quién nos enseñó?

A mí mi mamá, mi abuela... Cuando yo la tuve a ella tenía 17 años, entonces me decían "hacé así", "hace asá", y después nosotros le enseñamos a los nuestros y así.

Mi abuela está equivocada, me dice que le dé una taza de té con pan que lo va a alimentar. Lo puede llenar pero no alimentar, porque es agua. Hay cosas que mi abuela... es el tiempo de antes.

¿A ustedes les parece que influye el cómo nos alimentamos nosotros?

Sí, puede ser.

Y sí, porque si ellos no nos han enseñado, cómo saber nosotros qué tenemos que hacer, cómo criarlos.

¿y qué otra cosa nos puede ir mostrando cómo tenemos que alimentar a los chicos?

Yo aprendí porque cuando era soltera criaba a una nena desde los 4 meses hasta los 4 años, así de niñera. Entonces cuando lo tuve a él ya sabía más o menos.

Yo le doy lo que me parece más sano. Si no tengo comida, le hiervo algo, y si se llenan que dicen "no quiero más" es porque se alimentó.

¿Y por ejemplo...

Recién hablaban de que varía la comida de invierno y de verano, la mía no. Yo les doy lo que tengo. Si sobra algo a la noche se los corto con un poquito de mayonesa.

¿Y los domingos les hacés comidas diferentes?

Puede ser... ñoquis, milanesas; que durante la semana no. En la semana, comidas más rápidas.

¿Y a la noche?

Y, si sobra le doy eso.

¿Y si no sobró?

Le hago fideos, papas fritas, le corto unas papas y se las hago fritas con huevo hervido.

¿A qué hora se duermen las nenas?

A las diez, once, porque ella empezó el jardín y se divierten en la pieza cortando papelitos y después se duermen y son de tomar mucho agua. A ellas les gusta la comida que yo les hago porque me sale sabrosa.

¿Y a ustedes qué les parece? ¿si crecen flaquitos, gorditos, rellenitos, influirá eso en la escuela? ¿les costará más o menos?

Yo calculo que es por la cantidad de nutrientes.

La doctora me ha dicho que yo soy flaca y que no pretenda que el nene sea gordo.

Muchas veces el problema de la anemia aparece y desaparece...

No se cura la anemia, se trata pero no se cura. Yo nací con anemia y actualmente la tengo.

¿Una anemia controlada?

Sí, a base de remedios.

¿Y las bronquitis y las neumonías tendrán algo que ver?

Yo pienso que no. Es por el frío que han pasado

Yo pienso que no porque en el primer embarazo no fumé y mi hijo casi ni se resfría. En los otros dos embarazos yo fumé y mis hijos viven enfermos del pecho.

¿Fumaste mucho?

Sí, hasta ocho por día, y el más chiquito nació con neumonía y se curó. Ahora yo no fumo delante de ellos; salgo afuera o abro todas las ventanas y a la noche no fumo. Yo me doy cuenta que la culpa es mía porque el más grande no se resfría. Si se resfría, a los tres días está bien. El del medio y el más chico se resfrían y ya están en la clínica. En eso me di cuenta que la culpa era mía porque nacieron y no respiraban bien.

El mío la primera vez que tuvo neumonía empezó con vómito y diarrea, y yo iba y venía. Tenía 4 años y lo trataban por hepatitis. Estuve una semana consultando médicos y la última me dijo que era neumonía. El año pasado tuvo también neumonía. Y ella, hará dos meses tuvo neumonía, pero no la internaron, al nene sí.

¿Ustedes piensan que la diarrea, la bronquitis y la neumonía vienen por la comida?
La diarrea puede ser, pero las otras no.

Yo pienso lo mismo.

Yo pensaba que la neumonía no se repetía.

A los chicos en general que comen más pan con manteca y dulce o rasquetas, facturas...

La mía casi siempre golosinas, alfajores.

¡Las golosinas!

¿Alguien recibe cajas?

Todas.

Yo de ningún lado.

¿Y eso qué trae?

Aceite, picadillo, fideos, arroz, leche.

¿Y la otra?

Lo mismo, pero sin leche y con yerba.

Trae 5 latas de picadillo, 1 kilo de azúcar, 2 kilos de arroz, 2 bolsas de harina, 2 paquetes de fideos, 2 pots de aceite, 2 puré de tomate, 1 litro de leche.

La otra trae polenta, yerba y sal.

¿Frutas, verduras y carnes no?

No, no.

No.

“Traigan bolsas, traigan bolsas que vamos a repartir verdura”, llevo una bolsa y me dieron dos peras y una manzana que estaban picadas.

¿Cuando están enfermos o desnutridos no les dan?

Sí, pero tenés que tener alguien desnutrido y te tiene que dar una orden la doctora.

¿Qué alimentos ricos en hierro consumen ustedes?

La leche, lentejas, que nosotros no consumimos mucho.

¿Y vos madre qué sabés cocinar?

Yo cocino salsas en invierno y comidas frías en verano.

¿En la escuela alguna vez les dijo la maestra que les costaba aprender algo?

Sí, la nena mía le cuesta ubicar y aprender los números en el jardín, y la maestra me dijo que le comprara un dominó y jugara con ella, pero yo no sé jugar. Me va a tener que enseñar ella a mí.

El nene mío no le cuesta, sino que a él le gusta jugar y cuando lo llaman a escribir no quiere.

Yo tengo una nena de 11 años que no tiene problema para nada, hace todo sola. Yo nunca me tuve que poner con ella, gracias a Dios...

Mi nena, todas las maestras dicen que aprende bien.

¿Y vos mamá?

No, ella anda re bien y más acelerada que todo el grupo y los otros.

Yo creo que esto ha sido muy productivo. Les agradecemos que hayan venido y hasta la próxima.





U.N.R.C.
Biblioteca Central



59555

59555

