

CONGRESO VIRTUAL ANTROPOLOGÍA 2002

CAMBIOS ALIMENTARIOS DE INMIGRANTES QUECHUAS- AYMARAS EN LA ARGENTINA

*ESTUDIO DESCRIPTIVO SEMICUANTITATIVO EN POBLACIONES DE LA ZONA DE
LA SIERRA DE LOS PADRES PCIA. DE BUENOS AIRES*

EDGARDO O. M. SCHINDER. # Médico. Master in Public Health / **NESTOR**

CARRASCO PACHO . Kalawaya, Curador Tradicional del Altiplano

Para reimpresiones solicitar a: Dr. Edgardo Schinder: **CREA** - Centro Regional de

Estudios, Educación y Enfermedades Ambientales

La Rioja 2042, 4º "A" 7600-Mar del Plata Argentina

EdgarSchinder@yahoo.com.ar EdgarSchinder@netscape.net

DESCRIPTORES

hábitos alimentarios – alimentos étnicos – poblaciones migrantes – salud pública –

medio ambiente – epidemiología social – quechuas-aymaras -

INTRODUCCION

Las poblaciones migrantes en todo el decurso de la historia conocida de la humanidad, se han visto forzadas a asimilar, no solamente las características físicas del nuevo

medio ambiente al que han arribado, sino también a recibir muchas (sino la mayoría) de las peculiaridades culturales de los residentes establecidos previos, sean nativos o no. Entre estas particularidades figuran obviamente los hábitos y costumbres alimenticias.

Estas alteraciones en sus alimentos con las variaciones en calidad y cantidad de ingestiones e ingestas, acarrearán cambios fisiológicos y metabólicos destacados y como consecuencia de los mismos, modificaciones para la salud tanto beneficiosas como perjudiciales.

La Argentina es un país que ha atraído durante décadas a numerosos inmigrantes de todas partes del mundo, en especial de Europa. Las grandes olas inmigratorias de europeos que arribaron en el siglo XIX y a principios del XX, han sido reemplazadas progresivamente por las grandes corrientes inmigratorias – muchas de ellas con mano de obra temporaria – procedentes de países latinoamericanos, en especial de los vecinos como Bolivia, Paraguay, Chile y Uruguay. Otras recientes y numerosos movimientos migratorios provenientes de los países asiáticos no serán aquí consideradas.

La población migrante principalmente de Bolivia, (y en mucha menor proporción del Perú) viene mayormente del Altiplano, zona de meseta desértica de la Cordillera de los Andes, con una elevación media de unos 3000 msnm. En menor proporción arriban de otras zonas de Bolivia como el Este - zona de Santa Cruz de la Sierra (Este) y Tarija (Centro Este)-.

Es casi imposible calcular el número exacto de estos inmigrantes, pero una cifra conservadora los estima en más del millón de almas. Este número se incrementa constantemente, debido sobre todo a las difíciles condiciones económicas y sociales en sus lugares de origen que los expulsan en busca de mejores condiciones. Cambios recientes en la economía argentina (2001-2002) no han devuelto una proporción significativa de los mismos, a sus lugares de origen.

Tal cual sucediera con los inmigrantes europeos en los siglos pasados - mayormente españoles - y a fines del siglo XIX y principios del XX - italianos, españoles, centro y

este europeos y árabes - (entre otros); cada grupo nacional trae consigo sus particulares costumbres y hábitos, entre ellos los alimentarios.

Para muchas nacionalidades y etnias - en este caso la quechua-aymara - sucede que muchas veces el único vínculo que siguen manteniendo con sus raíces ancestrales, luego de la inmigración, es el **vinculo alimentario**. Con razón alguien ha dicho que los costumbres alimentarias son las más persistentes de todas, incluso que la lengua de origen.

Empero frecuentemente las condiciones ambientales de origen y las de destino casi siempre difieren. Las condiciones meteorológicas por ejemplo, del Altiplano no tienen nada de parecido con las de las dilatadas Pampas argentinas y sus gigantescos conglomerados urbanos, donde se ha radicado la mayoría de las poblaciones de la Puna.

Las dietas **originales** de un determinado entorno han sido seleccionadas durante siglos - o tal vez milenios - como una adaptación al medio ambiente en el caso considerado, de la zona altiplánica. Quienes allí viven están adaptados a sus dietas que por lógica suposición deben proporcionar energía, salud y bienestar.

El transplante migratorio - y con el mismo los hábitos y costumbres alimentarios - no funcionan de la misma manera, que en el sitio de origen debido (entre otras) a las diferencias de condiciones: a) climáticas, b) geológicas, c) económico-sociales, d) circunstancias y medio ambiente de trabajo y e) de acceso a los alimentos

Los objetivos del estudio se formularon: a) conocer el tipo de alimentación de las poblaciones argentinas quechuas-aymaras antes y después de su migración, b) evaluación subjetiva de su perfil de salud antes y después del evento, c) preguntas complementarias destinadas a conocer características demográficas, socioeconómicas, uso de sistemas de salud, etc.

Lo que sigue es un informe preliminar de los resultados de ajuste de una encuesta en profundidad altamente estructurada.

MATERIALES Y METODOS

En este trabajo descriptivo exploratorio se ensayo la aproximación a estas poblaciones migrantes del Altiplano, hacia el territorio argentino, por medio de un lenguaje común que generara confianza entre ellos (aymara-quechua) y por medio de encuestas en profundidad altamente estructuradas realizadas por uno de nosotros (N.P.) que es un aborigen originario de la región del Altiplano y ejerce como médico tradicional itinerante – kalawayá – durante el tiempo de esta encuesta, en el Sudeste de la Provincia de Buenos Aires.

Se eligió para el estudio descrito la extensa zona cercana a Mar del Plata, conocida como de Sierra de Los Padres. La misma presenta un microclima especial, mezcla de serrano con marítimo. Es un cinturón hortícola importante con varios centenares de explotaciones de tamaño pequeño a mediano. En la misma trabaja una cada vez más numerosa población de Bolivia, mayormente en tareas rurales relacionadas con mano de obra intensiva como la horticultura, fruticultura y tareas poco calificadas como la fabricación de ladrillos tradicionales. Un número creciente se ha dedicado el último tiempo al comercio minorista hortícola. Todos ellos son prácticamente pertenecientes a la etnia "kolla", si bien existe mezcla con razas caucásicas originada durante los últimos siglos. Otras tareas rurales como la ganadería o agricultura extensiva (trigo, papa) emplean mayormente a mano de obra criolla. Son escasos aquí en estos últimos sectores los bolivianos.

Para probar la validez de los cuestionarios para un estudio posterior, se ensayaron los mismos en una muestra aleatoria simple de 7 sujetos de ambos sexos, todos ellos de la región. Se creó una base de datos usando las versiones Epiinfo V5 y V6 y se procesaron los datos con estos mismos paquetes estadísticos del CDC de Atlanta, Georgia, USA. Dado el escaso número de sujetos entrevistados, no se realizaron todos los tests estadísticos de rigor, para poblaciones en estudio más numerosas.

El cuestionario empleado figura en el Apéndice 1.

RESULTADOS

Los resultados del estudio son los siguientes:

- ð **1 Numero de entrevistas** = 7
- ð **2 Idioma de la entrevista** = 7 en quechua (100%) con palabras en castellano
- ð **3 Edad** = la edad media de los encuestados fue de 20.8 años (DS 2.1) en el rango de 18 a 24 años.
- ð **4 Género** = 1 sujeto femenino (14.3%) y 6 masculinos (85.7%)
- ð **5 Estado civil** = solteros 3 (42.9%) y uniones de hecho 4 (57.1%)
- ð **6 Nivel de instrucción** = todos manifestaron haber tenido algún nivel de instrucción según la modalidad occidental. Solamente primaria 5 sujetos (71.4%) y media (incompleta) 2 (28.6%)
- ð **7 Vivienda** = todos los siete individuos refirieron tener viviendas más amplias en sus lugares de origen en Bolivia, entre 3 habitaciones (71.4%) y hasta 5 cuartos el resto; mientras que en Argentina todos (100%) viven en viviendas mucho más estrechas de un solo cuarto.
- ð **8 Lugares de nacimiento** = los lugares de nacimiento figuran en la tabla de más abajo.

Bermejo	1	14.3%
Otabe	1	14.3%
Palmar	1	14.3%
Santa Cruz	1	14.3%
Tarija	1	14.3%
Vitiche	2	28.6%
Total	7	100.0%

ð **9 Año de inmigración** = todos son inmigrantes recientes con menos de 10 años de residencia en el país. El más antiguo es de 1990 - 1 - y la mayoría - 3 - recientes, de 1999 (42.9%).

ð **10 Comidas en Bolivia** = las comidas sólidas del desayuno en general eran abundantes y consistentes en lagüita en su mayoría, anakita, seise y empanadas y pan de arroz ocasionales. Las bebidas caldos de papa lisa y te. Al mediodía refieren chuño y chuño con papa, arroz, lagüita, habas, escaso queso, mote y algo de carne en forma de charqui. Es común la sopa como primer plato y el “segundo” seco (ver

arriba). La cena por lo general liviana y líquida con “sopas” y “calditos”, acompañadas eventualmente de “majaritos” (fritura) y ocasionalmente de carne fresca y “hamburguesa” (un sujeto). Como bebida habitual en Bolivia chicha, agua y zingane con ocasionales gaseosas.

ð **11 Comidas en Argentina** = las comidas sólidas en el desayuno para todos la ingestión de harinas refinadas en forma de pan blanco con bebidas livianas como te (la mayoría - 85-2%) y mate. Al mediodía mayormente guisados de fideos y fideos tostados, papas y arroz con parte de la misma sopa de cocción como bebida. Ocasionalmente algo de carne. La cena consiste por lo habitual en algo “liviano” como “sopita” o “caldito” con pan blanco (en ocasiones casero), fideos, papas, arroz y en ocasiones algo de carne fresca.

ð **12 Estado subjetivo de bienestar** = los siete entrevistados refirieron su estado de salud *corporal* en Bolivia de modo positivo como “bien”, “ágil”, “feliz”, “satisfecho”, “contento” ... Para la totalidad en Argentina los términos de descripción fueron negativos con expresiones tales como “cansado”, “aburrido”, “un poco hambriento”, “contento pero jodido” y similares.

ð **13 Frecuencia y actitudes ante la enfermedad** = ante la sensación de enfermedad en Bolivia normalmente recurrían al ayuno (42.9%), al reposo en todos los casos y a infusiones de hierbas medicinales (42.9%), incluyendo la coca en hojas en ocasiones. La atención primaria de la enfermedad era proporcionada en primer lugar por los familiares - 5 - inmediatos (padres, cholita) en la mayoría de las veces y ancianos / as o “curanderos” - 2 casos -; estos sin referencia al motivo. En todos los casos mostraron *percibir* mejor salud allá, no habiéndose enfermado” nunca, “casi nada” , “pocas veces”, o “rara vez” .. en general atribuidas a “gripes”, “descuido” y en dos casos a cuestiones de clima de selva (mosquitos). Uno refiere paludismo. En Argentina al sentirse enfermo recurren a la auto asistencia en la mayoría de las veces (71.4%) a la “salita” (14.3%) - en especial si la percepción de enfermedad es seria - donde son atendidos por la enfermera y el doctor. No refieren salvo excepción recurrir al “curandero” Uno refiere por “un paisano” y otro por el “asistente social”. Si bien entre los recién arribados la frecuencia de enfermamiento es nula todavía, todos refieren una mayor frecuencia que en Bolivia, “muchas veces” atribuyendo en todos los casos que contestaron acerca de la causa (4) a la influencia del clima causante de infecciones del tracto respiratorio alto.

ð **14 Medicación más frecuente** = en Bolivia recurrían al ayuno, infusiones de hierba y agua pura y en la zona de la encuesta, los que respondieron utilizaron - infusiones de hierbas (50%), “agua pura” y “pastillas”. Refieren informalmente recibir en la “salita” medicación gratuita, pero que no la toman.

ð **15 Comentarios generales** = casi todos manifiestan desconfianza a los servicios médicos de la Argentina representados por la “salita” (centro de atención médica primaria municipal) y en ocasiones de enfermedades serias desconfianza por el “hospital”. Aquí ellos ya no tienen acceso a “curanderos” ni “ancianos / as” a quienes recurrir en caso de enfermedad y desconocen por añadidura la flora medicinal regional. Se siente marginados en cuestiones de enfermedad (“sin voz ni voto”); sienten sus cuerpos sin energía (“cansados”, “fríos”, “no les rinde, etc.).

DISCUSION

La salud de los pueblos migrantes - aborígenes - ha sido y es motivo de atención de las autoridades de salud pública tanto de organismos internacionales como ocasionalmente de los nacionales y provinciales. Numerosos trabajos se han dedicado a investigar el tema durante las últimas décadas, ya sea siguiendo los cambios consecuentes de las migraciones forzadas (guerras, catástrofes naturales) como las cuasi-voluntarias siguiendo a las crisis económico-sociales, insatisfacción laboral y vital, inseguridad jurídica, etc. Los estudios relacionados con el estado de salud de la población Boliviana en su país - de origen rural como es en nuestra coyuntura - son escasos en general, en la bibliografía a la que se tuvo acceso., Muchos de ellos están solo relacionados con salud materno-infantil y cambios de hábitos de lactancia por ejemplo (1) o sobre la salud dental de poblaciones rurales, donde se observa que a medida que disminuye la altitud de residencia (sobre el nivel del mar) , se incrementa el deterioro entre otros factores atribuible a la dieta.(2).

Algunos interesantes estudios que comparan resultados de la ingesta calórica de jóvenes aborígenes y su estado nutricional entre aquellos residentes de altitud (La Paz) con otros de baja (Santa Cruz) demuestran que a una mayor altura se verifica una mayor ingesta calórica y de ciertos nutrientes (3), lo cual concuerda con nuestros hallazgos. Pero no sabemos si esto se debe a los cambios de altitud que exigirían un menor gasto energético en zonas bajas o otras variables tales como el paso de un relativo bienestar a la marginalidad (4). No hemos evaluado índices ponderales e indicadores socioeconómicos, como para poder hacer comparaciones más precisas. Aunque en todos los entrevistados nuestros las clases eran IV-V de la Escala Británica (British General Registrar) por ocupaciones.

Los cambios de dieta de poblaciones migrantes han sido evaluados por algunos estudios realizados en sectores urbanos. Es común observar que en lugares menos desarrollados haya una menor ingesta de proteínas y una mayor de hidratos de

carbono y grasas vegetales (10) como se estudio en Gran Bretaña. Estos hallazgos concuerdan con los nuestros donde la facilidad y el costo de la proteína animal fresca presupone un facilidad poco frecuente en Bolivia, por dificultades varias que no se analizarán. Solo un respondente afirmó comer frecuentemente carne fresca mientras que los demás ocasionalmente salada o desecada.

El grado de instrucción influencia también el cambio de los hábitos alimentarios. Generalmente los más educados se transculturán dietariamente con más velocidad. También se han informado que las mujeres son más resistentes a los cambios que los varones (12). Esto no lo hemos podido evaluar con certeza, pero llama la atención la introducción del vino (bebida de contenido alcohólico elevado, del 12-13%) y “jugos sintéticos” en contraste con bebidas livianas como la chicha (alcohol 2-3%), en los varones. Son frecuentes las borracheras de fines de semana en estas poblaciones son frecuentes riñas y lesiones, lo que indica desajuste social. Esto necesita exploración adicional acerca de las causas.

Nos llama la atención la falta de incorporación de vegetales y hortalizas frescos en la dieta habitual de los migrantes quechuas-aymaras, a pesar que los mismos son muy abundantes y casi sin costo (descartes comerciales). Los propietarios rurales les permiten a sus empelados tomar todo lo que desean, si es para consumo personal y no se cobra por ello. Con esto entran en deficiencias nutricionales no evaluadas aún pero que repercuten en su estado inmunitario y de bienestar general. Actualmente se realizan por uno de nosotros (N.C.) campañas tentativas de modificación de hábitos alimentarios por otras más sanos y más adecuados a la región, en especial su estructura productiva.

El menor grado de satisfacción con el trabajo - asociado a menudo con desempleo - puede estar relacionado con la apreciación de un estado de salud desfavorable en nuestra pequeña muestra. Esto ya ha sido observado en otras poblaciones migrantes, por ejemplo en Alemania (5) con respecto a los nativos, sintiéndose los anteriores crónicamente enfermos. El traspaso a tareas para las que no estaban preparados de acuerdo a sus expectativas (agricultura, ladrillos) presupone un esfuerzo que puede afectar la salud (6) como se observó en Texas, en agricultores migrantes de origen latinoamericanos, aborígenes o mestizados.

El desarraigo es padecido generalmente por los más jóvenes, quienes son generalmente los que migran. Los mayores lo hacen con mayor frecuencia. Por lo tanto se crean nuevos marcos sociales donde los ancianos - depositarios entre cosas del conocimiento médico tradicional - no pueden ya asistir a las nuevas generaciones en sus vicisitudes (7). Y gran parte - por no decir todo - ese conocimiento desaparece junto con las redes de apoyo social (incluido lo espiritual) y emocional que caracteriza a las poblaciones estables.

Casi todos los integrantes de las poblaciones quechua-aymara permanecen largos períodos indocumentados (sobre todo por la escasa persecución oficial al respecto). Crean una carga adicional sobre los servicios de salud locales, que todavía no se ha evaluado en nuestro medio pero si en estudios extranjeros, por ejemplo, en Miami, EUA (8). La salud no cabe duda está estrechamente asociada al grado de marginalidad social (9) y estos migrantes nuestros no constituyen una excepción a la regla, perpetuando esta marginalidad la falta de desarrollo y viceversa.

Todo migrante construye fantasías de mejora respecto a los lugares de destino, frecuente- mente de tipo eufórico (11). A esto seguiría la depresión del choque con la realidad objetiva. Nuestra muestra piloto no demostró individuos libres de síntomas mentales. Todos manifestaron percepción de estado de salud peor. La pequeñez de la muestra y la escasa longitud del período de estadía no permiten arribar a conclusiones en la descripción.

No hemos localizado estudios específicos que relacionen estado de salud y nutrición de poblaciones migrantes bolivianas - en especial del Altiplano - hacia otras regiones, constituyendo probablemente este el primero de su tipo y ameritando completar este informe preliminar con otro posterior.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Maternal and infant feeding practices in rural Bolivia.

McCann Mf y Bender DE

Bulletin Pan American Health Organization 1992; 26(2): 148-56

- 2) Status of dentition in Bolivia according to altitude, sex and age

Laure J

Archivos Latinoamericanos Nutrición. 1991; 41(3): 336-49

- 3) The nutritional intake of Bolivian boys. The relation between altitude and socioeconomic status.

Post GB; Lujan C; San Miguel JL; Kemper HC

International Journal Sports Medicine. 1994; 15 Suppl 2: S100-5

- 4) Salud, marginación y desarrollo regional.

Urbina Fuentes M; Narro-Robles J; Wolpert-Barraza E; Meljem-Moctezuma

J

Gaceta Medica Mexicana. 1996; 132(6): 575-97

- 5) Immigrants and health: unemployment and health-risks of labour migrants in the Federal Republic of Germany, 1984-1992.

Elkeles T; Seifert W

Social Sciences Medicine. 1996; 43(7): 1035-47

- 6) Health problems of migrant farm workers.

Texas Medicine 1996; 92(10): 25

- 7) Social networks of elderly migrants: on the relevance of familial and intra-ethnic support

Dietzel-Papakyriakou M; Olbermann E

Z. Gerontol. Geriatr. 1996; 29(1): 34-41

- 8) Inpatient utilization by undocumented immigrants without insurance.

Siddharthan K; Ahern M

Journal Health Care Poor Underserved. 1996; 7(4): 355-63

- 9) op. Cit. 4.

- 10) Development of food frequency questionnaires in three population samples of African origin from Cameroon, Jamaica and Caribbean migrants to the UK.

Sharma S; Cade J; Jackson M; Mbanya JC; Chungong S; Forrester T;
Bennett F;

Wilks R; Balkau B; Cruickshank JK

European Journal Clinical Nutrition 1996 50(7): 479-86

- 11) The mental health pattern of migrants: is there a euphoric period followed by a mental health crisis?

Pernice R; Brook J

International Journal Social Psychiatry. 1996; 42(1): 18-27

12) Food intakes of adult Melbourne Chinese.

Hsu-Hage BH; Ibiebele T; Wahlqvist ML

Australian Journal Public Health. 1995; 19(6): 623-8

AGRADECIMIENTOS

Al Sr. Rubén Santillán, Asistente Social, del Servicio Social Rural de Sierra de Los Padres, Municipalidad de Gral. Pueyrredón, Provincia de Buenos Aires; por su apoyo al trabajo realizado.

APENDICE 1

ENCUESTA

NUMERO DE ENCUESTA.....LUGAR DE ENCUESTA

.....

IDIOMA DE LA ENCUESTA CASTELLANO..... QUECHUA AYMARA

.....

NOMBRE Y

APELLIDO.....

EDAD.....SEXO..... ESTADO CIVILESTUDIOS

.....

VIVIENDA ALLA VIVIENDA AQUI

.....

OCUPACION Y TAREAS

ACTUALES.....

LUGAR DE NACIMIENTO..... ..AÑO DE INGRESO EN EL PAIS

.....

LUGARES DONDE VIVIO EN ARGENTINA

.....

QUE COMIA Y COME HABITUALMENTE

ALTIPLANO

ARGENTINA

A LA
MAÑANA.....

.

AL
MEDIODIA.....

....

A LA
NOCHE.....

QUE BEBE
.....

COMO SIENTE SU
CUERPO.....

SALUD Y ENFERMEDAD

ALTIPLANO

ARGENTINA

QUE HACE CUANDO SE SIENTE MAL
.....

QUIEN LO ATENDIA O ATIENDE
.....

CUANTAS VECES SE ENFERMÓ
.....

PORQUE CREE QUE SE ENFERMO
.....

QUE ENFERMEDADES TIENE
.....

CUANDO SE ENFERMA PRIMERO

SE ATIENDE SOLOVA AL CURANDERO.....VA AL
MEDICO.....OTRO.....

QUE REMEDIOS
TOMA.....

OBSERVACIONES
.....

