

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

BARRERAS QUE DIFICULTAN EL USO DE SERVICIOS DE SALUD PARA RECUPERACIÓN NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS DE COMUNIDADES DEL MUNICIPIO DE TECPÁN, CHIMALTENANGO. GUATEMALA, 2018.

TESIS DE POSGRADO

ANA CECILIA COLÓN GASPAR

CARNET 24730-14

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, SEPTIEMBRE DE 2018

CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

BARRERAS QUE DIFICULTAN EL USO DE SERVICIOS DE SALUD PARA RECUPERACIÓN NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS DE COMUNIDADES DEL MUNICIPIO DE TECPÁN, CHIMALTENANGO. GUATEMALA, 2018.

TESIS DE POSGRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

POR

ANA CECILIA COLÓN GASPAR

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, SEPTIEMBRE DE 2018

CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ÁLVAREZ
SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN
DIRECTOR DE CARRERA: DR. DANIEL ELBIO FRADE PEGAZZANO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. ANA VIDES PORRAS

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

DR. DANIEL ELBIO FRADE PEGAZZANO
MGTR. JUDITH MARINELLY LOPEZ GRESSI
MGTR. LUIS PEDRO GARCÍA VELÁSQUEZ

Guatemala, 4 de julio de 2018

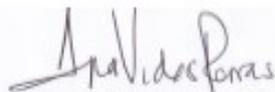
Dr. Daniel Frade
Director Departamento de Postgrados
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar

Estimado Dr. Frade:

Por medio de la presente y en mi calidad de asesora, le informo que se ha concluido la revisión del trabajo de investigación **"BARRERAS QUE DIFICULTAN EL USO DE SERVICIOS DE SALUD PARA RECUPERACIÓN NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS EN COMUNIDADES DEL MUNICIPIO DE TECPÁN, CHIMALTENANGO"**, realizado por la estudiante de post grado Lda. Ana Cecilia Colón Gaspar, carné 2473014.

La Lda. Colón Gaspar, ha cumplido con las recomendaciones y sugerencias propuestas para el mejoramiento del trabajo final de investigación, por lo que agradezco se brinden las orientaciones subsiguientes a efecto de completar las gestiones administrativas y académicas hasta completar el proceso final de tesis en la Maestría en Salud Pública.

Sin otro particular, Atte.



Ana Vides Porras, PhD.
Doctora en Antropología



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Posgrado de la estudiante ANA CECILIA COLÓN GASPAR, Carnet 24730-14 en la carrera MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09400-2018 de fecha 20 de julio de 2018, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

BARRERAS QUE DIFICULTAN EL USO DE SERVICIOS DE SALUD PARA RECUPERACIÓN NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS DE COMUNIDADES DEL MUNICIPIO DE TECPÁN, CHIMALTENANGO. GUATEMALA, 2018.

Previo a conferírsele el grado académico de MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 3 días del mes de septiembre del año 2018.

LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

DEDICATORIA

A DIOS

Por permitirme la vida, la salud y la fuerza para culminar con éxito esta etapa de formación.

A MI HIJA

Elena Isabella, por ser mi motivación para convertirme en una mejor persona y superar los obstáculos que la vida presente.

A MI ESPOSO

Gilberto, por brindarme su apoyo y comprensión durante el período de estudios y la realización de este trabajo.

A MI MADRE

Ana, por su apoyo incondicional y su ejemplo durante toda mi vida y durante la realización de esta maestría.

A MI FAMILIA Y AMIGOS

Por su apoyo y sus ánimos en cada momento, especialmente en las dificultades.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora PhD Ana Vides Porras, por su apoyo incondicional, paciencia y accesibilidad, durante la realización de este trabajo. Aprender de usted me ha fortalecido grandemente como profesional de la salud.

Al Área de Salud de Chimaltenango, por permitirme realizar este trabajo y facilitarme el acceso a la información necesaria.

A los trabajadores del Centro de Salud de Tecpán Guatemala y Puesto de Salud de la Aldea Xenimajuyú, por su apertura y participación en este estudio. Para ustedes mi admiración.

A las madres participantes en el estudio, por su apertura para compartir detalles profundos del proceso que vivieron con sus hijos. Con sus experiencias abren las posibilidades para mejorar el tratamiento de la desnutrición.

A la profesora Maria Glicería Xicay, por su colaboración como investigadora adjunta. Le agradezco su apoyo y acompañamiento en las diferentes etapas de esta investigación.

A la Lda. Natividad Ajcet, por su arduo trabajo en la traducción de documentos y entrevistas en esta investigación.

A los docentes de la Universidad Rafael Landívar. La pasión con la que me instruyeron, ha permitido un cambio para bien en mi calidad profesional.

A mis amigos: Elena, Isela, Jenniffer, Jorge y Shirley. Su amistad hizo más agradables las jornadas de estudio. Su calidad humana y profesional me permitió aprender grandemente de ustedes.

Barreras que dificultan el uso de servicios de salud para recuperación nutricional de niños de 6 meses a 5 años de comunidades del municipio de Tecpán, Chimaltenango.

RESUMEN

Introducción: La desnutrición aguda es un problema aún vigente en las comunidades de Guatemala. La oportuna detección y tratamiento evita las complicaciones asociadas a la inmunodeficiencia por déficit de nutrientes. A pesar de que se han tomado medidas para la reducción de la desnutrición infantil, existe poca información sobre la experiencia de madres o encargados de niños con desnutrición aguda y las barreras que encuentran durante el proceso de recuperación nutricional. **Objetivos:** Identificar las barreras que dificultan el uso de servicios públicos de salud en madres de niños con desnutrición aguda del municipio de Tecpán. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, cualitativo, transversal, se obtuvieron datos numéricos y de experiencia a través de una entrevista. Participaron once madres de niños con desnutrición aguda, detectados durante el año 2015, del casco urbano y la aldea Xenimajuyú del Municipio de Tecpán Guatemala y ocho trabajadores de salud, un médico y siete auxiliares de enfermería de ambas comunidades. Por información proporcionada por el Centro de Salud de Tecpán, se identificó a las madres y trabajadores de salud. Se realizó una entrevista a profundidad utilizando guía semiestructurada, traducida al idioma kaqchikel por persona certificada. Participó en la investigación una persona kaqchikel hablante, entrenada por la investigadora, quien realizó las entrevistas a las madres, transcribió y brindó apoyo a la traductora en ese proceso. Las entrevistas al personal de salud se realizaron en idioma español por la autora. Se hizo una revisión profunda de la información, para la determinación de temas comunes y definición de códigos y familias de códigos. Se realizó el análisis en matrices comparativas para contrastar e integrar la información. **Resultados:** Tanto madres como trabajadores de salud poseen diferentes constructos sobre la desnutrición. Por parte de los trabajadores se tiende a culpabilizar a las madres por el estado de salud de sus hijos, mientras ellas indican que son problemas propios del niño, fuera de su control. Las principales barreras en el tratamiento de la desnutrición aguda son los tratamientos que ofrece el Ministerio de Salud, las condiciones de vida, especialmente la

pobreza, el idioma, la percepción de riesgo de la desnutrición, el tiempo de tratamiento y las implicaciones familiares.

Palabras clave: Desnutrición aguda, modelos explicativos, percepciones, tratamiento, barreras de tratamiento.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
III. MARCO TEÓRICO	
Desnutrición aguda	7
Diagnóstico de la desnutrición aguda.....	8
Causas de la desnutrición aguda	9
Consecuencias de la desnutrición aguda.....	9
Tratamiento de la desnutrición aguda	10
Normas de Atención Integral en Salud	12
Modelos explicativos de enfermedad.....	13
Prácticas poblacionales de salud	13
Camino del enfermo	15
Los constructos émicos y éticos en la interpretación de la investigación.....	17
Sistema médico maya	18
Municipio de Tecpán Guatemala	19
IV. ANTECEDENTES	24
V. JUSTIFICACIÓN	34
VI. OBJETIVOS.....	36
VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	37
VIII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN	49
IX. CONCLUSIONES	137
X. RECOMENDACIONES.....	139
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	140
XII. APÉNDICES	146
XIII. ANEXOS.....	150

I. INTRODUCCIÓN

La desnutrición aguda es un problema aún vigente en las comunidades de Guatemala, que anualmente cobra valiosas vidas, especialmente de niños menores de 5 años. La oportuna detección y tratamiento de la desnutrición evita las complicaciones asociadas a la inmunodeficiencia por déficit de nutrientes. El alto riesgo de mortalidad por complicaciones, hace de la desnutrición aguda un tema de interés e indicador de desarrollo social.

Con el fin de abordar esta problemática, se han desarrollado protocolos de tratamiento ambulatorio y hospitalario que describen los pasos tanto para detección como para tratamiento y monitoreo de los niños con desnutrición. Estos protocolos incluyen dos alimentos diferentes, uno en forma de pasta de alta densidad energética y otro en forma de leches modificadas; este último utilizado para el tratamiento hospitalario. Ambos alimentos tienen como objeto dar un alto aporte de nutrientes en reducida cantidad de alimento.

A pesar que en Guatemala se han tomado medidas para la reducción de la desnutrición infantil, existe poca información sobre la opinión de madres o encargados de niños con desnutrición aguda respecto del tratamiento que se brinda en los servicios públicos de salud. La opinión que las madres tengan sobre el tratamiento puede determinar el grado de adherencia y el éxito del mismo. Uno de los objetivos de este estudio fue identificar las percepciones de las madres y el personal de los servicios de salud que brinda tratamiento a niños con desnutrición aguda en el casco urbano y la aldea Xenimajuyú, municipio de Tecpán Guatemala sobre barreras económicas, sociales y culturales existentes en el proceso.

Asimismo, se buscó describir la brecha entre las percepciones émicas y éticas del problema, es decir, los conocimientos propios y los conocimientos adquiridos acerca de la ,desnutrición. De forma que en el futuro se favorezca la toma de decisiones socioculturalmente pertinentes para mejorar el abordaje del problema a nivel de las

comunidades. Así como para establecer un modelo que permita ampliar la investigación a otros grupos de población.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Descripción del problema:

El municipio de Tecpán Guatemala presenta el mayor número de casos de desnutrición aguda en niños menores de cinco años en el departamento de Chimaltenango. Hasta la semana epidemiológica 45 del año 2015, se reportaban 31 casos de desnutrición aguda en todo el municipio, de los cuales 11 fueron reportados en el casco urbano. La aldea Xenimajuyú se encuentra a cinco kilómetros de la cabecera municipal y es la segunda comunidad con mayor incidencia de casos durante el año 2015, con un total de tres casos. Dentro de los 14 casos reportados en las dos comunidades, dos pertenecen al grupo ladino y 12 provienen a la etnia maya Kaqchikel. De estos 12 casos las madres son bilingües (kaqchikel/español), mientras que los dos casos mestizos solo se comunican en español.

Tanto en las áreas rurales como en el casco urbano existen centros en los que se ofrece tratamiento. En la cabecera municipal se ubica el Centro de Salud y en la comunidad de Xenimajuyú un Puesto de Salud. En ambos se realizan acciones de monitoreo de crecimiento y tratamiento de la desnutrición aguda. Al detectar un caso, éste se documenta a través de una ficha epidemiológica de desnutrición y se proporciona tratamiento con base al alimento terapéutico listo para el consumo (ATLC), mismo que se aplica durante 15 días. Este alimento es una mezcla de manía, azúcar, grasa vegetal y suero de leche, que promueve una ganancia rápida de peso. Si esta opción falla se ofrece la alternativa de trasladar al Centro de Recuperación Nutricional, que se encuentra ubicado en la cabecera municipal de Tecpán. En la comunidad, existen otras opciones de tratamiento como clínicas privadas, farmacias, terapeutas tradicionales, miembros de iglesias, ONG's, los cuales también atienden esta problemática.

De los 14 casos reportados en las dos comunidades, seis fueron resueltos en el Centro de Recuperación Nutricional, debido a que el tratamiento ambulatorio no fue efectivo. Ante

los casos de renuencia para brindar tratamiento, los prestadores del servicio de salud refieren que deben recurrir a amenazas de denunciar a las madres ante órganos judiciales, para forzarlas a aceptar los tratamientos. En una fase preliminar de la investigación, varias madres ingresadas en el Centro de Recuperación Nutricional confirman la información.

La investigación pretende responder la pregunta ¿Cuáles son las barreras que dificultan el uso de servicios públicos de salud en madres de niños con desnutrición aguda en dos comunidades de Tecpán? Además se busca identificar las brechas en las percepciones de las madres y de los prestadores de servicios de salud en cuanto a estas barreras. Se espera que el estudio sea de utilidad para la toma de decisiones en cuanto al abordaje del sector público de salud, para tratar la desnutrición aguda en el municipio.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Desnutrición aguda

De acuerdo a la definición descrita en el Protocolo para el tratamiento de la desnutrición aguda de Guatemala. La desnutrición se define como “el conjunto de manifestaciones clínicas, alteraciones bioquímicas y antropométricas causadas por la deficiente ingesta y/o aprovechamiento biológico de macro y micronutrientes ocasionando la insatisfacción de requerimientos nutricionales”¹. De acuerdo a esta definición, la desnutrición aguda es una enfermedad compleja, que afecta de manera general órganos y sistemas de quien la padece.

La desnutrición se clasifica en tres tipos diferentes. El primero es la desnutrición crónica, que representa la baja talla para la edad, asociada a condiciones de pobreza. El segundo es la desnutrición global, que consiste en bajo peso para la edad y no indica temporalidad, por lo que no reconoce si la desnutrición es pasada o actual. El tercer tipo, la desnutrición aguda consiste en un proceso de instalación rápida, secundaria a ayuno y/o secundaria a procesos patológicos, por reducción importante de la ingesta, en el cual se consumen en muy poco tiempo las reservas de energía y proteína; se altera el equilibrio de líquidos, y electrolitos; y ocurren una serie de cambios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas². Este último tipo será el foco de interés de esta investigación.

Si se interviene nutricionalmente de forma oportuna, estos cambios se revierten y el niño recupera gradualmente sus funciones. Si por el contrario, el proceso sigue avanzando por falta de ingesta hasta una forma severa del mismo, o se complica con una infección, entonces se presenta un desequilibrio metabólico sistémico que pone en peligro las funciones vitales³. La gravedad de la enfermedad, reside en la posibilidad que ésta avance hasta extremos que pongan en riesgo la vida.

La desnutrición aguda se caracteriza por una inadecuada relación de peso para la talla. Existen dos tipos de desnutrición aguda, las cuales se clasifican por su intensidad en severa y moderada. La desnutrición aguda severa se manifiesta clínicamente como marasmo, Kwashiorkor o Kwashiorkor marasmático. El marasmo está caracterizado por emaciación, ausencia de tejido muscular y piel seca lo cual da una apariencia de rostro de anciano muy característica. El kwashiorkor se da por una dieta deficiente en proteínas, el niño afectado presenta edema o hinchazón en brazos, piernas y rostro. Así también, lesiones en la piel de tipo descamativo, cabello decolorado y quebradizo, la apariencia característica es rostro de luna llena⁴. El Kwashiorkor marasmático es una combinación de los dos anteriores.

3.2 Diagnóstico de la desnutrición aguda

Para realizar el diagnóstico de desnutrición aguda se utilizan indicadores antropométricos, clínicos y bioquímicos. Los primeros dos indicadores son los más utilizados debido a su bajo costo y facilidad. Para el diagnóstico a través de antropometría se utiliza el índice Peso para la Talla (P/T). Cuando este índice se encuentra por debajo de las dos desviaciones estándar es bajo e indica que la masa muscular y la grasa corporal se encuentran disminuidos, en relación a la talla⁴.

Tabla 1. Interpretación del índice peso para la talla

Puntaje Z y puntos de corte	Interpretación
Entre -2 DE* y +2 DE	Normal
Entre -2 DE y -3 DE	Desnutrición aguda moderado
Debajo de -3 DE	Desnutrición aguda severa

Fuente: Construcción basada en estándares de la OMS³

* DE: Desviaciones estándar

El diagnóstico por indicadores bioquímicos se realiza a través de la interpretación de pruebas de prealbúmina, albúmina, hematología, proteína y de electrolitos como: sodio, potasio, magnesio, calcio. Generalmente, este diagnóstico se realiza a nivel hospitalario,

cuando el niño presenta complicaciones. En los servicios de salud de segundo nivel de atención, los laboratorios que se realizan no logran brindar un diagnóstico utilizando este indicador.

3.3 Causas de la desnutrición aguda

La desnutrición infantil tiene múltiples causas. En un inicio es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención de salud adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas.² Detrás de estas causas inmediatas hay otras subyacentes como la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria en la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, así como las prácticas deficientes de cuidado y alimentación.² En el origen de todo ello están las causas básicas, que incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres.²

Todos los niveles causales de la desnutrición aguda merecen importante atención pues solo atender uno u otro significa solo el alivio de los efectos de la desnutrición y no la solución al problema. En Guatemala, las características de la población la colocan en una situación vulnerable. De acuerdo al informe del Relator de los Derechos Humanos en Guatemala ante la asamblea general de las Naciones Unidas indica al respecto de las desigualdades sobre el derecho a la salud en Guatemala “Esas dificultades se relacionan en gran medida con desigualdades y formas de discriminación profundamente arraigadas, que han repercutido negativamente en los factores básicos que determinan la salud y en el acceso a la atención sanitaria. La concentración de los servicios de salud en las zonas urbanas, la insuficiencia de los recursos y las importantes barreras lingüísticas se consideran obstáculos sustantivos al acceso de los pueblos indígenas a la atención de salud, al igual que la falta de una política o un plan nacional integral para la atención sanitaria de los pueblos indígenas”⁴².

3.4 Consecuencias de la desnutrición aguda

Los niños desnutridos son extremadamente susceptibles a enfermedades mortales como el sarampión, la malaria, la diarrea y la neumonía. Por consiguiente, el riesgo de muerte es una de las consecuencias más inmediatas y alarmantes de la desnutrición aguda en los niños. Los niños que logran sobrevivir a la desnutrición aguda, tienen consecuencias irreversibles que se harán sentir durante el resto de la vida, tales como el retardo de crecimiento y desarrollo físico, bajo cociente intelectual, problemas de aprendizaje, retención y memoria, propensión a contraer infecciones en la infancia y enfermedades crónicas en la edad adulta.⁵

Para una comunidad o un país estas consecuencias también se ven reflejadas en baja productividad, inequidades profundas en las áreas más afectadas, bajo desarrollo del capital humano, repitencia escolar, abandono temprano de la escuela, actividades de subsistencia, entre otras⁵. El porcentaje de niños con desnutrición aguda, forma parte de los indicadores de salud, que son importantes para determinar el grado de desarrollo de una comunidad. Además, este indicador se relaciona también con la mortalidad infantil, cuya reducción forma parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de los países.

3.5 Tratamiento de la desnutrición aguda

El tratamiento de la desnutrición aguda tiene como objetivo favorecer la ganancia de peso, corregir el desequilibrio de electrolitos, tratar y prevenir infecciones, prevenir daño metabólico, corregir deficiencia de micronutrientes. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS- de Guatemala ofrece en la red de servicios dos opciones de tratamiento para la desnutrición aguda, el tratamiento ambulatorio y el tratamiento hospitalario y en Centros de Recuperación Nutricional –CRN-. El tratamiento ambulatorio de la desnutrición aguda es la primera opción de tratamiento, aplicado en casos en los que los niños no presentan complicaciones y tienen apetito adecuado. Se presentan dos alternativas, tratamiento con Alimento Terapéutico Listo para el Consumo –ATLC- o tratamiento con alimentos locales.

El ATLC es un alimento pastoso hecho a base de manía, leche en polvo, grasa vegetal, vitaminas y minerales esenciales. Con alto contenido de calorías provenientes de grasa (alta densidad energética). Un sobre de ATLC contiene 500 calorías.³ Además del tratamiento nutricional, el tratamiento ambulatorio incluye también suplementación con vitamina A, ácido fólico, hierro, desparasitante, amoxicilina y micronutrientes espolvoreados.³ El tiempo de tratamiento con ATLC, tiene un período de tiempo entre 15 días, hasta tres meses, dependiendo el tipo de desnutrición que el niño padezca.

Cuando el tratamiento ambulatorio no es efectivo y los niños presentan complicaciones o falta de apetito, se aplica la opción de tratamiento fuera de la comunidad. La alternativa para tratar las complicaciones es la referencia a un hospital de la red de servicios, en la cual se brindará tratamiento para estabilizar al niño. El hospital no es un lugar adecuado para la recuperación nutricional de los niños, ya que debido a su vulnerabilidad son propensos a adquirir otras infecciones, por lo que es necesario referirlos a otro lugar más apropiado. La opción son los Centros de Recuperación Nutricional –CRN-, donde el niño permanece hasta alcanzar un diagnóstico nutricional normal.³

El tratamiento en hospitales y CRN se basa en la administración de fórmulas líquidas de recuperación nutricional con alto contenido de energía, controladas en densidad y cantidad de proteína. Las fórmulas distribuidas por el MSPAS son la fórmula F75, que tiene una base de leche descremada, grasa vegetal, vitaminas y minerales. Esta se utiliza al inicio del tratamiento, durante los primeros cinco días. La fórmula F100 tiene también una base de leche descremada, grasa vegetal, vitaminas y minerales, pero se utiliza a partir del día seis de tratamiento, hasta la recuperación del niño.⁴ Debido a la disponibilidad de las fórmulas y la tolerancia a las mismas, existen fórmulas caseras con características similares a las de las fórmulas F75 y F100 que también se utilizan para la recuperación nutricional de los niños.³

Con la intervención se persigue estabilizar las funciones vitales, tratar las complicaciones y dar inicio a la recuperación nutricional, para que posteriormente su

tratamiento sea continuado en forma ambulatoria en la comunidad. Un problema a considerar para la hospitalización de los niños es la disposición de los padres, ya que suelen generarse inconvenientes para la familia debido a que generalmente viven muy lejos de los centros asistenciales. Asimismo, en la mayoría de los casos hay otros hijos pequeños que necesitan el cuidado de la madre, por lo que si ella acompaña al niño hospitalizado los otros se quedan sin atención.³

3.5.1 Normas de atención en Salud Integral

Para servicios de primer y segundo nivel de atención el MSPAS ha implementado las Normas de Atención en Salud Integral. Las cuales están diseñadas por ciclo de vida y son actualizadas tomando en cuenta la evidencia científica existente, perfil epidemiológico, enfoque de género y pertinencia cultural. En la sección de “Niñez” se describe la evaluación nutricional a niños y niñas, como parte del monitoreo para la detección oportuna de casos de desnutrición. Sin embargo, para realizar dichas acciones se recomienda el uso de los indicadores peso para la edad que es un indicador que no tiene temporalidad y talla para la edad que es un indicador de desnutrición en el pasado²⁹.

El diagnóstico de la desnutrición aguda se realiza utilizando el indicador peso para la talla, por lo que existe un vacío en las normas de atención para realizar una detección temprana y oportuna de los posibles casos que puedan agravarse hasta alcanzar el diagnóstico de desnutrición aguda. El carnet de vacunación vigente para niños y niñas menores de cinco años, cuenta ya con las tres gráficas para el diagnóstico y seguimiento. No existen normas claras sobre el monitoreo y supervisión de esta práctica en los servicios de salud.

3.6 Modelos explicativos de la enfermedad

Echeverría, P.³⁹ introduce en su artículo “El sentido o explicación que se le de a la enfermedad orientará el sentido de la búsqueda del restablecimiento de la salud perdida”. Así, diferentes grupos de población, en base a sus características, económicas, sociales, culturales, entre otras, pueden tener diferentes explicaciones para una misma enfermedad y

así será la ruta de búsqueda que trazarán para resolver el problema. Artur Kleinman desarrolló el concepto de Modelos Explicativos, los define como “las nociones sobre un episodio de enfermedad y su tratamiento que es empleado por aquéllos que se ocupan del proceso clínico”.

Tanto los pacientes como sus familiares o cuidadores, dentro de su idiosincrasia, explican sus problemas de diferentes maneras. Esto incluye explicaciones en torno al origen de la enfermedad, el inicio de los síntomas y el curso clínico y así mismo se relaciona estrechamente con los comportamientos de búsqueda de ayuda y las expectativas con los tratamientos. Se puede conceptuar la relación médico-paciente como una transacción del modelo explicativo del paciente y del modelo explicativo del médico. Además, las explicaciones del paciente frecuentemente son distinguidas de las explicaciones de los familiares, con las cuales pueden entrar en conflicto o ser divergentes³⁹.

3.7 Prácticas poblacionales de salud

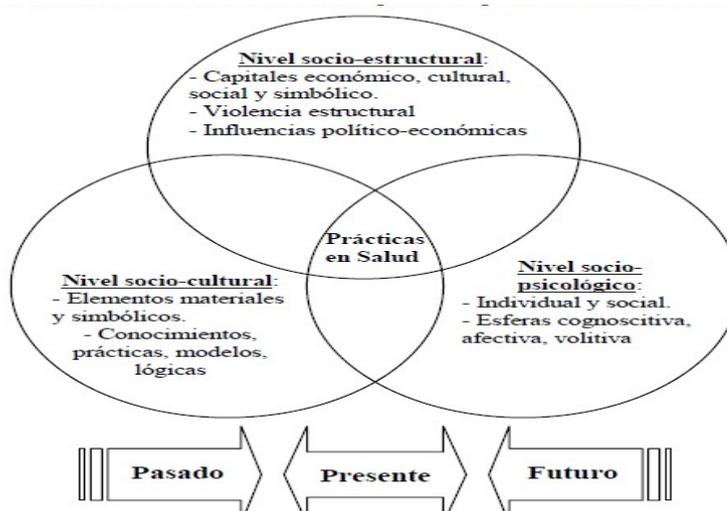
Como prácticas poblacionales en salud Cerón define “todas las acciones que los individuos y los grupos sociales emprenden con el objetivo de mejorar, conservar o recuperar la salud⁶”. Todo esto antes de llegar a los servicios de salud o al margen de los mismos. Por lo que no siempre corresponden a los que provee el sistema biomédico de salud.

Los servicios de salud ofrecen atención para la población, que además de ser usuaria también es actora principal. Sin embargo, la mayoría de prácticas poblacionales en salud se dan al margen de los servicios públicos, por lo que se utilizan un sinnúmero de prácticas de otros subsistemas de salud y mezclas de ellos. De tal modo que la vinculación con los servicios de salud depende del tipo de problemas de salud, las características de los individuos, sus familias y sus comunidades⁷.

Las prácticas de salud en Guatemala se dan dentro de un contexto de pluralismo, donde conviven diversos sub sistemas de salud, usualmente en estado de inequidad.⁸ Las inequidades en salud se traducen en barreras de acceso, entendidas como los determinantes que no permiten que la persona entre en contacto con los mecanismos de satisfacción de su necesidad sanitaria⁹. Se desvalorizan las prácticas poblacionales en salud, dándoles categoría de mitos, creencias o prácticas sin efectividad.

El papel que juegan las personas en los diferentes sistemas de salud es importante, ya que ellos son el centro de la prestación de servicios y de las intervenciones de salud. Las personas son a la vez usuaria, proveedora y consumidora. Pueden por un lado decidir, pero por el otro lado influir a otras personas para que realicen una u otra práctica de salud.⁶ Por ello, entender la dinámica respecto de las prácticas de salud es de gran importancia para ofrecer servicios que sean eficaces. La decisión sobre tomar una u otra práctica de salud no es arbitraria, sino es el resultado de un conjunto de condiciones de los diferentes niveles sociales interrelacionados de diferente manera para cada caso particular o problema de salud.

Gráfico 1. Determinantes de las prácticas poblacionales en salud



Fuente: Cerón⁶

El gráfico 1 ilustra como las prácticas de salud están influenciadas por distintos niveles sociales que interaccionan entre sí y en el tiempo. La forma como interactúen determinará las prácticas de salud de las personas. También determinará las inequidades a las que

están sujetas estas prácticas. En un país como Guatemala, estas relaciones son tan diversas como lo pueden ser las mismas poblaciones.

Las prácticas poblacionales en salud incluyen acciones de prevención y tratamiento de las enfermedades en el que las experiencias y conocimientos previos, la recurrencia o cronicidad de un padecimiento, las variaciones generacionales, y las modificaciones en el conocimiento y acceso a distintas alternativas, determinarán la ruta o tratamiento a seguir para el problema de salud ⁶. Cerón define estas prácticas poblacionales y las denomina cuidado lego, las cuales se entienden como “todas aquellas actividades relacionadas con lo sanitario que existen al margen de la medicina profesional”. ⁶ El cuidado lego comprende tres formas diferenciadas.

La primera es la autoayuda, que se refiere a la manera como grupos de personas con problemas comunes se asocian para enfrentar diversos problemas.⁶ Un ejemplo claro representan grupos de Alcohólicos Anónimos, así también, quienes se agrupan y comparten alguna característica de salud en común, como la diabetes, hipertensión, Parkinson entre otras⁷. En los servicios de salud de segundo nivel, se conforman diferentes clubs, de diabéticos, embarazadas, adolescentes, entre los más frecuentes.

La segunda es el autocuidado, que refiere a las acciones de tipo preventivo y de promoción de la salud que realizan las personas para no enfermarse o minimizar los efectos deletreos de las enfermedades. ⁷ Estas prácticas incluyen aspectos como la higiene, alimentación, ejercicio, prevención de conductas de riesgo. Aunque estas tienen carácter personal, la influencia que puedan recibir las personas, proveniente de su entorno, puede determinar en gran medida las prácticas de autocuidado.

La tercera, la autoatención se refiere a las acciones que se realizan para curar las enfermedades que se padecen. ⁷ Se comprende como algo estructural en toda sociedad, en donde se reconoce que las primeras acciones de diagnóstico y atención, ante un problema de salud, las realiza la propia persona o personas inmediatas de sus grupos

parental o comunal, y en el cual no actúa directamente un curador profesional.¹⁰ Estimaciones dicen que entre el 50 y 92 por ciento de los episodios de salud en diferentes sociedades se resuelven sin ayuda de algún profesional de los diferentes subsistemas de salud⁶. De aquí que a la autoatención se le denomine también “el verdadero primer nivel de atención en salud”.¹⁰

La autoatención tiene un carácter social y grupal, hace referencia a acciones de tipo asistencial, desde una perspectiva colectiva en donde se deben considerar las condiciones de vida.¹⁰ Se expresa una integración de conocimientos y prácticas de diagnóstico y tratamiento, que tiene orígenes tomados de diversos subsistemas de salud, con el propósito práctico de resolver sus problemas de salud. El lugar clave está en el autocuidado-autoatención, pues todas las otras formas necesitan de éste para funcionar, pero éste puede no requerir de ninguno de los otros. Esto implica que cualquiera de las formas de atención necesita del individuo y del grupo doméstico para poder funcionar.⁶

3.8 Camino del enfermo

La búsqueda de soluciones a los problemas de salud, describe también el camino del enfermo, el cual para la Instancia Nacional de Salud se define como “los diferentes pasos que las personas enfermas y/o las familias dan para resolver un problema de salud al que se enfrentan. Las decisiones y las acciones que se llevan a cabo dependen en gran medida de la lógica sociocultural de la familia y sus integrantes, a partir de la cual interpretan el problema, establecen diagnósticos, definen y asumen las opciones de diagnóstico y tratamiento. Este camino del enfermo también está condicionado por los conocimientos e información que poseen las personas y familias, su ubicación geográfica y medios de comunicación, el tiempo disponible y los recursos materiales y económicos, entre otros”.¹

En el camino del enfermo, también llamado Rutas de Búsqueda de Atención en Salud¹¹. Se materializa el análisis realizado sobre la influencia de los niveles sociales en las prácticas de salud de la población, visualizando la manera en que coexisten los

diferentes subsistemas de salud y se combinan entre sí. Comprender esta dinámica es fundamental para desarrollar estrategias de salud, pues de otro modo el beneficio esperado no alcanzará a las personas a las que se dirige la estrategia y, por el contrario, puede generar la renuencia y el rechazo de la población.

3.9 Los constructos émicos y éticos en la interpretación de la investigación

Dentro de la Antropología Médica se reconoce que las descripciones acerca de los fenómenos estudiados conllevan interpretaciones culturales sujetas al sistema de conocimientos (o sistema epistémico) del investigador. Esto ocasiona a menudo sesgos en la forma en que se elaboran las preguntas o se presentan los resultados. Por tanto, las ciencias sociales proponen la explicación de cualquier fenómeno observado desde dos perspectivas, la émica y la ética¹².

En un país como Guatemala, donde conviven diferentes subsistemas de salud, culturas e idiomas, estas interpretaciones representan una especial forma de entender los problemas de salud y tiene acción directa en las diferentes prácticas poblacionales de salud que la población decide escoger. El sistema de salud oficial en Guatemala, está caracterizado por ser biologista, ahistórico y basado en la relación salud-enfermedad¹. Por lo que cualquier otra forma de visualizar la salud tiende a ser descartada y desacreditada.

Los conceptos de “emic” y “etic” provienen de la antropología lingüística, que se acuñó en 1954 por Kenneth Pike¹³. Estos conceptos, también son conocidos como el debate interno / externo¹⁴, ya que se han aplicado en muchos lugares, especialmente en la investigación en salud¹⁵, y se han discutido ampliamente en las ciencias sociales. En investigación en salud, los constructos émicos y éticos de una población permiten de una manera participativa y respetuosa reducir las brechas culturales para comprender y buscar soluciones a problemas de salud complejos.

Las construcciones émicas son consideraciones, descripciones y análisis, expresados en términos de los esquemas conceptuales y categorías que se consideran significativos y apropiados por los miembros de una cultura. Una construcción émica está de acuerdo con las percepciones y entendimientos que se consideran apropiados por los miembros de una cultura. La validación de emicidad se convierte así en una cuestión de consenso de los informantes "nativos", que deben estar de acuerdo en que la construcción coincide con las percepciones que son características de su cultura".¹⁶

Por el contrario, "las construcciones éticas son consideraciones, descripciones y análisis expresados en términos de los esquemas conceptuales y categorías que se consideran significativos y apropiados por la comunidad de "observadores". Una construcción de fuera, se denomina correctamente 'ética' si está de acuerdo con los principios epistemológicos considerados apropiados por la ciencia. La validación del conocimiento ético se convierte así en una cuestión de análisis lógico y empírico".¹⁶ En el caso de las enfermedades, es de importancia identificar si los conocimientos transferidos a la comunidad son validados o no, de no ser así, se pueden transformar en barreras o facilitadores para el tratamiento.

3.10 Sistema médico maya

En el documento "Conociendo la medicina Maya en Guatemala" se cita el siguiente concepto de medicina tradicional maya: "Esta medicina se basa en un modelo "relacional y holístico", donde la enfermedad es el producto del comportamiento de los seres humanos con su entorno (familiar y social), por lo tanto la etiología de la enfermedad traspasa lo biológico y la forma de curar considera la utilización de minerales, animales y plantas que incluye secretos, gestos, oraciones y prácticas de tipo simbólico, ya que el "curador" es solamente un intermediario entre lo divino y lo terrestre en cuanto a la recuperación de un enfermo".

En la propuesta formulada por la Instancia Nacional de Salud (Guatemala) para un Sistema Público de Salud Incluyente, con la intención de superar diversas propuestas

conceptuales, el sistema de salud se explica como: un subsistema social complejo y heterogéneo, conformado por el conjunto de instituciones, actores (personas), modelos de salud, relaciones, actividades y recursos articulados para garantizar el derecho a la salud en una sociedad³⁰. Por tanto, la medicina tradicional maya puede considerarse un sistema de salud, cumpliendo con los elementos ordenados e interrelacionados³¹:

- Concepción y manejo propio del fenómeno bienestar-malestar, basado en la cosmovisión de la cultura maya.
- Organización del recurso humano, forma de elegir a los terapeutas, mecanismos de formación, especialidades.
- Definición de sus enfermedades con su etiología, sus nombres, manifestaciones, etc.
- Planteamiento y desarrollo de las diferentes maneras de tratamiento, así como los recursos a utilizar³¹.

Se hace una especial mención respecto al uso de las plantas, las cuales son utilizadas en diversos sistemas de medicina tradicional. Sin embargo, es erróneo asociar el uso de plantas medicinales con la medicina tradicional maya y considerar a los terapeutas mayas como sólo promotores de la medicina maya. Tal afirmación podría desaparecer este recurso humano que es propio de la medicina tradicional maya, que es parte de la cultura ancestral de un pueblo.

3.11 Municipio de Tecpán Guatemala

Chimaltenango es uno de los 22 departamentos de Guatemala, con un territorio de 1,979 km². Cuenta con 16 municipios, dentro de los cuales se encuentra Tecpán Guatemala, ubicado en la carretera interamericana a 34 kilómetros de la cabecera departamental y a 88 kilómetros de la ciudad capital¹⁷. Tecpán Guatemala, colinda al norte con el municipio de Joyabaj (Quiché); al este con Santa Apolonia, San José Poaquil y Comalapa (Chimaltenango); al sur con Santa Cruz Balanyá y Patzún (Chimaltenango); al este con Chichicastenango (Quiché); San Andrés Semetabaj y San Antonio Palopó¹⁷. Su

ubicación geográfica lo convierte en un municipio de referencia, a donde acuden otros cercanos, en la búsqueda de comercios y servicios.

El área urbana se subdivide en cuatro barrios que son cuatro zonas, siendo estos: Barrio Asunción (zona uno); Barrio Poromá (zona dos); Barrio Patacabaj (zona tres) y Barrio San Antonio (zona cuatro). Existen dos colonias que se formaron después del terremoto de 1976: Iximché, ubicada en el área de la zona dos y Las Flores, en el área de la zona uno.¹⁷ Existen tres caseríos muy cercanos a la cabecera municipal que son considerados parte del área urbana: Pamanzana, Asunción Manzanales y El Xayá. Los nombres de los barrios permiten pensar que es una forma de mantener un equilibrio de identidad entre los pobladores, ya que dos de ellos contienen nombres del idioma cakchiquel y dos del castellano. Patacabaj significa “Lugar de Piedras” y Poromá “Lugar Quemado”, mientras los otros dos, Asunción y San Antonio, son nombres de santos católicos.¹⁶

3.11.1 Características de la población

Según el censo del año 2002, realizado por el Instituto Nacional de Estadística – INE, el municipio de Tecpán Guatemala, contaba en ese año con una población de 59,859 habitantes. La distribución por grupo étnico fue: Indígena 55,217, equivalente al 92% de la población y no indígena de 4,642, equivalente al 8%, con una tendencia de crecimiento promedio de 4% anual. De acuerdo a las proyecciones, para el año 2017 la población ascendería a los 98,856 habitantes.¹⁹

La distribución por género del municipio corresponde al 51% a mujeres y 49% hombres. Respecto a la distribución étnica, la población maya kaqchikel representa el 91.9% de la población, la población ladina representa el 8.07% y otros grupos el 0.04%. La población mayoritaria se encuentra básicamente concentrada en el área rural y mantiene su identidad y tradiciones.¹⁸

Sobre el idioma en que aprendieron a hablar los pobladores del municipio, el 67% lo hizo en idioma maya, 23% en idioma español y 0.04% aprendió a hablar en otro idioma.¹⁹

Respecto a la población bilingüe, el censo 2002 no detalla información del municipio, pero en general se estima que el 71% de la población maya que vive en el área urbana es bilingüe¹⁹. El uso del idioma kaqchikel es predominante en las áreas rurales del municipio, donde se habla casi de forma exclusiva.

Respecto a la población por grupo etario, el municipio está conformado en su mayoría, por una población de niños y jóvenes. Demuestra un crecimiento rápido, en donde los altos índices de natalidad superan los de mortalidad, poniendo en tensión la demanda de necesidades básicas como son: la educación, salud, vivienda, seguridad alimentaria, fuentes de empleo, etc¹⁸. Con respecto al estado civil de la población del municipio, se da de la siguiente manera: 28.6% casados, 24.3% solteros, 5% unidos, 2.4% viudos, 0.5% divorciados y un 39.2% sin definir su estado civil.¹⁸

La tasa de alfabetización para el año 2010 fue de 85.5%, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres. La tasa neta de escolaridad para el año 2009 fue de 52.6 para el nivel pre primario, 94.4 para el nivel primario, 24.8 para el nivel básico y 5.1% para el nivel diversificado²⁰. El municipio cuenta con establecimientos públicos y privados de educación en el nivel primario, básico y diversificado, centralizadas especialmente el casco urbano.

3.11.2 Empleo y migración de la población de Tecpán Guatemala.

La principal actividad económica del municipio de Tecpán Guatemala, es la agricultura, la cual representa el 75% de la actividad económica. Un 20% de la población se dedica al comercio y servicios, mientras que el 5% se dedica a la industria. De los 59,859 habitantes que reporta el censo de 2002, 19,016 se consideran población económicamente activa, de éstos el 79% son hombres, por lo que representan la mayor fuerza laboral del municipio. El flujo migratorio de las aldeas y caseríos hacia la cabecera municipal, representa un 25% de la población rural, principalmente en los meses de febrero a octubre.¹⁸

3.11.3 Niveles de pobreza

El 75% de la población rural de Tecpán vive en condiciones de pobreza, mientras que el 21% lo hace en condiciones de pobreza extrema. El Coeficiente de Gini rural para el municipio es de 0.25. ²¹ De acuerdo al informe de Desarrollo Humano del Departamento de Chimaltenango del año 2002, Tecpán Guatemala tiene un Índice de Desarrollo Humano – IDH- de 0.626, inferior al IDH departamental (0.679) y menor también al IDH nacional (0.702). Esta cifra clasifica al municipio con un IDH medio. ²⁰

3.11.4 Servicios de salud

Tecpán Guatemala cuenta con servicios de salud pública y privada. La salud pública es cubierta por un Centro de Salud en la cabecera municipal y diez Puestos de Salud en las aldeas de: Palamá, Xecoxol, Pacacay, Agua Escondida, El Tablón, Xejaví, Xenimajuyú, Caquixajay, Chirijuyú y San José Chirijuyú. Sus servicios son de prevención y tratamiento de enfermedades comunes. ⁶ El personal del Centro de Salud está compuesto por un médico director, enfermera graduada, auxiliares de enfermería, inspector de saneamiento ambiental, trabajador social, secretario contador, conserje, guardián, y practicantes en ejercicio profesional supervisado, en las áreas de: nutrición, odontología y medicina. ²²

También cuenta con un Centro de Urgencias Médicas (CUM),²² en el cual se presta servicio de emergencia, laboratorio, farmacia y consulta externa, atendiendo las 24 horas. La consulta externa se atiende en las áreas de medicina general, ginecología y pediatría. Dirige el lugar un médico director. En el interior del Centro de Urgencias Médicas se ubica el Centro de Recuperación Nutricional. ²² Funciona desde el año 2012, atendiendo casos de desnutrición aguda del departamento de Chimaltenango, Sololá y Quiché. Brinda atención al paciente y a la madre o cuidadora, la cual permanece en el lugar hasta la recuperación de su hijo. El equipo lo integra una nutricionista, quien también coordina las actividades administrativas, una pediatra, auxiliares de enfermería, cocineras, conserjes y encargado de bodega.

Sobre otros prestadores de salud, se registran en el municipio siete clínicas médicas particulares, dos sanatorios privados, que también atienden consultas externas de los afiliados al seguro social IGSS, 16 farmacias. Además hay 176 comadronas registradas.²² Dentro de la comunidad, además de las comadronas, son reconocidas otras personas de la comunidad que practican la medicina maya y atienden a niños y adultos. Estas otras especialidades no están documentadas en algún documento, por lo que se desconoce el número exacto de terapeutas, sin embargo, son consultados por la población para atender diferentes patologías y recibir tratamiento con plantas u otras técnicas de curación.

Además de la medicina maya, también existen personas que practican el cristianismo, que se dedican a la visita y oración por los enfermos, el número de estas personas también es desconocido, pero también son consultados y reconocidos por las personas. Así también, naturistas, vendedores de suplementos alimenticios y nutricionales, centros espirituales, entre otros, no identificados.

IV. ANTECEDENTES

El problema de la desnutrición aguda, de las barreras de tratamiento, percepciones y prácticas han sido documentados en diferentes estudios y en diferentes regiones de Guatemala. Existen análisis desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo, que buscan profundizar en la comprensión del tema de la desnutrición. A continuación se resumen algunos de ellos, importantes para comprender y sustentar la presente investigación.

En la revisión bibliográfica elaborada por Saenz de Tejada ²³, se describen las prácticas de alimentación infantil en Guatemala, desde la alimentación en el embarazo y puerperio, lactancia materna, alimentación complementaria y la percepción sobre el crecimiento de los hijos, manejo doméstico de las enfermedades comunes de la infancia; identificando una importantes brechas en las prácticas de alimentación entre la población indígena y la población mestiza, siendo más favorables para el segundo grupo. Se evidencia la importancia, el origen mítico y el valor nutritivo y cultural que tiene el maíz en la población guatemalteca. También se identifica la teoría humoral de los alimentos, clasificándolos en fríos y calientes, lo que determina su consumo o restricción en diferentes etapas de la vida. Respecto a la introducción de alimentos, puede iniciarse de manera temprana (4 meses) o tardía (8 meses o más) la mayoría de niños tiene una dieta escasa y limitada, obteniendo la mayor parte de calorías del maíz en diferentes preparaciones. Se considera que el niño es capaz de regular su apetito y saciedad, por lo que se hace poco esfuerzo para insistir en que el niño coma. Respecto a la percepción de crecimiento de los hijos, las madres no pueden determinar cuán rápido deben crecer sus niños, siendo la ropa, la manera más usual de determinar si el niño está creciendo. Se hace la observación que durante los últimos 50 años, las prácticas alimentarias no han variado de forma importante, permaneciendo más o menos iguales.

El estudio de Galindo M. y Chang L. ²⁴ busca identificar los factores que inciden en el consumo, prácticas y costumbres para el consumo de alimentos en comunidades rurales de Guatemala. Se evidencia una vez más la importancia nutricional y cultural que tiene el maíz

en las familias guatemaltecas, así también se describe la importancia del frijol como el acompañante más común del maíz, dando también importancia a este alimento. Se determinó con los participantes que la buena alimentación y nutrición están determinadas mayormente por valores gustativos, económicos y externos. El valor gustativo se antepone al valor nutricional de los alimentos, por lo que en varios hogares se tiene consumo de comida chatarra, a pesar de tener pocos recursos. El valor económico también determina el consumo de alimentos, por lo que se prefieren vender un buen alimento, para comprar otro que abunde más. Los valores externos vienen de los prestadores de servicios de salud, así como los medios de comunicación que hacen campaña a cierto tipo de alimentos. También se hace referencia a la clasificación frío y caliente de los alimentos, como un determinante para consumir o no consumir un alimento.

Sobre la terapia ambulatoria brindada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Wilhem Sosa ²⁵, describe los factores que impiden la recuperación de niños con desnutrición aguda de 6 a 59 meses, utilizando ATLC, en un departamento de Guatemala, los resultados muestran que de los 50 niños participantes el 32.4% alcanzó la recuperación de la desnutrición aguda, mientras el 64.7% no ganó peso y el 2% bajo el peso. Los principales problemas que se presentaron durante el tratamiento son: diarrea, poca tolerancia al sabor del alimento, distensión abdominal, vómitos, infecciones cutáneas, infecciones respiratorias, las cuales, debido a la falta de seguimiento constante no puede determinarse si son por el tratamiento o por otros factores. De igual modo, existe dificultades en el hogar para dar el tratamiento en la cantidad adecuada y el número de días del tratamiento.

Respecto del problema de la desnutrición, el documento de Cerón, hace un recopilatorio de las referencias para el estudio de las prácticas poblacionales en salud en Guatemala, en el que describe que “existen estudios de hábitos dietéticos en poblaciones de Guatemala, publicados por Flores y Reh en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana en 1955. A partir de entonces existe abundante literatura sobre hábitos y CAPs (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) en las publicaciones del Instituto de Nutrición de Centro América (INCAP), la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC) y el Centro de Estudios en

Sensoriopatías, Senectud e Impedimentos y Alteraciones Metabólicas (CeSSIAM), entre otros”.⁶

En el recopilatorio que realiza Cerón⁶, encuentra referencias sobre la dieta de los hogares pobres en Guatemala describiendo la dieta tradicional de las familias guatemaltecas consiste en tortillas de maíz, frijol, algún complemento (verduras, hierbas, huevo o carne), acompañado de café endulzado. El consumo de leche es bajo y las frutas no son consideradas una parte nutritiva de la dieta, sino que se comen “sólo por el gusto”. Existen diferencias en el consumo de alimentos entre las poblaciones rurales y urbanas, ya que en éstas se consume el doble de alimentos de origen animal y la dieta es más variada. La tortilla de maíz y los frijoles son los alimentos de mayor consumo en niños pre-escolares y se constituyen en las principales fuentes de calorías, proteínas y micronutrientes. El maíz aporta el 70% de las calorías ingeridas por un adulto campesino en el área rural, mientras que en el área urbana sólo aporta el 27%, ya que el 41% provienen del pan, frijol y azúcar. El maíz y el frijol aportan el 70% de las proteínas en las familias campesinas del área rural, mientras en el área urbana aportan el 50%, y los alimentos de origen animal aportan más del 30% de las proteínas. Aunque sin duda dicha dieta tradicional sigue siendo la base fundamental de la alimentación de muchas familias, el patrón alimenticio de la población guatemalteca se ha ido transformando como producto de las migraciones y la expansión de la comercialización de productos alimenticios. “Hoy se encuentran en áreas rurales productos alimenticios como consomés, sopas, pastas, harina de trigo, pan, refrescos, bebidas gaseosas, boquitas, azúcar, sal, arroz, los cuales contribuyen sustancialmente a la dieta de las familias indígenas y no indígenas que viven en áreas remotas”.

El tema de desnutrición también ha sido motivo importante de estudio, especialmente respecto a las causas de este problema. Un análisis acerca de las tendencias de la desnutrición crónica en niños guatemaltecos,²⁶ identifica a la pobreza como principal factor asociado. Además identificó que la ruralidad, no es un factor asociado a la desnutrición. Este estudio indica que la población indígena está más afectada por la desnutrición debido a que las condiciones de pobreza son peores para esta población, no por razones culturales.

Acerca de las desigualdades que enfrentan las mujeres indígenas en los servicios de salud Chary, A. et. al.³² examina cómo las desigualdades estructurales se refractan a través de la burocracia institucional, mediante el análisis de los intentos de las mujeres de áreas rurales de Guatemala de acceder al tratamiento para el cáncer del cuello uterino en el Instituto de Cancerología –INCAN-, ubicado en la ciudad Capital. Además de las barreras geográficas y económicas que enfrentan las mujeres del área rural, muchas veces no son capaces de navegar el sistema hospitalario y las políticas institucionales, por lo que deciden abandonar el tratamiento. Esta situación se hace más difícil en mujeres indígenas mayas con poca educación formal. Las interacciones de las mujeres con el hospital y su personal iluminan cómo la burocracia institucional refuerza las disparidades de salud a lo largo de las líneas existentes de desigualdad estructural.

En el año 2016 Portugal, T. et.al.³³ coordinaron la investigación del proyecto Cambio Climático y Agrodiversidad de Pueblos Andinos (intervención del programa Soberanía y Seguridad Alimentaria), del Centro de Culturas Indígenas del Perú CHIRAPAQ. Este busca enfrentar la desnutrición crónica infantil (DCI) en un contexto de pobreza y discriminación cultural. Esta es una iniciativa de la sociedad civil que se desarrolla en la provincia de Vilcas Huamán, en la región Ayacucho, que busca vincular aspectos productivos con prácticas alimentarias de las familias. Entre los principales resultados resalta:

La desnutrición más allá de los esfuerzos familiares: Más que un problema de falta de información de las madres para alimentar adecuadamente a sus niños y niñas, se identificaron problemas estructurales como los siguientes: Disponibilidad y acceso a alimentos. Las madres tienen dificultades para acceder a alimentos nutritivos y poder dárselos a sus hijos e hijas en la diversidad, cantidad y frecuencia que ellas quisieran. El consumo de alimentos necesarios para una buena nutrición está fuertemente condicionado por las posibilidades de inversión de esfuerzo, tiempo y recursos de cada familia. El acceso a las carnes es escaso, tanto por su valor en el mercado como porque el sacrificio del ganado es ocasional.

•Aunque CHIRAPAQ y otras instituciones promueven la crianza de cuyes para el consumo familiar, es la carne menos consumida. Es necesario ahondar en las motivaciones que existen para este bajo consumo entre niños y niñas, ya que algunas respuestas sugirieron que se considera que no es un alimento adecuado para ellos. Más de un tercio de las madres indican la entrega directa, como la mejor forma de mejorar la alimentación de sus hijos.

Agua y saneamiento: Las enfermedades asociadas a problemas de agua y saneamiento son uno de los motivos por los que niños y niñas sufren desnutrición crónica. Ambas comunidades, Chito y Huallhua, tienen este tipo de problema.

Discriminación cultural y problemas de calidad de atención en servicios de salud: La mayoría de las mujeres manifiesta tener poca o ninguna confianza en los establecimientos de salud. Como razones refieren haber recibido malos tratos relacionados con la discriminación cultural o étnica, y con la falta de comunicación y demora en las atenciones. Además, indican que hay una dotación insuficiente de medicinas y que el personal es escaso. Se mencionó que el personal de salud se niega a atender en quechua o no conocen el idioma. El 57% de atenciones son en castellano a pesar de que todas las madres tienen el quechua como lengua materna, y el 43% afirma no hablar el castellano.

También denuncian el maltrato relacionado con la discriminación cultural y social: “se ríen cuando hablan quechua”, “solo atienden a los que hablan castellano”, o que son maltratados porque son rurales o del campo, “porque se creen importantes” y “porque somos humildes”. Las familias consideran que los niños son especialmente vulnerables a los males contraídos por contactos negativos con otras personas, produciéndoles enfermedades que generan diarreas o fragilidad ante otros males. Varias mujeres relatan que los niños son tratados bruscamente en los servicios de salud, por lo que llevarlos ahí podría agravar su situación.

Desconfianza y desencuentros: rechazo a los suplementos nutricionales: Si bien los suplementos se muestran como necesarios, hay una serie de inconvenientes que no fomentan su consumo. Un 90% de las madres encuestadas ha recibido micronutrientes para sus niños (Chispitas) en los últimos doce meses y mencionan que se los dan a sus niños en platillos adecuados (sólidos o semisólidos), pero solo la cuarta parte de las familias estudiadas las tenía en su hogar y en ningún caso se observó su consumo. Una de cada cuatro madres encuestadas menciona que no le da las Chispitas a sus hijos porque a sus niños no les gusta, les genera vómitos y diarrea, e incluso les puede causar daños cognitivos. Este último factor estaría relacionado con la desconfianza a los productos que no se consideran naturales y a los mismos servicios de salud, por lo expuesto anteriormente.

Sobre el contexto y retos para las capacitaciones en nutrición: Las madres conocen y practican los conocimientos locales relacionados con la salud. Mantienen la confianza en los especialistas en medicina de la comunidad (yachaq o qampiq), y explican las enfermedades en relación con una amplia gama de causas que incluyen el mundo social, natural y sobrenatural. Manteniendo en paralelo, las explicaciones del servicio de salud y las que se transmiten en la comunidad.

Las madres monolingües quechuas, las que son analfabetas o no han culminado la primaria, tuvieron más dificultades para alcanzar las metas nutricionales de sus hijos. Entre otras posibles razones, esto se debería a que los programas no se han adecuado de manera apropiada a las madres quechuahablantes o a las que tienen menor nivel educativo. No se observaron espacios en los cuales las madres pudieran expresar sus conocimientos sobre salud, los que podrían ayudar a entender las razones para restringir el consumo de algunos alimentos y explicar la demora en acudir a los servicios de salud oficiales para la atención de ciertas enfermedades o malestares.

La reproducción de las jerarquías sociales: En las capacitaciones observadas, la información se suele dar de manera unidireccional y evidenciando una jerarquía entre los

capacitadores y las mujeres madres (los que saben y las que aprenden). No se presta atención a los conocimientos que estas mujeres pueden aportar desde su cultura sobre las propiedades de los alimentos y las formas de crianza. También observamos que se brindan mensajes atemorizadores para buscar que se cumplan las recomendaciones impartidas.

Los retos para enfrentar la desnutrición infantil: La vigilancia recae en las madres que, intencionalmente o no, terminan siendo analizadas, culpadas o juzgadas por el modo en el que cuidan y alimentan a sus niños y niñas. Se alienta a crear competencias entre las madres y se recurre al uso del miedo al presentar las consecuencias de la DCI. Esto no permite fomentar derechos y responsabilidades referidas a la salud, sino temor a sanciones externas, las mismas que son parte de los motivos por los que hay desconfianza hacia los establecimientos de salud.

Al ser cuestionadas en público, algunas mujeres dicen sentirse evaluadas y temen que puedan criticarlas por no dar las “respuestas correctas”, pues no se suele atender las motivaciones o racionalidades que pueden estar influyendo en sus decisiones. A los múltiples roles que ya cumplen las mujeres en la esfera productiva y reproductiva, se suman las actividades comunitarias y de los diversos programas para enfrentar la desnutrición (crianza de animales menores, biohuertos, controles y capacitaciones), que no estarían teniendo en cuenta la sobrecarga de trabajo con la que viven.

En el año 2013, Chary, A. et. al.³⁴ presentaron la investigación *The Normalization of Childhood Disease: An Ethnographic Study of Child Malnutrition in Rural Guatemala* (La normalización de la enfermedad infantil: un estudio etnográfico de la malnutrición infantil en zonas rurales de Guatemala). Se presentó un estudio etnográfico de las experiencias de desnutrición infantil de cuidadores en dos pueblos indígenas rurales, complementado por la recopilación de datos cuantitativos sobre las tasas de desnutrición infantil en ambos sitios de estudio. La investigación documenta las formas en que la malnutrición infantil es una experiencia total "normalizada" para comunidades y cuidadores, fuertemente influenciadas

por las desigualdades locales y estructurales, y explora las implicaciones políticas de los hallazgos para un programa de nutrición efectivo.

El estudio destaca las formas en que la violencia estructural, cotidiana y simbólica normaliza la enfermedad infantil. Los diferenciales de poder locales, que a menudo toman la forma de desigualdades de género, así como las prioridades opuestas de las luchas de subsistencia cotidianas y el mal tratamiento sistemático a nivel de la infraestructura de referencia médica refuerzan la normalización de la malnutrición infantil. Esta configuración amortigua el imaginario social de los cuidadores y las comunidades, que luchan por conceptualizar y articular una visión del bienestar infantil. Como demuestran las mujeres de la cooperativa Chi Poqol, las comunidades siguen siendo ingeniosas y, cuando se le da la oportunidad, puede iniciar el proceso de renormalización del bienestar. Las colaboraciones mutuamente respetuosas dentro de las comunidades y con grupos extralocales del sector privado pueden desafiar las ideologías dañinas, lo que puede conducir a acciones sólidas basadas en la comunidad que son un requisito previo para intervenciones efectivas de desnutrición infantil en Guatemala.

Brown, K. et. al.³⁵ dirigieron la investigación titulada “Mixed-methods study identifies key strategies for improving infant and young child feeding practices in a highly stunted rural indigenous population in Guatemala” (Estudio de métodos mixtos identifica estrategias clave para mejorar las prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño en una población indígena rural muy raquítica en Guatemala). En el estudio se llevó a cabo una evaluación de métodos mixtos de prácticas de alimentación y comportamientos de compra de alimentos para bebés y niños pequeños de entre 6 y 36 meses de edad en dos comunidades indígenas de Guatemala. Se identificó que la mayoría de los cuidadores solo conocían formas agudas de desnutrición infantil y que subestimaron en gran medida la prevalencia local de desnutrición. A pesar de la adherencia moderada a la exclusividad la lactancia materna y el momento de la introducción complementaria de los alimentos, las dietas tenían poca diversidad y una alimentación inadecuada frecuencia.

Además, las percepciones de inseguridad alimentaria eran altas incluso teniendo posesión de tierra y producción agrícola. Aunque los alimentos fortificados fueron altamente valorados, se los consideró costosos. En el al mismo tiempo, cantidades de dinero proporcionalmente equivalentes se gastaron en comida chatarra u otros alimentos procesados en mayoría de los participantes. Las madres biológicas a menudo carecían de autonomía para la compra de alimentos y las decisiones nutricionales, debido al poder ejercido por los maridos y las abuelas paternas. Los hallazgos sugieren varias iniciativas de programas basados en la comunidad que incluyen educación sobre la distinción entre malnutrición aguda y crónica, involucrar a los propietarios en discusiones sobre el consumo de alimentos domésticos, involucrar a los cuidadores para redirigir fondos para alimentos enriquecidos en lugar de compras de comida chatarra y dirigiendo iniciativas de cambio de comportamiento hacia todas las partes interesadas del hogar.

En el año 2014 Wehr, H. et. al.³⁶ Publicaron el artículo “Implications of Gender and Household Roles in Indigenous Maya Communities in Guatemala for Child Nutrition Interventions” (Implicaciones de los roles de género y del hogar en Comunidades indígenas mayas en Guatemala para Intervenciones de nutrición infantil) La población maya indígena de Guatemala sufre de algunas de las tasas más altas de niños con desnutrición crónica (enanismo) en el mundo. La mayoría de los intentos para mejorar la nutrición infantil en este contexto colocan a las madres como objetivo para intervenciones de comportamiento. En este estudio, se utilizaron los datos de grupos focales de dos Comunidades indígenas mayas para explorar la dinámica de poder de género y dentro del hogar, ya que se relacionan con las prácticas de crianza de los hijos y la toma de decisiones nutricionales, incluida la compra de alimentos.

Los resultados del estudio muestran que las madres no son autónomas con respecto a la crianza de los hijos y toma de decisiones sobre nutrición. En particular, las abuelas paternas son fuentes autorizadas de conocimiento y ejercen un poder significativo sobre las decisiones de compra de alimentos. Además, los hombres sobreestiman el grado en que la toma de decisiones se comparte con sus esposas, y las contribuciones a la economía que hacen las madres a los presupuestos familiares muchas veces no se reconocen. Estos

hallazgos subrayan que las intervenciones nutricionales en las comunidades indígenas mayas deben ser sensibles a la estructura de autoridad tradicional dentro del hogar y buscan involucrar no solo a las madres, sino también padres y abuelas paternas en una colaboración productiva. Además, los esfuerzos deben ser hechos para aumentar el reconocimiento de las contribuciones económicas de la madre al presupuesto del hogar y para reconocer las implicaciones de tal trabajo económico en términos de restricciones en disponibilidad de la madre para el cuidado de los niños.

JUSTIFICACIÓN

La desnutrición aguda es una enfermedad que sigue afectando a la niñez guatemalteca, cobrando un importante número de vidas. Según datos del Centro Nacional de Epidemiología, hasta la semana epidemiológica 43 del año 2015 la tasa acumulada de desnutrición aguda en menores de 5 años era de 53.46 casos por 10,000, mientras que para el Departamento de Chimaltenango fue de 31.82 casos por 10,000. La letalidad es de 0.98%.

Como se presentó anteriormente, el riesgo de muerte es inminente para el niño que la padece, dejando huellas imborrables para quienes sobreviven y cobrando la vida de quienes no logran recuperarse. La desnutrición sobrepasa el nivel individual, afectando también a las familias y comunidades que la padecen, convirtiéndose en un indicador de desarrollo de una comunidad. Afecta la calidad de vida de los individuos, afectando incluso su productividad y la posibilidad de alcanzar un mejor nivel de vida para sí mismo y su familia.

A pesar de las consecuencias y que el problema ha tratado de visibilizarse, aún se observa renuencia al tratamiento ofrecido por los servicios públicos de salud. Siendo esto motivo de conflictos locales, demandas judiciales y de mortalidad en los niños afectados. Comprender la desnutrición desde la parte émica o de las construcciones propias de los miembros de la comunidad, identificando las barreras que obstaculizan el tratamiento de los niños, es un ejercicio importante para comprender por qué a pesar del énfasis que se le da al problema a nivel nacional sigue siendo un tema persistente.

La investigación sobre las percepciones y barreras en el tratamiento de la desnutrición aguda, buscó identificar diferencias émicas y éticas del problema, desde el punto de vista de las madres y los trabajadores de salud. Identificar la percepción de riesgo de la enfermedad y la percepción de riesgo del tratamiento a seguir, así como las rutas de búsqueda de solución al problema. A través del análisis de estas diferencias, se

identificaron barreras de acceso y permanencia durante el tratamiento de la desnutrición aguda en los servicios de salud.

Hacer evidentes estas diferencias es trascendente para identificar hacia dónde se dirige el tratamiento de la desnutrición aguda, desde la mirada del sector oficial y si es necesario considerar la reestructuración de las estrategias, tomando en cuenta el contexto donde se desarrolla la problemática. Esto con el fin de mejorar la aceptación de los servicios prestados y visualizar otras opciones de tratamiento, considerando los recursos existentes en la comunidad. Este estudio permitirá, en consecuencia, analizar objetivamente la pertinencia cultural en la prestación de estos servicios de salud.

V. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general:

Identificar las barreras que dificultan el uso de servicios públicos de salud en madres de niños con desnutrición aguda del municipio de Tecpán.

6.2 Objetivos específicos:

Identificar los modelos explicativos y percepciones émicas de las madres y de los trabajadores de los servicios de salud sobre la desnutrición aguda.

Identificar los constructos éticos que cada grupo desarrolló sobre el otro en la percepción de la desnutrición aguda.

Determinar si las experiencias de las madres en los servicios de salud se traducen en barreras de acceso o permanencia en el tratamiento de la desnutrición aguda.

Identificar las implicaciones familiares y sociales que conlleva el tratamiento de la desnutrición aguda.

Identificar los factores estructurales, económicos y socioculturales de las madres y sus familias, que son relevantes en la comprensión de las barreras que dificultan el acceso o permanencia en los servicios de salud.

VI. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

7.1 Tipo de estudio:

Se realizó un estudio observacional descriptivo, cualitativo, transversal.

En el presente trabajo de investigación se tienen al menos dos tipos de constructos émicos y dos constructos éticos, los primeros, son aquellos de las madres y los de los proveedores de servicios de salud. Esto significa, por ejemplo, que la forma de explicar la desnutrición aguda por parte de las madres es un primer constructo émico, mientras que la forma de explicar el mismo fenómeno desde la epistemología de la Biomedicina moderna (los proveedores de servicios de salud), es el segundo constructo émico. Los constructos éticos serían las interpretaciones de un grupo sobre lo que cree el otro, creando modelos explicativos secundarios. Este sería el caso, por ejemplo, de la reinterpretación de las madres de los modelos explicativos que les han dado los proveedores de servicios de salud oficial.

Se espera que mediante la visibilización de constructos emicológicos y eticológicos se presenten de forma más clara las barreras entendidas desde la perspectiva de los actores principales. Así como los prejuicios y sesgos que a menudo obscurecen la comprensión del intercambio sociocultural en la prestación de servicios de salud. Permitiendo también, la posibilidad de reconocer puntos de vista, invisibles en el sistema biomédico de salud.

7.2 Población y muestra:

7.2.1 Población:

Once madres de niños con desnutrición aguda, detectados durante el año 2015, residentes en el casco urbano o la aldea Xenimajuyú del Municipio de Tecpán Guatemala. Estos representan el total de casos diagnosticados durante el año 2015.

Un médico, y siete auxiliares de enfermería del Centro de Salud del casco urbano y puesto de salud de la Aldea Xenimajuyú, del municipio de Tecpán Guatemala.

7.2.2 Ámbito muestral:

Casco urbano del municipio de Tecpán Guatemala, aldea Xenimajuyú del municipio de Tecpán Guatemala.

7.3 Materiales:

7.3.1 Instrumentos:

Guía de entrevista semi estructurada para madres español hablantes (ver Anexo 1), guía de entrevista semi estructurada para madres kaqchikel hablantes, guía de entrevista semi estructurada para personal del servicio de salud (ver Anexo 2), documento de consentimiento informado para madres (ver Anexo 3), guía de consentimiento informado para trabajadores de servicios de salud (ver Anexo 4).

7.4 Recursos

7.4.1 Humanos:

2 investigadoras
1 asesor de tesis
1 revisor de tesis

7.4.2 Institucionales:

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Universidad Rafael Landívar

7.5 Metodología

7.5.1 Para selección de la población:

Se pidió autorización a la dirección de Área de Salud de Chimaltenango para realizar la investigación y acceder a la base de datos del distrito de Tecpán (ver Anexo 6). Posterior a la autorización, se solicitó al distrito de salud de Tecpán la base de datos con el total de casos de desnutrición aguda detectados en el casco urbano y aldea Xenimajuyú durante el año 2015. Se seleccionó a todas las madres de niños con desnutrición aguda, detectados durante el año 2015 por los servicios públicos de salud, Centro de salud del casco urbano y puesto de salud de la aldea Xenimajuyú.

El personal de salud participante tiene contacto con los niños y sus familias. Se seleccionó un médico de consulta externa y siete auxiliares de enfermería que laboran en el Centro de salud del casco urbano y puesto de salud de la aldea Xenimajuyú. Este personal tiene a su cargo el desarrollo de acciones del programa de seguridad alimentaria y nutricional del área descrita.

7.5.1.1 Criterios de inclusión para madres participantes:

- Tener uno o más hijos diagnosticados con desnutrición aguda de edades entre 6 y 59 meses durante el año 2015.
- Residir en el casco urbano o aldea Xenimajuyú del municipio de Tecpán Guatemala, Chimaltenango.
- Haber recibido tratamiento ambulatorio u hospitalario por parte del servicio público de salud.
- Tener capacidad para dar consentimiento para participar en la investigación.
- Acceder de forma voluntaria a participar en la investigación y dejar evidencia de su consentimiento de forma oral o escrita.

7.5.1.2 Criterios de exclusión para madres participantes:

- Madres de niños menores de 6 meses o mayores de 59 meses al momento de diagnosticarlos con desnutrición aguda.
- Madres de niños con desnutrición aguda detectados en años diferentes al 2015.

- Madres de niños con desnutrición aguda que residan en otras comunidades del municipio de Tecpán Guatemala.
- Ser incapaz de dar consentimiento para participar la investigación.
- Madres que no acepten de forma voluntaria a participar del estudio.

7.5.1.3 Criterios de inclusión para personal de los servicios de salud:

- Ser médico, técnico en salud rural, enfermera graduada o auxiliar de enfermería del Centro de salud del casco urbano o puesto de salud de la aldea Xenimajuyú del municipio de Tecpán Guatemala.
- Haber trabajado en los servicios de salud descritos, durante el año 2015.
- Haber trabajado con el programa de seguridad alimentaria y nutricional del municipio.
- Acceder de forma voluntaria a participar de la investigación, firmando consentimiento informado.

7.5.1.4 Criterios de exclusión para personal de servicio de salud:

- Ser médico, técnico en salud rural, enfermera graduada o auxiliar de enfermería otros servicios diferentes al Centro de salud del casco urbano o puesto de salud de la aldea Xenimajuyú del municipio de Tecpán Guatemala.
- Haber trabajado parcialmente durante el año 2015 en los servicios de salud descritos.
- Ser practicante de los puestos descritos.
- No acceder a participar de la investigación.

7.5.2 Conformación del equipo de trabajo:

El equipo se conformó por dos investigadoras. La autora de la investigación realizó las entrevistas a personal de los servicios de salud, elaboró el protocolo, el informe de investigación, y proveyó los contactos para convocar a la investigadora adjunta, la traductora y la asesora de investigación. Se seleccionó además a una persona de la comunidad, mujer, con dominio de idiomas Español y Kaqchikel, con título de nivel medio. Esta persona fue capacitada en la técnica de entrevista a profundidad por la asesora de

esta investigación y participó en la validación de los instrumentos. Se encargó de realizar los contactos y entrevistas a madres participantes.

Se seleccionó una persona capacitada para la traducción de los cuestionarios a idioma kaqchikel y transcripción de las entrevistas a idioma Español. Una asesora de tesis que brindó acompañamiento y asesoría en todas las etapas de la investigación. Una revisora de tesis que vio por el cumplimiento metodológico de la investigación y aprobación de las diferentes etapas de investigación.

7.5.3 Para la elaboración del Instrumento de recolección de datos:

Para estructurar las preguntas de la guía de entrevista se seleccionaron los siguientes ámbitos, los cuales se aplicaron a los cuestionarios de las madres, trabajadores o ambos:

Ámbitos	Madres	Trabajadores
Percepciones sobre niño con buen peso y niño con mal peso	x	x
Percepción de riesgo de la desnutrición aguda	x	x
Rutas de búsqueda de atención en salud	x	
Experiencias en servicios de salud	x	x
Implicaciones familiares del tratamiento de la desnutrición	x	
Percepción de lo que es mejor para tratar la desnutrición	x	x

El cuestionario de las madres consta de 54 preguntas divididas en cuatro secciones: información social y demográfica, historia clínica y experiencia de la enfermedad, experiencias en los servicios de salud e implicaciones familiares. El cuestionario de los trabajadores de salud consta de 31 preguntas divididas en cuatro secciones: Información social y demográfica, percepciones sobre el peso de los niños, percepción de riesgo de la desnutrición aguda, experiencias en los servicios de salud.

Se realizó inicialmente una identificación émica de términos que se relacionen con el concepto de desnutrición aguda y sus complicaciones. Mediante consultas de elicitación con un grupo de comadronas del área de Tecpán, con las que se realizó un grupo focal en el que compartieron conocimientos en base a su experiencia dando tratamiento a niños de la comunidad (Anexo 5). Se convocó a ocho comadronas a una reunión dirigida en idioma Kaqchikel por la investigadora kaqchikel hablante, utilizando la guía de preguntas, se obtuvo la opinión respecto a temas de identificación de la desnutrición aguda, causas y consecuencias.

Inicialmente se formuló el instrumento en idioma español y luego se realizó la traducción del instrumento a idioma Kaqchikel con apoyo de una persona calificada para esta acción. Se realizó una validación émica de las preguntas, para garantizar su comprensión, con tres con madres con características similares a las de las participantes, ingresadas en el Centro de Recuperación Nutricional. se realizaron los cambios en la redacción del instrumento, de acuerdo a los resultados de la validación, sin perder el sentido original a las preguntas.

El instrumento aplicado a personal de salud se realizó únicamente en idioma español. La validación se realizó con dos miembros del personal de los servicios de salud que no trabajan en el área en estudio. Se realizaron las modificaciones al instrumento, sin perder el sentido de las preguntas.

7.5.4 Para la recolección de datos:

Se realizaron entrevistas a profundidad a madres y trabajadores de los servicios de salud, utilizando una guía semi estructurada de preguntas. Previa autorización de Área de Salud de Chimaltenango, se solicitó al Centro de Salud de Tecpán la base de datos de los niños detectados con desnutrición durante el año 2015 en el casco urbano del municipio y aldea Xenimajuyú y los trabajadores de los servicios presentes en esas áreas que mantuvieron contacto con los niños y sus familias. Se realizaron dos visitas, la primera para invitar a participar en la investigación y la segunda para aplicar la entrevista. En la segunda

visita se aplicaron las entrevistas a madres y trabajadores de los servicios, al finalizar se hizo entrega de un incentivo y se agradeció por la participación.

7.5.4.1 Entrevistas a profundidad a madres:

Según Bryman, los estudios cualitativos se caracterizan por el compromiso de los investigadores por ver, recopilar e interpretar los eventos, acciones, normas, valores, etc. desde la perspectiva de los participantes y colaboradores del estudio. Uno de los principales objetivos en este tipo de investigación es proveer de una descripción del contexto en que ocurren los fenómenos, enfocándose en los procesos explicativos de las acciones y normas de los participantes²⁷. La investigación se enmarca, dentro de la descripción de estudios cualitativos.

Las entrevistas estructuradas comprenden cuestionarios con guías temáticas en las que queda aún cierta flexibilidad para profundizar en el abordaje de los temas a investigar con los participantes. Requieren un esquema o guión con temas y preguntas clave por variable o tema a explorar.²⁸ Las entrevistas a profundidad implican profundizar detalladamente en las acciones y perspectivas de los participantes relacionadas a los fenómenos sociales; dependen del tiempo y experiencia del participante.

Se solicitó al Distrito de Salud de Tecpán la base de datos con el total de casos de desnutrición aguda detectados en el casco urbano y aldea Xenimajuyú durante el año 2015. Debido a las implicaciones éticas relacionadas con el uso de esta base de datos, se solicitó solamente nombre y dirección de las potenciales participantes. Los datos cuantitativos y otra información sensible se obtuvieron durante la entrevista y se anotaron en el instrumento en ese mismo momento.

La investigadora identificó a las madres y viviendas, realizando una visita e invitando a participar de la investigación, acordando la fecha y lugar para la siguiente reunión. En la segunda visita acordada, se retroalimentaron los objetivos de estudio, se informó a las madres sobre los objetivos y garantías de su seguridad y resguardo de su identidad. Se

obtuvo el consentimiento informado, se realizó la entrevista a profundidad, utilizando una grabadora para guardar el detalle de la información proporcionada y una guía de la entrevista para anotar otros detalles. Durante esta visita se agradeció la participación y se entregó un reconocimiento consistente en una bolsa con víveres (Incaparina, avena, arroz, frijol, pastas) valorada en Q50.00. Las entrevistas se completaron en una sola visita.

8.5.4.2 Entrevistas a profundidad a trabajadores de los servicios de salud:

Previa autorización del director de distrito, se realizó una primera visita a trabajadores de los servicios de salud, invitándolos a participar en la investigación y se acordó fecha y lugar para la segunda visita. En la segunda visita se retroalimentaron los objetivos del estudio y las garantías a su seguridad. Indicando que no participar en la investigación, no representaba ningún riesgo para ellos y no implicaría represalias en su trabajo y se garantizó resguardo de su identidad. Se firmó el consentimiento informado. Se realizó una entrevista en profundidad utilizando grabadora y guía de entrevista para anotar otros detalles, se obtuvo también el consentimiento informado. En esta visita se agradeció la participación y se entregó un reconocimiento consistente en una bolsa con útiles de oficina (folders, hojas de papel bond, lapiceros de colores, lápices, borradores, sacapuntas, libreta de apuntes) valorado en Q50.00.

7.5.5 Para tabulación, análisis e interpretación de datos:

Después de realizadas las entrevistas se procedió a la transcripción de la información y las notas de campo. En el caso de las entrevistas realizadas en Kaqchikel la investigadora encargada de realizarlas procedió a transcribirlas en el mismo idioma. La traductora transcribió y tradujo al idioma español. En el caso de las entrevistas a los trabajadores de salud, la investigadora encargada de realizarlas llevó a cabo la transcripción. Se realizó una revisión profunda de la información para la determinación de temas comunes y definición de códigos y familias de códigos.

En base a las familias de códigos formadas se realizó el análisis en matrices comparativas para contrastar e integrar la información. El análisis incluyó también la

confrontación de los datos émicos y éticos, pasando a evaluar la emergencia de las principales brechas existentes en el tratamiento de los niños con desnutrición aguda. Se identificaron brechas de acceso y de permanencia en el tratamiento de la desnutrición aguda.

Los datos cuantitativos se manejaron a través de una base de datos en el programa Microsoft Excel y se le dio tratamiento descriptivo a cada variable analizada.

7.6 Caracterización de variables

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operativa	tipo	Indicador	Escala
Edad	Tiempo que ha vivido una persona (1)	Grupos de edad de la madre en rangos de 5 años en 5 años. Grupos de edad de los niños en rangos de 6 meses, 12 año y 36 años.	Cuantitativa, Discreta	Edad de la madre en años Edad del niño en meses	Intervalo
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	Sexo de la madre Sexo del niño con desnutrición	Cualitativa, nominal	Masculino, Femenino	Nominal
Dirección	Domicilio de una persona	Zona donde vive el niño y su familia	Cualitativa	Barrio, número de calle, número de avenida, número de casa, barrio, sector.	Nominal
Ingresos	Cantidad de dinero que gana una persona, grupo o empresa de	Ingresos económicos del padre y la madre.	Cuantitativa, continua	quetzales mensuales	Razón

	manera periódica y regular.				
Estado civil	Condición de una persona en el orden social	Estado civil de las madres	Cualitativa	Soltera Casada Separada Viuda Unida	Nominal
Escolaridad	Grado académico obtenido por un individuo	Grado académico de las madres	Cualitativa	Sin escolaridad Primaria incompleta Primaria completa Básico Diversificado Universidad	Ordinal
Número de hijos	Persona considerada con relación de su padre o de su madre.	Número de hijos que tiene la madre.	Cuantitativa	1 hijo 2- 3 hijos 4-5 hijos 6 ó más hijos	Razón
Etnicidad	Autoadscripción étnica	Autoidentificación a un grupo étnico	Cualitativa	Kaqchikel Mestiza /Ladina Otro	Nominal
Sistema de creencias	Autoadscripción a afiliación religiosa	Religión o sistema de creencias que profesa	Cualitativa	Católica Protestante Espiritualidad maya Otro	Nominal
Servicios públicos	se entiende por servicio público de agua potable, la entrega de agua a los suscriptores o usuarios mediante la utilización de tuberías de agua apta para el consumo humano,	Disposición en el hogar del niño de servicios públicos de agua potable y saneamiento	Cualitativa	Agua potable Sanitario o letrina Drenaje	Nominal

	<p>incluyendo su conexión y medición, así como los procesos asociados de captación, conducción, almacenamiento y potabilización; y se entiende por servicio público de saneamiento, la recolección por tuberías de las aguas servidas de los domicilios, incluyendo su conexión, así como los procesos asociados de conducción, tratamiento y disposición final de dichas aguas servidas.</p>				
<p>Actividad productiva principal de la madre</p>	<p>Proceso a través del cual la actividad del hombre transforma los insumos tales como materias primas, Recursos Naturales y otros insumos, con el objeto de producir Bienes y servicios que se requieren para satisfacer las</p>	<p>Profesión u oficio al que dedica la mayor parte del tiempo la madre del niño.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ama de casa Comerciante Agricultora Profesional Otro.</p>	<p>Nominal</p>

	necesidades.				
Actividad productiva principal del cónyuge	Proceso a través del cual la actividad del hombre transforma los insumos tales como materias primas, Recursos Naturales y otros insumos, con el objeto de producir Bienes y servicios que se requieren para satisfacer las necesidades.	Profesión u oficio al que dedica la mayor parte del tiempo el cónyuge de la madre.	Cualitativa	Comerciante Agricultor Profesional Desempleado Otro.	Nominal

7.7 Aspectos éticos

La presente investigación se realizó basándose en los principios de respeto, beneficencia y justicia. Por lo que se comunicó a los participantes que toda la información recabada sería tratada con confidencialidad y de uso estrictamente académico para comprender las barreras que tienen las madres en el uso de servicios para recuperación de la desnutrición aguda en el municipio de Tecpán Guatemala. Asimismo, que su participación fue completamente voluntaria y que no conllevaba ninguna repercusión el decidir no participar en la misma.

VII. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se trabajó con dos grupos de interés, madres de niños con desnutrición aguda y trabajadores de los servicios de salud. Se validó la información émica proporcionada con un grupo focal con comadronas que atienden niños en la comunidad. Los resultados más relevantes se presentan a continuación.

8.1 Datos generales

8.1.1 Información social y demográfica de las madres

De acuerdo a información proporcionada por el Centro de Salud de Tecpán, de los niños con desnutrición aguda del año 2015, se reportaron un total de 12 casos en el casco urbano de Tecpán y la aldea Xenimajuyú. Sin embargo, sólo fue posible contactar a 11 madres, las cuales accedieron a participar de forma voluntaria en la investigación. Acordando fecha y lugar para realizar las entrevistas, por parte de uno de los miembros del equipo de investigación

La edad promedio de las 11 madres es de 29 años, con un mínimo de 20 años y un máximo de 40 años. Sobre los hijos que recibieron tratamiento por desnutrición, dos son de sexo femenino y nueve son de sexo masculino. El promedio de edad de los niños es de 33 meses con un mínimo de 22 meses y un máximo de 47 meses. Tres de las madres participantes residen en la Aldea Xenimajuyú y nueve residen en el casco urbano de Tecpán.

Respecto al nivel de ingresos, se identificó que ocho personas reciben ingresos mensuales menores a Q1,000.00 Una recibe ingresos entre Q1,000.00 – Q1,500.00 y dos personas reciben ingresos mensuales entre Q1,500 – Q2,000.00, Todas las madres se mantienen por debajo del umbral de pobreza, según la clasificación del Instituto Nacional de Estadística y forman parte de la población del municipio que vive en esta situación según la caracterización. Como encontró Martorell²⁶ la desnutrición tiene relación directa con la pobreza, más no con la ruralidad, por lo que, familias rurales con mayores ingresos tienen

menos riesgo de padecer desnutrición aguda en sus hijos. Tal como se evidencia, la pobreza es parte de las características de las madres participantes.

En relación a la religión, la Tabla 1 muestra los resultados sobre la religión y el grado de religiosidad con que se identifican las madres. Las madres profesan en su mayoría las religiones católica y evangélica, con diferentes grados de religiosidad que van desde no religiosa hasta muy fuertemente religiosa. Una de ellas indica no tener religión ni poseer algún grado de religiosidad.

Tabla 1. Religión y grado de religiosidad de las madres participantes

Religión	Frecuencia	Religiosidad	Frecuencia
Católica	6	No religiosa	1
		Poco religiosa	2
		Moderadamente religiosa	1
		Fuertemente religiosa	0
		Muy fuertemente religiosa	2
Total	6	Total	6
Evangélica	4	No religiosa	0
		Poco religiosa	1
		Moderadamente religiosa	1
		Fuertemente religiosa	2

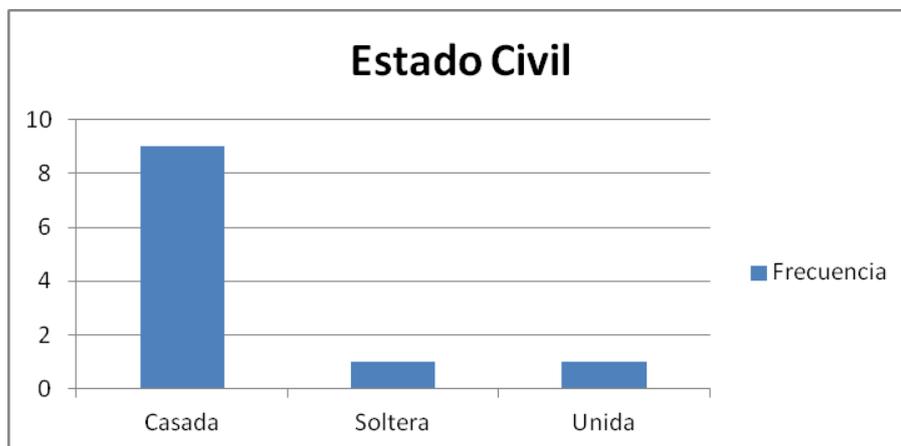
		Muy fuertemente religiosa	0
Total	4	Total	4
Sin religión	1	No religiosa	1
Total	1	Total	1

Fuente: Datos obtenidos de la investigación

Respecto a la religión predominante en la familia de las madres participantes, seis indicaron que es la religión católica, tres indican que es la religión evangélica, una indicó que son Testigos de Jehová y una persona indicó que la familia no practica ninguna religión. Las madres pueden profesar religión y grados de religiosidad diferentes a los del resto de su familia. La religión y la religiosidad de las madres y sus familias determinará en parte las rutas de búsqueda de solución al problema de la desnutrición, como se verá en párrafos posteriores.

Sobre el estado civil de las madres participantes (Ver Gráfico 1) nueve indicaron ser casadas, una de ellas indicó estar unida y una más soltera. El estado civil determina también el tipo de actividad a la que se dedican las madres; cinco indicaron ser amas de casa, dos de ellas indican ser tejedoras, dos vendedoras en el mercado, una es cocinera y una dependiente de mostrador. Las madres casadas o unidas tienden a realizar actividades dentro del hogar, mientras que las madres solteras realizan actividades fuera del hogar. Respecto a la principal fuente de ingresos del hogar, nueve indicaron que la principal fuente de ingresos corresponde al trabajo del esposo y dos de ellas indican que la principal fuente de ingresos es su trabajo.

Gráfico 1. Estado civil de las madres participantes

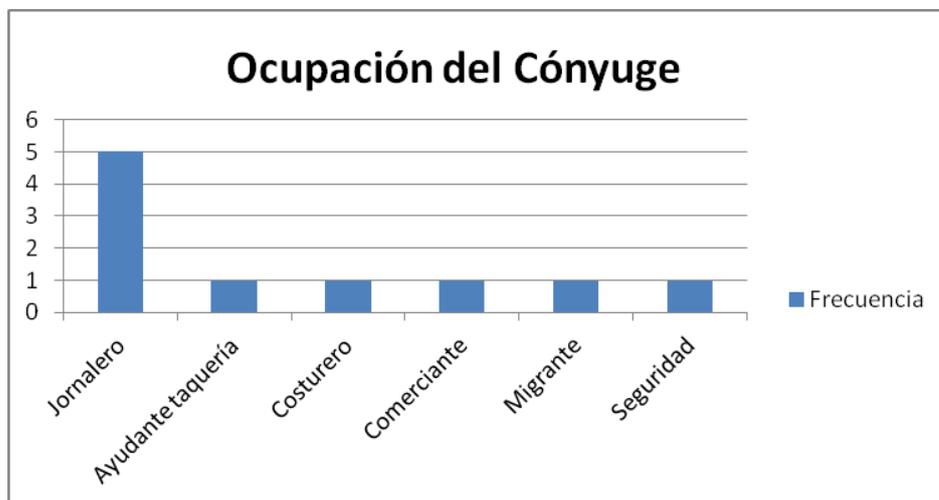


Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Tradicionalmente, los roles de género están definidos dentro de las comunidades mayas como lo indica Wher³⁶ “en las comunidades mayas, una división del trabajo por género es común. El papel de la mujer es cuidar a los niños y al hogar, mientras que los hombres ocupan espacios públicos y proveen económicamente sus familias. Dentro de este arreglo, las mujeres mayas son valoradas como la encarnación de los elementos tradicionales de su cultura, pero son también sujeto a monitoreo, y a la disciplina en manos de hombres y mujeres mayores cuando violan estas normas”. Efectivamente, las actividades de la mayoría de las madres casadas se relacionan con tareas dentro del hogar, de las cuales algunas pueden tener remuneración económica, que forma parte de los ingresos del hogar.

Sobre las ocupaciones de los diez cónyuges (Gráfico 2), cinco de ellos son jornaleros, las demás ocupaciones que indicaron son, ayudante de taquería, guardia de seguridad, costurero, comerciante y migrante. Únicamente uno de los cónyuges está inserto en la economía formal, mientras que el resto lo hace en la economía informal. La inserción de los esposos dentro de la economía informal, limita su acceso a servicios de salud como el seguro social y representa inestabilidad económica para las familias.

Gráfico 2. Ocupación de los cónyuges.



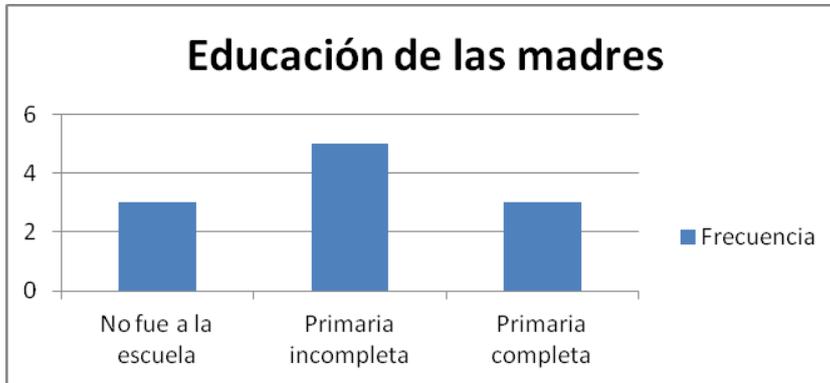
Fuente: Datos obtenidos de la investigación

El promedio de hijos que tienen las madres participantes es de 3.6, con un mínimo de uno y un máximo de diez hijos. Ocho de las madres indicaron que su actual pareja es la primera con la que han convivido, una indicó que es el segundo, una indicó que es el tercero y una indicó que no tiene pareja. Acerca de las personas que viven en su casa, cuatro indicaron que comparten la casa con suegros, papás o en el mismo terreno en casas contiguas a otros familiares.

De acuerdo a la Encuesta de Salud Materno Infantil –ENSMI- 2015³⁷ la tasa global de fecundidad en el quintil inferior de riqueza es de 4.9 y ésta disminuye conforme aumenta el quintil de riqueza. Esto se relaciona con las características de las mujeres participantes. Según la misma encuesta, sólo el 46% de las mujeres en este quintil de riqueza tiene acceso a algún método de planificación familiar, por lo que se mantienen tasas más altas de fecundidad, especialmente en grupos etarios jóvenes.

Acerca de la educación de las madres participantes (Gráfico 3), tres de ellas indican que nunca fueron a la escuela; cinco indicaron que tienen primaria incompleta y tres de ellas cursaron primaria completa. La baja escolaridad, se convierte en una limitante para acceder a fuentes de empleo, aumentando sus posibilidades de mantener su nivel de pobreza. Así también limita el acceso a otras fuentes de información, respecto al cuidado de sus familias y de ellas mismas.

Gráfico 3. Educación de las madres participantes



Fuente: Datos obtenidos de la investigación

Acerca de los servicios con los que cuentan las familias en sus hogares, la frecuencia de las respuestas se resume en la Tabla 5.

Tabla 5. Servicios con los que cuentan los hogares de niños con desnutrición aguda

Servicio	Frecuencia de respuestas
baño/Letrina	11
Electricidad	9
Piso de cemento o concreto	8
Drenaje	6
Agua potable/ chorro	5
Casa propia	5

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Se determinó que el servicio que todos los hogares tienen es baño o letrina, seguido de electricidad, piso de concreto, drenaje. Los dos servicios con los que menos cuentan los hogares son agua potable y casa propia. La falta de servicios básicos, especialmente agua potable, se convierte en una causa subyacente de la desnutrición² disminuyendo las

probabilidades de éxito en el tratamiento y aumentando la posibilidad de recaer en la enfermedad.

De acuerdo a la Encuesta de Condiciones de Vida –ENCOVI- 2014³⁸ el acceso a agua mejorada (tubería tanto dentro de la vivienda como fuera pero en el terreno, y chorro público) y acceso a servicios de saneamiento mejorado (Incluye inodoro conectado a red de drenaje, inodoro conectado a fosa séptica y excusado lavable) aún no alcanzan a toda la población. El 78.4% de la población del Departamento de Chimaltenango tiene acceso a agua mejorada y el 59.2% tiene acceso a saneamiento mejorado. Estos porcentajes disminuyen si el lugar de residencia es rural y la tendencia en estos indicadores también es a disminuir en el quintil inferior de riqueza.

Las principales barreras en el acceso a la salud, son en su mayoría expresión de inequidades sociales⁴⁴. Estas barreras requieren de la acción de otros actores diferentes a los del sector salud para ser reducidas o eliminadas. Las madres participantes tienen en común la situación de pobreza que se vive en sus hogares, esto las hace más vulnerables a sufrir inequidades. Es este grupo de población, de acuerdo a las encuestas nacionales ENSMI y ENCOVI, quien presenta peores indicadores de desarrollo, salud y nutrición.

Información social y demográfica de los trabajadores de salud

Se entrevistó a ocho trabajadores de los servicios de salud, los cuales accedieron a participar de forma voluntaria en el estudio. Las características sociodemográficas de los trabajadores permitieron comprender la relación con las usuarias en base a factores culturales y demográficos. Siete son de sexo femenino y uno de sexo masculino. Siete de los participantes laboran como auxiliares de enfermería y un médico general. Los trabajadores tienen un promedio de 12.75 años laborando en el Ministerio de Salud Pública con un año mínimo y 20 años máximo. Para siete de ellos es el único puesto que han ocupado en la institución.

El promedio de edad de los participantes es de 41.6 años; la edad mínima 21 y la máxima 56. Seis participantes se autoidentifican como mayas, el cual es el grupo étnico

predominante en la comunidad y dos como mestizos. Cuatro de los participantes residen en el municipio de Tecpán, tres viven en municipios cercanos y uno en la ciudad capital. Que los trabajadores sean en su mayoría vecinos del municipio les permite identificarse con la población, las costumbres y para algunos también el idioma. Como se podrá observar más adelante, estas características facilitan el acceso y la permanencia durante el tratamiento de la desnutrición aguda.

8.2 Barreras sobre la historia clínica y experiencia de la enfermedad

A continuación se identifican las barreras relacionadas a la historia clínica y experiencia de la enfermedad. Se busca entender cómo viven este proceso las personas, incluyendo posibles fuentes de apoyo social y otros recursos que hayan sido importantes en su proceso, tomando en cuenta también las experiencias de los trabajadores de salud. Los contrastes entre estos dos grupos se identifican como barreras y se presentan al final de la sección.

Se inició abordando el tema sobre si anteriormente o actualmente las madres consideraban que su hijo tenía un problema de salud. Nueve de ellas respondieron que sí; de las cuales, cinco consideraron que los niños tenían problemas desde el nacimiento o a los pocos meses de nacidos. Cuatro madres consideran que sus hijos aún presentan un problema de salud o secuelas de éste. Dos madres indicaron que no; una de ellas consideró que por fe su niño nunca estuvo enfermo y una más indicó que el peso de diagnóstico no fue tomado correctamente pues a los pocos días le dijeron que el niño tenía peso normal.

M09: “Sí, pasó una gran enfermedad, porque vi que ya no le hacía ninguna medicina, ya no comía, que le doy de todo y ya nada quería, lo llevé a curar y nada, lo que me dijeron que tenía era cólicos y lo curamos de eso, luego me dijeron que está desnutrido. Yo digo que todavía tiene porque por eso no pesa”.

M02: “Sí, sí, porque viera que él desde que fue pequeño como que se fue enfermado mucho, ya a la edad de comer, no quería comer, y a veces le daba infección, a veces le daba como tos y ahí no comí, yo digo que eso fue lo que a él le afectó su peso”.

M04: “Por mi parte yo consideré que no estaba enfermo, yo siempre tengo confianza en Dios, yo soy muy activa, creo en Dios. La enfermera me dijo que el nene cayó en desnutrición, yo la escuché, no me enojé, ni ella me regañó, ella me daba citas, yo siempre fui al Puesto de Salud...”

M07: “Pues, fíjese que él hubo un tiempo que no comía, entonces él comía sólo cosas eh, por ejemplo, golosinas, pero la comida que uno le daba no lo comía, que si en una de esas le dio fiebre, lo llevé al Centro de Salud ahí me lo atendieron y ahí fue donde me dijeron de que estaba muy bajo de peso, pero me dijeron que lo llevara seguido, entonces vine yo, le compré vitaminas para que él comiera y estuviera subiendo de peso, entonces lo estuve llevando, pero después me dijeron que estaba normal su peso, que ahí estaba bien, que no estaba desnutrido. Fíjese que yo creo que no porque él después que yo le di las vitaminas le dio por comer y ahí fue donde subió de peso”.

Las respuestas de las madres están condicionadas por los síntomas que sus hijos padecían en ese momento y por antecedentes de otras enfermedades. Las madres que refieren antecedentes aceptaron de mejor forma el diagnóstico de sus hijos, como refieren las madres M09 y M02. Las madres que por primera vez recibían el diagnóstico como el caso de las madres M07 y M04 se muestran desconfiadas de lo que les indican. Para estas madres, los síntomas de desnutrición no fueron evidentes y consideraban a sus hijos con buena salud, por lo que el diagnóstico del servicio de salud no les pareció verdadero.

Sobre los síntomas o cambios que presentaban sus hijos cuando se dieron cuenta de los problemas de salud, la frecuencia de los síntomas se resume en la tabla número tres.

Tabla 3. Primeros síntomas de los niños al momento que las madres notaron el problema de salud

Síntomas físicos	Frecuencia
Pérdida de peso	10
Palidez	8
Falta de hambre	8
Debilidad	7
Fiebre	6
Vómitos	5
Diarrea	5
Excesivamente delgado/a	4
Le cuesta respirar	4
Náusea	3
Hinchazón en la piel	2
Dolor en el estómago	1
Estómago inflamado	1
Bajo peso al nacer	1
No mamó	1
Flema en la garganta	1

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

El síntoma más reportado por las madres fue la pérdida de peso, seguido de la palidez y falta de hambre. La debilidad y la fiebre fueron reportados por más de la mitad de las participantes. En casos individuales se mencionó el bajo peso al nacer, flema en la garganta o no mamar, dolor en el estómago y estómago inflamado.

Los síntomas reportados por las madres son acordes a los síntomas que reporta la literatura, principalmente los relacionados al apareamiento continuo de enfermedades infecciosas². También reportan causas subyacentes de desnutrición como la escases de alimentos y las condiciones de insalubridad y poco acceso a agua segura²; todas éstas,

detonantes de las enfermedades a repetición y la pérdida de peso. Como se describió en los datos generales, la falta de servicios básicos es un factor común de las madres, lo que aumenta la vulnerabilidad de los niños a padecer desnutrición.

De acuerdo a la ENSMI³⁷, los porcentajes más altos de desnutrición aguda se presentan en madres sin educación o con primaria incompleta. Sin embargo, la poca escolaridad, es una característica de las madres participantes. De acuerdo a las conclusiones de Chary y colegas³⁴ las madres no pueden visibilizar la malnutrición de sus hijos si en su entorno, los síntomas son comunes a otros en su familia o comunidad. Esto, se relaciona con el hecho que las madres que no sabían que sus hijos estaban desnutridos hasta que les diagnosticaron en los servicios de salud.

Acerca de cuándo estaban presentando estos síntomas sus hijos, se pidió que calcularan el tiempo que tardaron en buscar ayuda desde el apareamiento de los primeros síntomas. Cuatro de las madres indicaron que tardaron entre un año y un año y medio para buscar ayuda; tres de las madres indicaron que desde el nacimiento los niños ya presentaban síntomas de enfermedad y en ese momento buscaron ayuda por primera vez; tres más indicaron que tardaron entre cuatro y 15 días para buscar ayuda y una más indicó que lo hizo en el momento en que detectaron a su hijo con otra enfermedad.

M06: “Casi que año 8 meses más o menos, sí, yo con la esperanza que se iba a recuperar, yo le andaba dando leches, le andaba dando comida así, sus pachas, forzada su comida, sus frutas así, con tal de que él se recuperara y no se recuperaba verdad y otra cosa es de que en ese tiempo también estábamos pasando con mi esposo una situación difícil económicamente, fue donde yo tuve que irme a trabajar porque mi esposo no tenía trabajo en ese tiempo, él se quedó con mi esposo, yo no me lo podía llevar, entonces mi esposo fue el que lo cuidó prácticamente más o menos 8 meses, él en ese proceso, entonces fue que le empezamos a comprar también las leches y darle vitaminas”.

M03: “Los síntomas los vimos desde que nació pero hasta al mes más o menos decidimos buscar alguna solución para que se curara, como pensamos que solo unos días

o tal vez se le iba a quitar por eso no lo llevamos inmediatamente, por eso esperamos unos 2 ó más tal vez 3 meses no recuerdo bien”.

Las madres no buscan ayuda inmediata, sino esperan un período de tiempo antes de buscar ayuda, el período de tiempo es variado en cada caso. De acuerdo a lo referido por Echeverría³⁹, el proceso de búsqueda de salud de las personas se verá determinado por el sentido o la explicación que le den a la enfermedad, por lo que una misma enfermedad tendrá diferentes rutas de búsqueda. Sin embargo, tienen en común que las madres esperaron un período de tiempo esperando que la enfermedad pasara por sí sola. También destaca la relación de la desnutrición con características o padecimientos desde el nacimiento, indicando que desde ese momento iniciaron la ruta de búsqueda para mejorar la salud de los niños

A esto Cerón¹⁰ se refiere como la autoatención, en la que las personas esperan la solución de su problema de salud sin la intervención de ningún curador profesional. Las primeras acciones de diagnóstico y atención, ante un problema de salud, las realiza la propia persona o personas inmediatas de sus grupos parental o comunal. Las acciones que las madres toman, se ven influenciadas por los modelos explicativos de la enfermedad y por la influencia que otras personas cercanas puedan tener acerca de este tema.

Sobre el motivo por el que decidieron buscar ayuda, cuatro de ellas respondieron, por preocupación por la salud de los niños; esta preocupación motivada por el deseo de volver a ver al niño sano, por lástima y por desesperación. Cuatro de ellas indicaron otras causas como la recomendación de otra persona y por otra enfermedad; dos indicaron que buscaron ayuda por los problemas al nacimiento de sus hijos. Una indicó que buscó ayuda por revelación en sueño y oración. Como indica Kleinman³⁹ una misma enfermedad, puede tener explicaciones diferentes, así también, serán diferentes las rutas de búsqueda y los motivos que animen a las personas a buscar atención para el problema de salud.

M04: “Ah, porque yo pues, sí me duele la cabeza o el estómago tomo algo, porque de verdad me duele, para estar curada y más que él es un niñoito peor todavía, rápido le

busqué ayuda para que se recupere, si no empeoran más o incluso se me puede morir por eso”

M06: “yo soy cristiana y creo en Dios y en una ocasión yo pude tener una experiencia de tener un sueño, entonces yo le dije a mi esposo que empezáramos a orar y prácticamente a pelear por él pues, porque la muerte como que se lo quería llevar, seguimos orando también para que el señor nos ayudara también eh, nos diera algo como que tomar la mejor decisión verdad, porque la verdad es de que era, a mi me costaba pues aceptar que mi niño no estaba malo o que estaba mal él, no quería aceptarlo verdad. Entonces seguimos orando, en uno de esos momentos verdad, ya llevaba yo 8 meses trabajando cuando mi esposo me dijo en una ocasión que qué prefería yo, sí quería que mi nene se muriera o mejor cuidarlo, él me hizo eso porque la verdad es que la que quería irse a trabajar era yo, sí estábamos tal vez un poquito mal económicamente pero no es que de una vez no teníamos... pero yo era de eso que yo me quería ir, me quería ir y me quería ir y puedo y yo ahora pienso que también era porque ya me había cansado, me había desesperado de ver lo mismo con mi bebé que no se recuperaba, yo quería hacer algo más”.

M05: “Ah, porque al final me dio lástima, pobrecito él dije, el no buscarle su medicina, si él no tiene la culpa, somos nosotros los padres los que culpamos y es nuestro deber, pero a mí lo que me detuvo desde el inicio es el dinero, por eso no lo curé antes sino tarde, yo ese sólo lo vi que no estaba bien pero por el dinero que no tengo, poco a poco dije yo, pero en lugar que se recuperara más para atrás se hizo”.

Todas las madres tienen en común el interés de ver a sus hijos sanos. Las madres M04 y M06 refieren incluso considerar que sus hijos podían morir. Sin embargo, otros factores como la desesperación de no ver mejoría en sus hijos y el factor económico pueden retrasar el proceso de búsqueda de soluciones, como lo expone la madre M05. Esto refuerza el hecho que las personas buscan en primer lugar la autoatención como forma de hallar solución a sus problemas de salud, buscando modos de superar la

enfermedad que se adapten a su situación actual. El esperar que la enfermedad pase por sí misma, es una ruta, aunque pasiva, de darle solución al problema.

Los diferentes pasos que las personas enfermas y/o las familias dan para resolver un problema de salud al que se enfrentan, son conocidos como Rutas de búsqueda de Salud o Camino del Enfermo¹. La Tabla 4, muestra los resultados sobre las personas o lugares que buscaron o consultaron las madres, para dar solución al problema de salud de sus hijos.

Tabla 4. Rutas de búsqueda de tratamiento de la desnutrición aguda de madres participantes

Persona o institución	Frecuencia	Funcionó	No funcionó
Servicio público de segundo nivel	11	7	4
Autoatención	8	6	2
CRN	7	7	0
Curandero	5	3	2
Servicio de salud privado	3	2	1
Servicio público de primer nivel	2	1	1
Servicio público de tercer nivel	1	1	0
Farmacia	1	0	1
Iglesia	1	0	1

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

El Apéndice 1 muestra con mayor amplitud las rutas de búsqueda de cada madre y la efectividad de los tratamientos. Las madres en su mayoría indicaron que buscaron atención en el Centro de Salud, la mayoría indicó que sí resolvió el problema de salud. Ocho de las madres indicaron que usaron la autoatención para encontrar solución al problema de salud, en su mayoría dijeron que sí fue efectiva. Siete reportaron ir al CRN y todas indicaron que la institución fue efectiva. Cinco dijeron buscar un curandero, la mayoría indicó que el tratamiento prescrito fue efectivo. Tres buscaron servicios privados de salud, en su mayoría indicaron ver mejoras en el estado de salud de sus hijos.

Dos de las madres buscaron atención en el puesto de salud de su comunidad. Una de ellas indicó que la institución resolvió el problema de salud y una dijo que no lo había resuelto. Una persona indicó que buscó el hospital y que éste fue efectivo. Por último una madre indicó haber buscado atención en una farmacia y otra más busco ayuda con miembros de una iglesia; ambas indicaron que no se resolvió el problema de salud.

Sobre el tratamiento con ATLC las respuestas están divididas, ya que dos madres indicaron que los niños no consumieron el tratamiento y una indica que funcionó poco porque el niño ganó poco peso. El ATLC es una pasta compuesta de maní, azúcar, leche en polvo y aceite vegetal. La presentación es un sobre con 92 gramos del alimento. Por su baja cantidad de humedad, el alimento puede ser almacenado por tiempo prolongado sin necesidad de refrigeración.

Los resultados concuerdan con los hallazgos de Wilhem²⁵ quien indica en un estudio con 50 niños diagnosticados con desnutrición aguda que entre los principales condicionantes de la baja recuperación con ATLC los niños presentaron las siguientes manifestaciones: 24 (48%) de los niños tuvieron presencia de diarrea durante el tratamiento, 22 (44%) de los niños no consumieron el sobre de ATLC los 15 días de tratamiento establecidos, 19 (38%) de los niños no aceptaron el tratamiento por el sabor, 13 (26%) de los niños tuvieron distensión abdominal durante el tratamiento, nueve (18%) tuvo presencia de vómitos, dos (4%) de los niños tuvo presencia de manifestaciones cutáneas,

un niño (2%) tuvo infecciones respiratorias durante el tratamiento y una de las madres (2%) no recibió información sobre la forma de brindar el tratamiento.

La misma pregunta se realizó a los trabajadores de salud, antes de llegar al Centro de Salud: ¿Qué otras personas o instituciones visitan las madres para resolver los problemas de salud de sus hijos? Los trabajadores de salud respondieron que principalmente son servicios privados de salud, entre los que se encuentran con la misma frecuencia médicos privados y oenegés, y por último farmacias. En segundo lugar, personas que practican medicina tradicional maya; refieren comadronas y curanderos de niños. Dos personas refirieron que los usuarios también utilizan el IGSS. Una persona refiere servicios públicos como el CRN y una más dice que las personas no buscan otros servicios de salud. Aclaran que en la mayoría de casos las personas no buscan estos servicios específicamente por desnutrición, sino más bien por otros problemas de salud como infecciones, falta de apetito y otros.

De acuerdo a siete de los ocho entrevistados, las alternativas que buscan las madres son inefectivas porque no resuelven el problema de desnutrición de los niños y los tratamientos que recetan no son adecuados para lograr la recuperación nutricional. Uno de los participantes refiere que sí son efectivos (refiriéndose a terapeutas mayas) porque aunque no hablen de desnutrición sí dan consejería para alimentar mejor a los niños. Sobre servicios como el IGSS indican que puede ser efectivo, porque realizan las mismas acciones que el servicio público de salud.

TS07: Eh, específicamente de la desnutrición yo creo que no, solo acá en el Centro de Salud. Salvo los que pagan IGSS tal vez van con un médico que mira sus niños pero de ahí no, sí hay instituciones pues, por ejemplo KATORI (ONG), hay familias que están beneficiadas en esta institución, las que tienen posibilidades en otro lado yo digo que sí, las que no solo en el puesto. Ellos consultan con comadronas, así con promotores, con curanderos, aunque a veces creen más a los curanderos y a los promotores que a uno, porque lo que a ellos no les gusta es el tratamiento que uno deja y máximo cuando uno les dice que hay que referir, porque según las normas que nosotros manejamos, el primer,

segundo y tercer control, si el niño no recupera lo referimos y ahí es donde está difícil con la gente, porque la mayoría no quiere. Decirle, hacer una referencia ir al hospital, como que si no, ajá ahí es donde a mi me ha costado mucho.

TS01: “Si, como aquí lamentablemente eh, también el personal del servicio es una persona nada más, entonces no tenemos esa capacidad de estar todo el día esperando a toda hora que vienen, o también porque las madres, por cuestiones familiares también, ellos van primero con alguien que cura, de ojo, con la comadrona; O sea hacen todo lo posible de curar a sus niñitos con lo que se considera más fácil, menos delicado, verdad. Ya viendo que el ojo no pasó, que el susto, que el empacho no pasó, entonces acuden al servicio. Bueno, no tan, que sea el cien por ciento, sino que sí hay familias que acuden primero al servicio y otras que acuden primero a un curandero, aquí en la comunidad hay comadronas, hay curanderos y que aciertan, fijese que estas personas tienen mucha capacidad, mucha experiencia, quizá no tienen un grado académico, pero sí, estas personas yo considero que sí ayudan bastante. Hay farmacias que también hay gente que se le queda una vez con qué curo una vez al niño por cierta situación, van a comprar lo mismo, pero, médicos no hay en este lugar, no hay”.

Los trabajadores de salud reconocen que los usuarios buscan otras alternativas para dar solución a los problemas de sus hijos, incluso indican que les desagradan las opciones brindadas por el servicio de salud TS07 “...porque lo que a ellos no les gusta es el tratamiento que uno deja y máximo cuando uno les dice que hay que referir”. En su mayoría opinan que los tratamientos brindados por otros prestadores no son efectivos. Únicamente el participante TS01 reconoce que existen soluciones en las diferentes prácticas poblacionales de salud que describe, mostrando empatía por ellas. También concuerdan que las personas no buscan el servicio directamente por la desnutrición, sino por otros problemas. Tal como refieren las madres al preguntar sobre los síntomas de los niños, ellas reconocen los síntomas, aunque no identifiquen la enfermedad como tal y por ello buscan ayuda.

Las prácticas poblacionales de salud generan conflicto entre las madres y los trabajadores de salud, pues por parte de ellas, todo el proceso de búsqueda de soluciones contribuyó a alcanzar la recuperación del niño, mientras que para los trabajadores de salud, la búsqueda de otras opciones no es efectiva, obstaculiza el tratamiento, desvaloriza al servicio de salud. La aceptación e incorporación de otros subsistemas de salud no es aceptado por el modelo biomédico que rige los servicios de salud, ni se encuentra descrito dentro de las normas de atención para la niñez, por lo que no se recomienda.

Para Estrada, G.⁷ “Las prácticas poblacionales en salud son un terreno desconocido en los servicios de salud, son descalificadas y en el mejor de los casos “utilizadas” de manera débil y poco sistemática”. De acuerdo al autor, la poca atención que han recibido las prácticas poblacionales en salud ha hecho que entre los trabajadores persistan creencias inexactas sobre las mismas. Generalmente se culpabiliza a los grupos más pobres e indígenas de tener creencias y prácticas de su cultura, que se consideran innecesarias e inútiles, generando barreras entre los usuarios que repercuten en el difícil abordaje de importantes problemas de salud.

Como se indica en el marco referencial, las personas son usuarios, proveedores y consumidores a la vez⁶, tal es el caso de algunos trabajadores que además son miembros de la comunidad y comparten sus formas de vida, están abiertos y reconocen la capacidad terapéutica en otras alternativas de solución. Por tanto, pueden decidir, pero por otro lado influir a otras personas para que realicen una u otra práctica de salud. Entender y aceptar estas prácticas por parte del personal inserto en el modelo biomédico de salud permite ofrecer servicios más eficaces que resuelvan el problema de salud en las diferentes dimensiones.

Las madres y los trabajadores de salud, respecto a por qué creían que sus hijos o usuarios se habían enfermado, responden de acuerdo a la Tabla 5.

Tabla 5. Causas de desnutrición aguda percibidas por las madres y su interpretación por los trabajadores de salud.

Constructos étnicos de las madres	Constructos éticos de los trabajadores de salud
Condiciones de vida	Enfermedades a repetición
Enfermedades de la cosmovisión maya	Condiciones de vida
Problemas de alimentación del niño	Enfermedades de la cosmovisión maya
Otros	Genética

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

De acuerdo a lo referido por las madres, cuatro temas sobresalen. Las condiciones de vida son las primeras por las que los niños se desnutren, entre ellas se menciona la falta de alimentos en el hogar y la mala alimentación en el embarazo, la falta de higiene, contaminación del agua y contaminación del aire. Las enfermedades de la cosmovisión maya incluyen en primer lugar el mal de ojo, seguidos del susto y las lombrices. En los problemas de alimentación, con la misma frecuencia se mencionan inapetencia o dificultades para que el niño coma. El inciso “otros” menciona bajo peso al nacer, enfermedad, causas espirituales y uso de métodos anticonceptivos.

Las respuestas de los trabajadores de salud a la misma pregunta son, en primer lugar las relacionadas a problemas de salud. En esta categoría las infecciones a repetición son las primeras causas, seguidas de inapetencia de los niños y por último tratamientos con

antibióticos. En segundo lugar, la pobreza como un condicionante de la desnutrición. Las enfermedades de la cosmovisión maya fueron referidas por cuatro participantes entre ellas el susto y mal de ojo. Por último, dos participantes refirieron la genética como causa de la desnutrición.

TS02: Dicen, es que lo que pasa, es que se ha enfermado mucho, ajá. Pero nosotros le preguntamos, pero por qué se enferma mucho, a veces le dicen, es por el agua, es porque no come bien, pero yo siento que es más por pereza, es más porque come mucha comida chatarra, por ejemplo en mi área donde voy uno se asusta, yo al principio no creía esto, pero cuando mira uno nueve, diez de la mañana con su chorizo (de golosinas) y su Big Cola porque es Big Cola la que ellos toman. Algunas, rara la persona que dice que por falta de dinero, pero no es póngale de un 100% es un 20% que dice eso, verdad, son casos aislados y extremos y que uno sabe que sí, verdad. Las madres han dicho que tiene mucho ojo, verdad, eso es lo más común el ojo y que por eso se enfermó o que nosotros lo vacunamos y tenía ojo, desde que nosotros le pusimos la vacuna, pero realmente la vacuna no es una causa de desnutrición porque la vacuna lo que hace es protegerlos.

TS08: “mmmm le echan la culpa a otras situaciones, por ejemplo, que decirle, razones que quizá no vienen al caso, por ejemplo, que son melindrosos, que no quieren comer, que ellos les dan pero ellos no, los niños no aceptan, cuestiones así buscándole justificación”.

TS06: “fijese que normalmente lo que ellas dicen es que, fijese que se enfermó y ya no comió. Sí y empezó a comer poquito a veces por cucharadas y a veces no quiere nada de lo que hay. Pues si han dicho a veces cuando uno les dice mire qué le da de comer o le debería de dar esto y esto, pero seño si yo no tengo dinero, a mi no me alcanza dicen, eso es lo que dicen”.

Los trabajadores de salud indican que las madres refieren las enfermedades infecciosas a repetición como una de las principales causas de desnutrición, sin embargo, concuerdan en que es un tipo de excusa o justificación que oculta las causas reales. Como

indica el trabajador TS02 que considera que la verdadera causa es la pereza, el trabajador S08, luego de indicar las causas que dan las madres finaliza con la frase “*así buscándole justificación*”, indicando que no son causas creíbles. Los prejuicios que se forman a partir de las explicaciones de las madres, no permiten generar un ambiente de confianza entre las madres y los trabajadores de salud. Por tanto, cualquier esfuerzo infructuoso por recuperar el estado nutricional del niño, será visto como una excusa a la falta de atención y cuidado que debe recibir.

Estas preguntas muestran los modelos explicativos de las madres, así como el constructo ético que los trabajadores hacen de esta explicación. Las respuestas de ambos grupos concuerdan en la pobreza y enfermedades de la cosmovisión maya. Sólo una madre refirió enfermedad, mientras que para los trabajadores de salud, las madres indican que los niños se desnutrieron por enfermedades.

Acerca de cuáles son las causas de la desnutrición desde el punto de vista de los trabajadores de salud, se pudieron observar tres grandes temas: condiciones de vida, actitudinales y educación. En cuanto a las condiciones de vida, todos los entrevistados concuerdan en que aspectos como bajos ingresos, hacinamiento, falta de planificación familiar, falta de higiene y poco acceso a alimentos con alta carga nutricional son las principales causas de la desnutrición. La segunda causa más común percibida por el grupo de trabajadores de salud es la falta de educación de las madres sobre las formas adecuadas de alimentar a sus hijos. En esta categoría se incluye tanto la falta de conocimiento nutricional como la falta de educación formal en las madres, que en la mayoría de casos no sabe leer y escribir. La última categoría, que se observó en solamente tres de los ocho entrevistados, se refiere a situaciones actitudinales como pereza e irresponsabilidad.

Ambos grupos concuerdan en que las condiciones de vida son una de las principales causas de la desnutrición; lo mismo que menciona Martorell²⁶ en su estudio. Sin embargo, por parte de los trabajadores de salud hay una tendencia en algunos de los trabajadores a recargar la responsabilidad en las madres, debido a su falta de educación o mala actitud al

tratamiento de sus hijos. Las madres por su parte, contemplan dentro de las causas, otras enfermedades de origen diferente al biomédico. Indican que son los niños los que no desean recibir alimentos, a pesar del esfuerzo o la insistencia de ellas, lo que los trabajadores de salud podrían interpretar como una forma de justificar la pereza o descuido.

De la validación ética de las preguntas del cuestionario para las madres, se realizó un grupo focal con comadronas que atienden niños de las comunidades participantes. Se le preguntó acerca de las causas por las que los niños se desnutrían. Las comadronas dieron su punto de vista y al respecto indicaron:

Nicolasa: “Y como hay mamás que solo esperan del esposo y si no les dan su dinero así se queda solo con tortilla con sal y nada le dan a sus hijos, otros solo con un tomate pura agüita les dan y hasta le echan chile a los niños, hay Dios si los niños comen chile primero les viene inflamación a los niños, me dicen muchas mujeres de las aldeas que sus hijos están desnutridos porque no les dan que comer, en cambio nosotros antes trabajábamos y les dábamos a nuestros hijos..., aunque pobres pero yo digo que hay que tratar de alimentarlos y criar bien a nuestros hijos, aunque no nos visitamos mucho ellos primero, hay que trabajar. Yo digo pues que por eso hay mucha desnutrición porque esperan que todo se los dé. Y allí es donde hay mala alimentación y luego dicen que los niños comen mucho munil (golosinas) pues si tienen hambre, no los alimentan”

Mercedes: “y por eso ya no hay que tener muchos hijos”

Silvia: “si es pura responsabilidad de uno”.

Para las comadronas la principal causa de desnutrición es la mala alimentación, refieren que sus usuarias han indicado la pobreza, a lo que ellas justifican que se debe principalmente a problemas actitudinales y de responsabilidad, así como a tener muchos hijos. Evidentemente, tampoco dan credibilidad a lo que las madres indican como causa de desnutrición. Para los trabajadores de salud y las comadronas la responsabilidad recae principalmente en las madres, mientras que ellas describen otras causas que salen de su

control. Las madres tienen en común situaciones carenciales en cuanto a su forma de vida y que las hacen más vulnerables a padecer desnutrición infantil y los problemas de salud que ésta acarrea.

La repetición del discurso de culpabilidad de las madres, es para Fernández, G.⁴⁰ el ejemplo que situaciones cotidianas como la crianza, alimentación y cuidado de los niños, se ve profundamente influenciado por su contexto social. Las condiciones reales de extrema pobreza y la desnutrición infantil, evidencian una situación estructural de dificultad y carencia social, así como indiferencia y falta de voluntad política para subsanarla. En vez de eso se buscan los mecanismos para culpabilizar al paciente (la madre) y medicalizar el problema, lo que realmente oculta el poder y dominación que está en juego. Medicalizar el hambre supone, por tanto, individualizar el problema, legitimar una situación de desigualdad social existente, generar lazos de dependencia de las multinacionales para criar niños.

Las diferentes percepciones sobre las causas de la desnutrición son una barrera entre las madres y los trabajadores de salud. Ambos grupos involucrados en el mismo problema tienen percepciones diferentes sobre las causas de la desnutrición. Por parte de los trabajadores de salud, no son creíbles los motivos que se refieren a las dificultades de los niños para tolerar los alimentos. Dan la razón en algunos casos en los que las madres refieren pobreza. Culpabilizar a las madres es un factor común entre los trabajadores de salud y las comadronas, lo que refuerza una barrera entre el personal y las usuarias, dificultando el proceso de recuperación del niño enfermo.

Acerca de qué habían escuchado las madres sobre la desnutrición, ocho madres respondieron no saber, ni haber escuchado nada de la desnutrición. Por otro lado tres madres dijeron haber escuchado que la desnutrición ponía a los niños delgados y de bajo peso y que era una enfermedad que mata a los niños si no reciben tratamiento. A pesar de haber escuchado anteriormente sobre la desnutrición y haber identificado los síntomas, una de las madres refirió no haber creído cuando la enfermera le informó acerca del estado de su niño.

M11: “No pues yo jamás había escuchado de la desnutrición porque en mi familia nunca se dio este caso. Jamás me imaginé que a mí me iba a tocar, sólo Dios lo sabe, por la pobreza pues a veces no teníamos nada que comer, ya ni para la hierba encontraba y en el pueblo todo es comprado”.

M04: “Yo sí ya había escuchado antes, como te decía anteriormente que bien uno se da cuenta de cómo un niño está desnutrido, al menos yo sí me doy cuenta, pero mi hijo yo lo dudé, ¿será que tiene desnutrición? Me dije, pero como así lo dijo la señora pues así es entonces dije yo, pues como así dijo la señora más que así, pero yo no lo creo tanto”.

Las madres indican diferentes puntos de vista, algunas nunca habían escuchado acerca de la enfermedad, otras sí. Para la madre M04 es difícil aceptar la enfermedad, a pesar de identificar en su hijo características de un niño desnutrido. El plan educacional como parte del proceso de monitoreo de crecimiento en los servicios de salud, es la oportunidad para brindar consejería a las madres sobre éste y otros temas de importancia. Debido a la escasez de personal en los servicios, esta acción no siempre se realiza con el rigor necesario para alcanzar a todas las madres que acuden. Sin embargo, como refirió el trabajador TS01, refiriéndose a los terapeutas mayas, *“ellos hablan de cómo alimentar a los niños”*. La participación de otros actores en el cuidado de la salud, puede generar mayor bienestar en los usuarios. La integración respetuosa de los distintos saberes, puede abrir una ventana de oportunidad para garantizar la salud, con una visión pertinente a las características de cada comunidad.

Respecto a lo que piensan los trabajadores de salud de lo que las madres saben de la desnutrición de sus hijos, cuatro de los participantes refieren creer que las madres no saben acerca de la desnutrición de sus niños. Dos participantes indican que sólo unas madres saben acerca de la desnutrición y dos piensan que las madres sí saben acerca de la desnutrición, debido a que tienen acceso a información en los servicios de salud.

TS01: La gente algunos ya saben, no puedo decir que todos, pero algunas madres ya saben, algunas madres ya están consientes. También ya empezaron a insistir en el

servicio a buscar el servicio para saber cómo están. Ya, la gente como que ya sabe que hay que ir. Van directamente por otra enfermedad pero aprovechando de una vez, “por favor péseme”, a veces llegan a cada 15 días y cuando llegan después por otra razón quieren que los pesen otra vez, sí, pero eso sí no se hace, verdad, por falta de tiempo, por falta de recurso humano.

TS05: “Fíjese que en la desnutrición casi no saben, más se detecta aquí en el Centro cuando vienen a consulta, solo dicen las mamás, mi niño no come, mi niño bajó de peso, pero ya a la larga cuando ya vienen aquí uno ya les da porque uno está un poquito más capacitado, entonces uno les dice”.

Los trabajadores tienen diferentes experiencias en cuanto a lo que las madres saben acerca de la desnutrición. Sin embargo, ya empiezan a mencionar que algunas madres tienen conocimientos del tema. Aunque no indican las fuentes de donde ellas obtienen información, es probable que parte del trabajo de promoción de los servicios de salud, las alcance y se interesen por el tema. Además de la publicidad mediática que tiene la desnutrición, que forma parte de diferentes discursos políticos y de instituciones oficiales.

Es importante mencionar que de acuerdo a las normas de atención en salud del MSPAS publicadas en el año 2010 existe un vacío sobre cómo orientar a la madre, en caso el niño sea detectado con desnutrición, así como la consejería que debe brindar en el proceso de monitoreo de crecimiento. Por lo que existe un vacío a nivel institucional sobre cómo abordar el tema. Por tal motivo, las madres entrevistadas en su mayoría indican no haber escuchado antes de la enfermedad.

En relación a la manera en que informan a las madres que sus hijos están desnutridos, el total de los participantes coinciden en que informan a las madres sobre el estado nutricional de sus hijos a través de indicadores obtenidos en las gráficas de puntuación Z. Cuatro de los trabajadores del Centro de Salud de Tecpán indican que además de informar a las madres a través de indicadores, refieren al médico o EPS de nutrición para que les indiquen el tratamiento a seguir. Uno de los participantes utiliza

ejemplos para explicar a las madres y uno más lo hace explicando las consecuencias de la desnutrición.

M07: “O sea que se le explica a las señoras, como en las tarjetas viene las desviaciones estándar y todo, las señoras no entienden las tarjetas, uno tiene que explicarles las gráficas, en dónde cae el niño, al menos aquí les explicamos todo pues, cuando encontramos un caso con desnutrición, explicamos a la señora, incluso le enseñamos la tarjeta, aquí debería de ir su bebé, pero ahorita aquí debajo de esta línea está y por eso es que cae en una desnutrición y de ahí ya le damos consejería de una vez”.

M05: “de una vez, sí aquí miramos en base de la gráfica, eh, miramos en el peso y talla y después lo pasamos a la puntuación Z y ahí se compara, cuando tenemos duda vamos con el digitador, el encargado de desnutrición y ahí ya vemos si nos cae en severo agudo, pero sí se detecta primero aquí en hipodermia. A las mamás se les avisa que tiene que venir con la nutricionista o lo pasamos con la doctora, si hay médico lo pasamos de una vez para que nos haga favor ella de verificarlo, ya después se informa al área”.

Los trabajadores evidencian el uso de las gráficas en los carnets de vacunación. Aunque están capacitados en el uso de las mismas, también indican que es frecuente confirmar el diagnóstico en un software o a través de la interconsulta con el médico o nutricionista, quien a través del mismo proceso lo confirma o lo desmiente. El diagnóstico a través de gráficas, es una forma sencilla de identificar la posición en la curva de un niño o niña, por lo mismo, es utilizada como una forma más fácil de obtener un diagnóstico, considerando la cantidad de personas que asisten al servicio de salud. Que los trabajadores sean capaces de realizar esta acción con seguridad y eficiencia, mejora la posibilidad de detectar casos de desnutrición durante el monitoreo de crecimiento.

El diagnóstico a través del uso de gráficas, es una forma rápida de diagnóstico para los niños. Sin embargo, no es un método eficiente para comunicar a las madres acerca del estado nutricional de sus hijos. Por tanto, la búsqueda de nuevas formas de comunicación,

que faciliten la comprensión del diagnóstico y evolución de los niños, se hace necesaria para asegurar que las madres reciban tratamiento de forma consciente e informada.

Respecto a la persona que informó a las madres que sus hijos estaban desnutridos. A ocho de ellas les informó la enfermera del Centro de Salud, a dos personas la nutricionista del CRN, a dos personas el médico del CUM y a una persona un médico particular.

De acuerdo a lo referido por las madres, a todas les indicaron que sus hijos estaban desnutridos, ya que su peso era muy bajo. A cinco de ellas la persona que le indicó que su niño estaba desnutrido, inmediatamente la refirió a otro servicio de salud. A dos de ellas les indicaron que tenían que darles más comida; a una le dijeron que de no dar tratamiento el niño podía padecer en el futuro de impedimentos físicos. A una de ellas le indicaron que le diera atoles, a una más que el grado de desnutrición era de poca gravedad y podía seguir el tratamiento en casa. A una le indicaron que de no brindar tratamiento el niño podía fallecer y ella tendría problemas legales y a una más le dijeron que la desnutrición era una enfermedad y por ello no ganaba peso.

M07: “La enfermera me dijo que él estaba desnutrido y que, y me dijeron que fuera con otra de ellas y ella me hablo sobre eso. Que tenía que alimentarlo más, que ya no le diera golosinas y que, ella me mostró una de, unas bolsitas, pero no recuerdo –una pasta- ajá sí, se lo di al nene para que se lo comiera, pero él no se lo comía, solo una me dio en ese momento, entonces la tuve que tirar porque él no se la comió”.

M11: “En el hospital me dijeron primero, creo que es la doctora Baquix, hay una doctora que siempre la encuentro y siempre me regañaba y me decía “ni modo que no se da cuenta que su hijo está grave” me decía, pero yo le decía que si varias veces lo traje aquí por su garganta (neumonía) y no dicen nada ustedes pues, le dije; si el niño está grave decía esa doctora. Es ella quien me dijo y es ella quien me llevó allá abajo (CRN)”.

Las madres refirieron que en los servicios de salud presentaron la desnutrición como falta de peso en los niños o falta de alimentos. La madre M07 no refiere la explicación de la gráfica en el carnet de vacunación sino el plan educacional que le brindaron. El primer diagnóstico de desnutrición puede también generar conflicto como el caso de la madre M11 quien no refiere ninguna explicación sobre la enfermedad sino un llamado de atención de la persona que le indicó de la enfermedad de su hijo. En general, las madres hacen referencia al plan educacional que les dieron al momento de la detección y no a la explicación de la enfermedad.

Es importante mencionar cómo se replica el discurso de la culpabilización de las madres, pues se asume que es la mala alimentación o la falta de comida la que ha provocado la pérdida de peso en los niños. Así también, las amenazas, anticipando los problemas legales que pueden tener de no aceptar el tratamiento, generando desde el inicio temor por el proceso que está por iniciar. Ese discurso puede generar en la madre sentimientos de culpa y otros que se mostrarán en otra sección posterior.

A las madres se les preguntó qué pensaban de lo que estas personas les habían dicho, a lo que siete de ellas indicaron dar la razón. Una de ellas indicó que se sintió agradecida. Una dudó de la información que le habían dado. Una de ellas relacionó la desnutrición como causa de otra enfermedad no mencionada por la persona y dos de ellas no saben cómo responder a la pregunta.

M06: “Que sí tenía razón, sí, sí yo dije que sí tenía razón porque yo como mamá también estaba viendo la situación de mi bebé, entonces yo vi que si tenía razón, pero la verdad es que no me quería ir al CRN”

M02: “Viera que no me molesto, yo sí le tomé la palabra a la doctora y la nutricionista, le agradecí verdad, por ayudarnos en este sentido, porque a veces uno no se da cuenta, yo digo que miraba a mi nene normal pero como vi que se me enfermó, yo allá en el hospital también he llevado un proceso”.

M04: “Yo me quedé pensando, yo lo dudé, será que es posible y recordé lo que ella me decía que ya casi cae en desnutrición, así como que me confundí un poco y así quedó”.

Los nuevos constructos éticos de las madres, en su mayoría no rivalizan con la información brindada por los prestadores de salud. Sin embargo, se ven influenciados por la siguiente fase que es el tratamiento, M06 *“pero la verdad es que no me quería ir al CRN”* y la dificultad para comprender las explicaciones brindadas en el servicios de salud, las cuales pueden causar confusión M04: *“recordé lo que ella me decía que ya casi cae en desnutrición, así como que me confundí un poco”*. La falta de respuesta de dos madres también puede evidenciar la poca comprensión que tienen respecto a la enfermedad.

Sobre estas dos respuestas, trabajadores y madres, ninguna de las madres mencionó o recordó lo que los trabajadores indican sobre explicar a través de gráficas o puntaje Z, sin embargo, sí recuerdan la conversación que tuvieron con el prestador de servicio al momento de la consulta, es decir, el modelo explicativo que las madres forman se basa en lo que ellas entienden y conocen, más que en los conceptos éticos que les brindan los trabajadores de salud.

Como indica Chary y colegas ³⁴ “aunque otros han documentado un aparente fracaso de los cuidadores indígenas en Guatemala para comprender los conceptos biomédicos estándar, esto se ha interpretado típicamente como evidencia de una nosología alternativa entre los mayas y ha dado un impulso a una gran literatura que intenta documentar etiologías populares de enfermedades infantiles. Sin embargo, como se revela aquí (en la investigación), al menos en el caso de la malnutrición infantil, tanto nuestra etnografía como los datos cuantitativos apuntan a una conclusión más parsimoniosa, sobria y menos idealizadora: a saber, ese abandono social generalizado de la población rural indígena y el infradiagnóstico generalizado y el tratamiento insuficiente de la malnutrición infantil crea una situación en la que, simplemente, la ausencia de enfermedad infantil no puede ser imaginada o articulada” Esta evidencia puede relacionarse también, con la dificultad de las madres de comprender lo que les explicaron en el servicio de salud. Pues es una realidad

que simplemente no conciben, ya que la desnutrición como tal, ha formado parte de su vida cotidiana por mucho tiempo.

Como se mencionó en el marco referencial, la reinterpretación de los conceptos por parte de las madres abarca el contenido que es culturalmente significativo¹⁶, mientras que los trabajadores de salud adoptando el concepto ético de la desnutrición lo explican en función al puntaje Z o gráficas de diagnóstico. Sin embargo, estas diferencias entre los conceptos émicos y éticos sobre el diagnóstico de la desnutrición no rivalizan entre sí, pues la nueva construcción que realizan las madres les ayuda a comprender la situación de salud de sus hijos y no representa en la mayoría de los casos, una amenaza para iniciar el tratamiento. Sin embargo, para quienes no alcanzan a comprender lo que se explicó en los servicios de salud, se convierte en una barrera importante para iniciar y dar continuidad al tratamiento de la desnutrición.

Se preguntó a las madres si consideraban que su hijo estuvo o estaba desnutrido, a lo cual siete consideraron que sus hijos sí estuvieron desnutridos. En este grupo una madre dijo creer que su hijo aún estaba desnutrido. Las otras cuatro madres indicaron que no consideraban que sus hijos estaban desnutridos, hasta que les notificaron en los servicios de salud. Una de ellas indicó que su hijo no fue bien diagnosticado, por lo que nunca estuvo desnutrido.

M10: “Sí porque estaba delgadita, no aumentaba, yo decía por qué. Si no aumentaba, de plano que sí estaba desnutrida, al no comer bien”.

M07: “pues fíjese que le voy a decir, ahí en el Centro supuestamente el nene pesó 16 libras fui y entonces fui aquí a la farmacia aquí en la Batres a pesarlo, para ver cuánto pesaba y él pesaba 19 libras. Entonces por eso no entendía por qué allá pesó menos y aquí pesó más, por eso pienso que no estaba así, porque, no estaba desnutrido porque ya le digo allá pesaba menos y ahí pesaba más. Sí, lo llevé como unas 2 veces todavía, pero decían que pesaba, a la siguiente vez creo que pesó como 19 libras, pero fue a los 8 días que lo llevé o a los 15 días, no recuerdo bien y que pesaba 19 libras y de ahí lo volví a

llevar, me vinieron a visitar y lo volví a llevar y me dijeron que estaba bien de peso, entonces dije yo, la verdad no sé si es que de verdad estaba desnutrido o no”.

M05: “Yo digo que tuvo y que tiene todavía, más que sí, porque despacio quiere, no digo pues que ya está muy bien pues, me dijeron que sí estaba muy mal, por eso digo que en un par de meses no se le va a quitar, por eso aún no está bien. Sí a él le falta no está sano, sano”.

A pesar de que la mayoría de madres considera que sus hijos sí estuvieron desnutridos, la percepción equivocada sobre el diagnóstico de desnutrición de los niños, es una barrera. El no aceptar la condición de sus hijos implica también dificultades para aplicar el tratamiento. Además de generar desconfianza entre el servicio de salud y los conocimientos populares en la comunidad.

En cuanto a la percepción de niño con buen peso, las madres describieron las características que debían tener. Los resultados se describen en la tabla No. 6.

Tabla 6. Percepción un niño con buen peso, según las madres entrevistadas.

Aspecto	Frecuencia
Apariencia física	10
Estado de ánimo	10
Estado de salud	2

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Sobre la apariencia física las madres resaltaron en primer lugar la gordura y en segundo lugar el color de piel y la talla de los niños. Sobre el estado de ánimo las madres resaltaron la alegría, el ser activo, la viveza y la fuerza. Sobre el estado de salud indicaron que el niño no padezca enfermedades.

Se les preguntó también cómo consideraban que se veía un niño desnutrido. Las características se dividieron en dos grupos, apariencia física y estado de ánimo. En la apariencia física indicaron en primer lugar la delgadez, seguido de palidez, debilidad, ojos hundidos, pelo decolorado. Respecto al estado de ánimo mencionaron en primer lugar el desánimo, seguido de la inapetencia, debilidad y por último irritabilidad.

Las madres son capaces de describir características de la desnutrición tipo marasmo, sin embargo, la única característica física de la desnutrición tipo Kwashiorkor, que identifican es el pelo decolorado, pasa desapercibido el edema o hinchazón. Paralelamente a los estándares oficiales de crecimiento, las personas han utilizado indicadores de crecimiento para evaluar el bienestar y desarrollo de los niños. Las madres no refieren estándares de peso, sino otras características como la apariencia física, el estado de ánimo y el buen estado de salud, como muestra la Tabla 6. Al recibir el diagnóstico de desnutrición, éste puede entrar en conflicto con lo que ellas creen o perciben que debe ser un niño sano.

Por otro lado, las comadronas que participaron de la validación opinaron sobre las características de niños con lombrices (desnutrición aguda) y con kixwi.o susto (tipo Kwashiorkor)

Mercedes: “Seca seca su boca, labios, ojos caídos, chelosos, muy secos, delgados, sin ganas, lloran mucho, no se calientan ni en el sol, porque son muy delgados, ya no tienen cuerpo... granos en la cara, espinudo por aquí, sus brazos muy pero muy delgados, su cara gordo y brillante”.

Silvia: “Que están delgados, desnutridos y que no tienen fuerza, tienen una enfermedad, no están alentados aunque los curen a veces no se sabe porque están así, no se curan”.

Sandra: “Yo digo pues que los niños diferentes casos a veces, a veces, a veces, son muy delgados a veces por el susto se hinchan”.

Nicolasa: “Cuando empieza la hinchazón brilla brilla, y si ponen sus dedos con presión sobre su piel se hunde como la masa, en los pies, sus dedos y su estómago es donde se ve primero, si están hinchados es porque es kixwi”

Las comadronas poseen conocimientos valiosos para la identificación y vigilancia de la desnutrición aguda. Evidentemente reconocen los principales signos y síntomas de la desnutrición aguda, por casos que han recibido en las consultas que realizan. Visualizar el proceso salud-enfermedad desde la multiconcepción, forma parte de un nuevo paradigma de la ciencia, del pensamiento complejo y de los modelos de salud de los pueblos indígenas, propuesto en el documento Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina¹. Sobre la integración de otros subsistemas de salud propone:

- Reconocer la importancia del conocimiento y prácticas comunitarias propias de la sabiduría popular, siendo especialmente destacable el modelo de auto atención que se verifica en cada individuo o familia en su particular proceso de salud-enfermedad.
- Pasar de la intervención biomédica como único camino de curación, a la multiplicidad de caminos a partir de la integración de diferentes saberes, con miras a la articulación y complementación de saberes y prácticas dentro del sistema de salud¹.

Por tanto, reconocer la sabiduría de las comadronas en la detección, tratamiento y vigilancia de los padecimientos de la infancia y particularmente de la desnutrición aguda, viene a sumar en la búsqueda de alternativas y soluciones al problema. Reconocerlas como aliadas estratégicas en la lucha contra este problema y no como personas que interfieren en el tratamiento, puede permitir el abordaje desde un punto de vista más cercano a la realidad de las personas. Facilitando el acceso a otras opciones y opiniones que cubran de manera holística, todos los niveles de la enfermedad y no solo el biológico.

Respecto al tema de lo que comían los niños cuando se enfermaron, se agrupa en la tabla número 7.

Tabla 7. Alimentos que consumían los niños cuando fueron detectados con desnutrición aguda.

Grupo de alimentos	Frecuencia
Verduras	7
Cereales	7
Lactancia materna	5
Fruta	3
Carnes y huevos	3
Leguminosas	3
Atoles	3
Café o agua de cereales	2
Lácteos	1
Golosinas	1

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

M05: “Fideos, yo pues eso, arroz, frijol, papa, un poquito de güicoyito; le hecho Malher, sólo así, porque carne no les puedo comprar. poco sí, hasta saber cuándo porque día, día o seguido no puedo comprar. Pero como si él ya no comía nada, él ya no quería, yo le ofrezco pero a penas quería, le daba su atol pero poquito comía, comida igual poquito”.

M03: “Lo que yo le daba al inicio solo su leche materna, ya con el tiempo le daba güicoyitos cocidos como a los 5 meses y como pidió pero sólo 2 días comió bien, después ya no comía bien, hasta cuando yo ya me iba ir al hospital cabal empezó a comer, ahora le doy una o 2 tortillas, come bien y le daba otras cosas pero ya no recuerdo”.

Las madres refieren escasos alimentos cuando sus hijos estaban enfermos. Destaca un factor importante en la selección de alimentos, que es el factor económico. La madre M05 reconoce en la carne un alimento fuera de su alcance, debido al costo de la misma *“porque carne no les puedo comprar. poco sí, hasta saber cuándo porque día, día o seguido no puedo comprar”* y sobresale también la falta de apetito de los niños, la cual mencionaron ocho madres en la descripción de los síntomas de enfermedad. A pesar que las madres reconocen el intento de ofrecerles alimentos, la falta de apetito es un factor común en muchas de ellas.

Los resultados obtenidos son parecidos a lo que reporta Cerón⁶ en cuanto a que la dieta de los hogares guatemaltecos se basa en alimentos como cereales. En este caso se reportó primeramente la tortilla y otros como la papa, el fideo y el arroz. Las verduras se mencionan también como alimentos principales, debido a la edad de los niños. Alimentos como frutas, lácteos y carnes se reportan con poca frecuencia. Es importante mencionar que ninguna de las madres hizo alguna referencia a la teoría humoral de los alimentos, como reportan los antecedentes, sino más bien la dieta responde a las condiciones económicas de la familia, los gustos del niño o a su escasa tolerancia.

Acerca de cómo se habían sentido las madres cuando les dijeron que sus hijos estaban desnutridos. Seis madres indicaron haber sentido tristeza; cinco indicaron haber sentido desesperación. Con una respuesta para cada sentimiento, culpa, desánimo, duda, enojo y desesperación.

M01: “A mí me dijeron en el hospital que tenía desnutrición, pero yo no entendí. Ya en el Centro me confirmaron que sí es desnutrición lo que tenía mi hija. Yo me sentí muy mal, yo me dije por qué así pasó, por qué así nació, yo me sentí re mal, porque me lo dijeron, además yo sí, así lo vi, terrible para mí, luego que yo trataba y nada, ah fue muy difícil para mí todo eso, yo hasta me dije, pero qué gran pecado hice ante Dios”.

M04: “En el Puesto de Salud. Yo me sentí muy mal, me hice la pregunta que por qué pues. Yo me sentí mal y me dolió mucho porque yo le doy su comida, pero ni así. Yo pues había visto niños así hay y me daba lástima y ahora que mi hijo eso dijeron de él, peor si así va a ser él dije yo, cuando me dijeron”.

M11: “Ah eso sí muy difícil, difícil y me dio una gran desesperación, preocupación y pensé qué va a pasar, será que se va a curar o no y como no sé por qué nunca habíamos visto un caso así y más tengo a mis otros hijos me puse triste porque no es fácil esa enfermedad cuesta y yo aunque nos alimentaban en el hospital y los que están en la casa quién los mira, tanto él y los demás para mí fue muy difícil y luego lo miran, lo revisan y me dicen que no se recupera, se fue una semana, 20 días, un mes y nunca salía del hospital es desesperante todo y qué hago, qué tal si no se cura y si sigue así, de todo piensa uno”.

Los sentimientos que las madres expresan son de tristeza, desesperación e incluso culpa, como lo indica la madre M01 *“pero qué gran pecado hice ante Dios”* la responsabilidad sobre el problema de sus hijos recae sobre ellas mismas, ya que no mencionan a ninguna otra persona como responsable de lo que le sucede a sus hijos. Además de continuar con la preocupación por los demás, ya que ellas no pueden simplemente ignorar sus demás responsabilidades. El tratamiento institucional es motivo de renuencia por las madres, a pesar que se brinda tratamiento al niño y alojamiento y alimentación para él y su cuidadora, la responsabilidad por los demás miembros de la familia, así como el tiempo de tratamiento hacen que el proceso sea desesperante M11: *“aunque nos alimentaban en el hospital y los que están en la casa quién los mira, tanto él y los demás para mí fue muy difícil y luego lo miran, lo revisan y me dicen que no se recupera, se fue una semana, 20 días, un mes y nunca salía del hospital”*

Esta situación de angustia que sufren las madres es invisibilizada por varios actores estatales. En el año 2016 tomó notoriedad el caso de Maikol, un niño que falleció en la vía pública como consecuencia de complicaciones de la desnutrición aguda. Maikol vivió en un ambiente de pobreza y exclusión hasta su último día, como revela la investigación del artículo, mientras tanto el Vicepresidente de la República declaraba que “la gente es

negligente” ignorando y ocultando la responsabilidad del Estado de garantizar salud para todos sus habitantes⁴⁵. Así como el caso de Maikol, las madres asumen la responsabilidad total del problema y otros involucrados lo refuerzan, ignorando las causas subyacentes.

Acerca de cuál es la reacción más común de las madres al recibir el diagnóstico, siete de los ocho trabajadores de salud concuerdan en que la primera reacción que tienen las madres al enterarse de la desnutrición de sus hijos es la negación. El enojo y la tristeza son referidas por 4 participantes y por último una persona refiere susto y una más sorpresa.

TS08: “La reacción que tienen las madres, a veces ellas no muy aceptan porque dicen, empiezan a decir, lo que pasa es que a veces por antecedentes familiares que el niño es así, no todos los niños son gordos, no todos los niños crecen como los estándares que ustedes manejan, a veces dicen eso las señoras”.

TS06: “Se ponen tristes, sí. En una ocasión la mamá se puso a llorar, porque dijo que, qué voy hacer, cómo voy hacer para recuperar porque yo no tengo mucho dinero dice ella, verdad. Algunas, en ocasiones a veces se molestan porque dicen, hay no puede ser, si él come de todo, si él come bien, verdad, entonces cuando nosotros las entrevistamos y les preguntamos qué le da de comer pues es muy, muy poquito, muy escaso, normalmente dicen pues yo le doy güisquil o yo le doy fideítos, cositas así que no son nutritivas. Sí lo niegan, son pocas las que lo aceptan, muchas se ponen así como enojadas, ay no, si come bien, no creo yo dicen, o dicen no, si yo también fui muy delgada o el papá fue muy chiquito o algo así, con eso se defienden ellas”.

Los sentimientos que identifican los trabajadores de salud, van más enfocados hacia la negación o a poner excusas para evitar el diagnóstico. Perciben por otra parte que las madres mienten sobre la información que brindan, ya que al profundizar en la dieta que brindan a los niños, es escasa en cantidad y en alimentos. Hacen resaltar la relación con la genética familiar, al referir que otros miembros de la familia han sido iguales.

Las implicaciones que tiene la desnutrición, lo que se dice en las comunidades acerca de la desnutrición, genera diferentes sentimientos en las madres, los cuales expresan al personal de salud. Por un lado ellas expresan sentir tristeza y desesperación, sin embargo, los trabajadores pueden interpretar esos sentimientos como negación o enojo. El temor por lo que se sabe acerca del tratamiento, puede poner a las madres en una situación de nerviosismo o negación de la enfermedad.

Existe culpabilización de las madres en los comentarios de los trabajadores de salud. Al respecto Sridhar, D.⁴¹ menciona “El continuo énfasis puesto en cambiar las prácticas de cuidado de las madres se puede ver como parte del marco de la culpa: esencialmente, una madre es amonestada por los trabajadores de la salud si su hijo está desnutrido porque no hizo algo correctamente...Ya que la desnutrición es vista como prevenible, tienen que soportar el doble cobro de tener que hacer tanto trabajo público como doméstico, pero también enfrentan otro problema porque se les culpa de no tener ciertos atributos, como conocimiento o paciencia, para cuidar adecuadamente su niños... la mujer se clasifica como buena madre o mala madre, basado en el juicio moral del trabajador de la salud. En lugar de castigar a las madres, las intervenciones de desarrollo deberían protegerlas”

Ciertamente, el juicio a las madres se da desde diferentes actores de la sociedad. En líneas anteriores, también las opiniones de las comadronas tienden a culpabilizar a las madres por el cuidado de los hijos. Este ambiente hace que ellas se sientan culpables y responsables por la salud de sus hijos, además de lidiar con los otros problemas carenciales que existen en sus hogares.

Luego de analizar la historia clínica de la desnutrición se identifican barreras importantes. La primera de ellas es la diferencia en la percepción sobre las prácticas poblacionales de salud por parte de los trabajadores y las madres, la segunda barrera son las diferencias en las percepciones acerca de las causas de la desnutrición, la tercera barrera la constituyen las diferencias en modelos explicativos acerca del diagnóstico de desnutrición por parte de las madres y los trabajadores de salud. Estas barreras se mantienen en un contexto de culpabilidad hacia las madres y de invisibilización de la responsabilidad del Estado sobre las garantías del derecho a la salud de las personas.

Resalta como una oportunidad, la relación con otros prestadores de salud, especialmente terapeutas mayas, pues demuestran tener conocimientos sobre los principales signos clínicos de la desnutrición.

8.3 Barreras en el Tratamiento

En los siguientes párrafos se abordarán las principales barreras que aparecen durante el tratamiento de la desnutrición aguda en los servicios de salud. Para comprender las barreras durante el tratamiento, primero se indagó sobre las opciones disponibles, la información brindada por los servicios de salud acerca de los diferentes tratamientos y las percepciones acerca de estas opciones, tanto de los trabajadores como de las madres. Por último se identificaron las percepciones acerca de la recuperación de los niños, después de recibir el tratamiento brindado.

Primeramente se abordó acerca de quién es el responsable de brindar tratamiento al niño enfermo, a lo cual cinco madres indicaron que los primeros responsables son los padres, cinco más indicaron que son los servicios de salud los responsables, tres refirieron en primer lugar a Dios como obrador de la recuperación, a través de la acción de las instituciones o los médicos; una indicó que era el gobierno el responsable de brindar el tratamiento y una más también refirió que tras la decisión de los padres de dar tratamiento el curandero podía administrarlo.

M01:” Primero yo digo que una madre y un padre los primeros responsables por curarla y los del Centro de Salud, yo digo pues porque hasta el año pasado encontramos un poco de ayuda de alimentos, vino frijol, aceite, Maseca, incluso hasta hace 15 días me dieron otro poco, yo miro pues, que cuando cocino arroz a ella le gusta, el aceite como me dijeron que es bueno darle en sus atoles u otros alimentos, le doy 2 ó 3 veces a la semana, no siempre también, entonces yo siento eso una gran ayuda para mi familia y por eso pienso pues que ellos también son responsables como digo yo, ellos son parte del gobierno, son como los papás sobre nosotros. Más que todo en primer lugar está Dios padre, luego en segundo lugar los responsables sobre su tratamiento nosotros los padres y en tercero el gobierno por medio de sus ayudas”

Las madres se sienten responsables acerca del tratamiento de sus hijos, sin embargo, también aceptan la responsabilidad que tiene el Estado a través de sus programas. Es importante la referencia que hacen basadas en la fe, a través de la acción de Dios y también mencionan el apoyo de curanderos. Esto evidencia la convivencia de múltiples subsistemas de salud en los que las madres se apoyan. Una oración tiene un importante valor curativo para ellas, así como otro tipo de apoyo que puedan recibir para tratar de forma eficiente la enfermedad de sus hijos.

Sobre la ayuda gubernamental, las madres refirieron ser beneficiarias del programa de alimentos del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación, el cual consta de una ración calculada para tres meses de consumo familiar, la cual contiene: Harina de maíz nixtamalizado, arroz, avena, aceite, frijol e Incaparina líquida. Esta ayuda viene a subsanar en alguna manera la escasez de alimentos que sufren debido a sus condiciones económicas. La experiencia sobre la ayuda condicionada, ha tenido buenos resultados. En Brasil, el Programa Bolsa Familia se entrega a personas en condición de pobreza extrema y pobreza, condicionando a los beneficiarios a asumir compromisos en el área de salud, educación y asistencia social⁴². Aunque el programa no resuelve problemas estructurales y profundos de la pobreza, sí garantiza el derecho a la alimentación de los beneficiarios.

Acerca de las soluciones que ofrecieron en los servicios de salud para darle tratamiento a la desnutrición de los niños, cinco de ellas respondieron que les indicaron que debían brindar alimentos caseros, entre ellos, atoles, refacciones, verduras y carnes; cuatro indicaron que les ofrecieron el traslado al CRN. Una indicó que le recomendaron que diera vitaminas, una más indica que le dieron ATLC.

M10: “Sólo ese, ya le digo, esa medicina, esa manía que nos dieron en el Centro y que le diéramos su comida, que le diéramos su comida y sus refacciones, con tal que ella subiera de peso, pero ayuda, ayuda no recibíamos”.

M02: “Lo que me dijeron que traté de darle Incaparina, la nutricionista me dijo trate de darle Incaparina, que coma verduras, que coma pollo, que sí, que trate de cosas que lo

nutran, mejorar sus alimentos, eso fue lo que me dijeron, porque como me decía, por gusto le vamos a dar vitaminas y vitaminas y si usted no lo ayuda que él se alimente bien la vitamina no lo va a ayudar en nada, me decía ella, entonces la vitamina junto con la alimentación me decía ella”.

M03: “Nada, sólo me dijeron que lo lleve (al CRN) porque si no se muere y como algunas personas dicen que si uno no lo lleva vienen los policías y nos quitan a nuestros hijos, la verdad no recuerdo, no sé qué más”.

Las madres concuerdan en que la solución a la desnutrición de sus hijos se centraba en los cambios en la alimentación. Las madres asumen entonces la responsabilidad sobre el tratamiento, ya que son ellas quienes deben adquirirlos y aplicarlos. En el caso de la madre M10, no considera el ATLC como una ayuda importante en la recuperación de su hijo y le da más énfasis a las recomendaciones. El tratamiento forzoso también lo evidencia la madre M03 en quien utilizaron la intimidación para que asistiera al tratamiento hospitalario.

Al respecto de este tema Chary A. et. al.³⁴ comenta tras el análisis de datos respecto al tema de insuficiencias de atención médica y enfermedad infantil no tratada: “Nuestros datos corroboran fuertemente el fenómeno de "ser mal atendido" o mal comportamiento por proveedores de servicios de salud. Interpretamos tal malversación como una manifestación de violencia estructural y cotidiana, como las [pequeñas brutalidades] de reprensión los pacientes y negarles el cuidado surgen en las intersecciones de un sistema biomédico de escasos recursos, a menudo inaccesible y un legado de discriminación anti-indígena codificado en jerarquías de nivel nacional y local, de raza y clase. La falta de atención médica desincentiva a los cuidadores a buscar atención médica por miedo a ser regañados, falta de atención y gastos acumulados, reforzando aún más la normalización de enfermedad infantil y desnutrición” Esta desmotivación por el tratamiento de la desnutrición aguda, se fortalece al incluir amenazas de problemas legales para las familias, lo cual es un temor recurrente de las madres.

Los trabajadores de salud indicaron las opciones de tratamiento ofrecen a las madres. De acuerdo a la frecuencia con que los mencionaron son, en primer lugar el tratamiento con alimentos locales y consejería. En segundo lugar con la misma frecuencia el tratamiento con ATLC y la referencia al CRN. En tercer lugar la referencia a otros profesionales; esta respuesta la dieron principalmente trabajadores del Centro de Salud que cuentan en su servicio con Médico general y practicante de la licenciatura en Nutrición. Por último refirieron la ayuda alimentaria y la suplementación con micronutrientes, ambas con la misma frecuencia, como opciones de tratamiento.

TS07: “Primero ver en qué tipo de desnutrición está el niño, si es desnutrición moderada o severa. Si es moderada ofrecerle el ATLC, aunque igual hay guías también para enseñarle a la señora cómo hay que prepararle comida que de verdad le ayude al niño a que gane peso, ajá. Si es una desnutrición severa, igual si no tiene signos de peligro, por ejemplo Kwashiorkor, marasmo, entonces se puede tratar en la comunidad, pero si sí, hay que hacerle referencia de una vez, y si se le trata en la comunidad sería dar el ATLC como las normas lo indican y también orientar sobre recetas así nutritivas”.

TS02: “Pues mire, nosotros le ofrecemos también, empezando por el ATLC que es ley en el Ministerio, tenemos que tenerlo y explicarle, eso no es que nosotros le ofrezcamos, pero también le explicamos que hay alternativas después del ATLC, porque el ATLC lo que hace es recuperarlo en 15 días, digámoslo así, pero después qué va a comer, entonces uno le empieza a explicar y la otra alternativa es el CRN porque nosotros les ofrecemos el CRN, pero nosotros como que es una amenaza para ellos, porque nosotros le decimos, mire, quiere que su niño vaya a parar allá, pero a veces dicen las señoras, no, lo vamos a tratar nosotros; pero si no se puede de una vez para allá, si están con neumonía, diarrea, vómitos o algún otro problema, se manda al hospital”.

TS08: “Pues realmente, qué le digo, el ATLC, la consejería que es lo más importante, la consejería respecto al aprovechamiento de los alimentos que se tienen al alcance, verdad, definitivamente, el valor nutricional de los alimentos que es lo más importante, porque como le digo, no hace falta tener el dinero no tener muchos recursos sino conocer lo

que se tiene a la mano para poder alimentar a un niño y por supuesto detectar en determinado momento las posibles complicaciones. Pues definitivamente, si hay posibilidades económicas pues agregarle algún tipo de tratamiento vitamínico, tratamiento nutricional que le ayudaría a salir más rápidamente de su problema”.

Los trabajadores de salud reconocen el ATLC como parte del protocolo institucional, sin embargo, hacen siempre la salvedad sobre la consejería en alimentación, la cual consideran una opción más sostenible en el tiempo TS02: *“pero también le explicamos que hay alternativas después del ATLC, porque el ATLC lo que hace es recuperarlo en 15 días, digámoslo así, pero después qué va a comer”.* Respecto a la referencia al CRN, una vez más se hace evidente el modo de utilizarlo como una amenaza, una condición para que las madres procuren una pronta recuperación de sus hijos en casa. Sin embargo, utilizar el tratamiento hospitalario como una amenaza es contraproducente, ya que en el momento de ser realmente necesario, la actitud de las familias será de renuencia, ya que pareciera ser la opción de castigo, por no cumplir con las metas de peso que les proponen en el servicio de salud.

Tanto madres como trabajadores de salud indican diferente información sobre la oferta de tratamientos. Los trabajadores de salud indican que ofrecen el tratamiento con ATLC, mientras que las madres en su mayoría dicen que es el tratamiento con alimentos el que les ofrecen en el Centro de Salud, otro aspecto es que cada madre indicó que se le ofrece sólo una opción de tratamiento y no varias para escoger, mientras que los trabajadores refieren más de una opción.

Así también, dentro de los conocimientos émicos de las madres es probable que no se contemple el ATLC como un tratamiento válido para tratar la desnutrición, más sí lo es el tratamiento con alimentos. A quienes les ofrecieron tratamiento hospitalario, no le explicaron detalles de lo que ahí se hacía, incluso pueden sentir temor al respecto. Como lo mencionó el trabajador de salud, este tratamiento se utiliza muchas veces como amenaza a las madres.

Al final, el tratamiento que cada madre escogió para su hijo fue el siguiente. Seis de ellas respondieron que les indicaron que debían dar alimentos caseros a sus hijos, es decir las madres consideran que primeramente la autoatención fue el tratamiento a seguir para sus hijos, aunque hayan recibido tratamiento con ATLC. Tres indicaron que aceptaron el traslado al CRN, una indicó que ella no fue quien decidió pero su hijo ingresó al CRN y sólo una mencionó el tratamiento ambulatorio con ATLC como la opción a elegir.

M03: “No sé, lo que al final decidí es ir mejor al CRN allí eso se va a recuperar dije yo, por eso me lo llevé para allá”.

M04: “Mmmm pues lo que nosotros decidimos hacer es darle su vitamina para mantenerlo, ni modo de que lo íbamos a ver nada más para que se empeorara, no, por eso le compramos su alimento (vitaminas) para recuperarlo y ahora le damos para que no baje de peso y no caiga en desnutrición”.

M02: “Pues yo como le digo, he tratado de que él tome su atolito, porque le intentamos con mi esposo hacer todo lo posible por comprarle una su bolsita de leche haber si se lo toma pero él no recibió, entonces le traté de darle Incaparina o la vez pasada me regalaron esa Mi Comidita y yo le di, pero la nutricionista me dijo que no es recomendable darle en atol, es mejor darle en papilla, pero él en papilla no lo come, entonces intenté darle a la vez pero bien espeso, en forma de atol pero bien espeso, incaparina o moshito con lechita así le hemos tratado, verduras”.

M11: “Como le digo, no soy yo quien se dio cuenta, más que me lo quitaron (en el hospital), me dijeron que si me gustaba o no pero él se quedaba, entonces por eso, me dijeron que si yo quería quedarme o no, a saber que me fuera me dijeron y es duro también dejar a mi hijo, mejor decidí quedarme con él. Sí, le dieron su tratamiento por la desnutrición, no sé que es pero sí lo inyectaron, sí le dieron su suero y ahora ya pesa, ya tiene color, ya en poco tal vez camine y qué hago, que tal si no se cura y si sigue así, de todo piensa uno”.

La opción a elegir, pareciera ser la única que les brindaron a las madres, por un lado quienes decidieron ir al CRN lo hicieron en cierta medida por el temor a un problema mayor, mientras que quienes tuvieron la opción del tratamiento ambulatorio, lo asumieron como la forma de tratamiento. Además se evidencian otras rutas de búsqueda, en el caso de la madre M04 quien decidió comprar vitaminas para dar tratamiento. En el caso de la madre M02 hace evidente una vez más la poca pertinencia de los tratamientos brindados en el servicio de salud, en su caso el alimento complementario utilizado para la prevención de la desnutrición crónica. Como parte de la estrategia de prevención de la desnutrición crónica se brinda una mezcla vegetal, la cual debe ser administrada en forma de papilla, lo cual causa rechazo en los niños y las madres, en este caso, la decisión fue darle el alimento en forma de atol.

La desconfianza y los desencuentros entre el sistema biomédico de salud y las madres se ha evidenciado también en otros contextos. Portugal, T. et. al.³³ Reporta, sobre la entrega de suplementos en los servicios de salud, que a pesar que se consideran necesarios, las usuarias reportan constantemente, desagrado de los niños, vómitos, diarrea, además de desconfianza por no considerarlos productos naturales. Al igual que los tratamientos ofrecidos a las madres participantes, parece haber un importante desencuentro. La madre M11 indica no saber si quiera, qué es lo que administraron a su hijo durante el tratamiento en el CRN.

Sobre el tratamiento seleccionado por las seis madres, es importante mencionar que no consideran el ATLC como parte del tratamiento, sino los otros esfuerzos que realizaron para alcanzar la recuperación del niño. El Apéndice 1 muestra que tres de las madres que recibieron tratamiento con ATLC indican que los niños no lo consumieron, por lo que no lo toman en cuenta como parte del tratamiento efectivo. Aún las que refieren que sí consumieron el alimento no lo mencionan al preguntarles sobre las opciones de tratamiento que les ofrecieron y que eligieron. Consideran de más valor los cambios en la alimentación, suplementación con vitaminas y otros.

Esta información es validada por los trabajadores de salud, quienes refieren efectivamente, que el tratamiento ambulatorio es la opción que escogen todas las madres de niños con desnutrición aguda. Uno de los participantes dijo desconocer la elección de las madres porque no ofrece el tratamiento.

TS01: “Quedarse en la casa y comprometerse, muchos, muchos se comprometieron que si no, hubiéramos llenado el Centro de Recuperación, entonces, fijese que si, las madres se comprometen, ya viendo la problemática y sí se ha dado que una madre que sale de su comunidad que va a un Centro de Recuperación, la comunidad se asusta, ya tratan de ver que le dan”.

Esta respuesta evidencia una vez más el temor que muestran las madres al CRN y esta vez, lo hace extensivo a la comunidad. Las malas experiencias a nivel individual, pueden influenciar posteriormente la percepción de la comunidad completa hacia los servicios de salud, desmotivando la búsqueda de atención. Como indica Chary, A. et.al. la frase, “no me atendieron”, se hace recurrente entre las personas, refiriéndose a las dificultades que tienen para navegar en el sistema biomédico de salud.

Los trabajadores de salud indicaron sobre alguna opción de tratamiento que las madres deseen y que no se ofrece en el servicio de salud. Tres de los participantes indicaron que no han recibido alguna otra petición de las madres. Dos indicaron que las madres solicitan medicamentos o vitaminas. Una persona indicó que solicitaban leche u otro suplemento alimenticio y una más no respondió a la pregunta porque no ofrece tratamiento.

TS03: “mmmm bueno, en ese sentido y en mi experiencia, no ha habido alguna sugerencia de ellas. Sí porque son, ya sea que se les da plan educacional con la alimentación que debe llevar el bebé, aparte del tratamiento con medicamentos que uno le puede ofrecer, entonces, eso es lo que las madres aceptan y con eso se van y tendrían que aplicarlo, realizarlo, ajá”.

TS07: “ah bien, ellas lo que dicen es que uno les diera vitaminas, para que los niños subieran de peso, pero que no sea las chispitas, que fueran vitaminas tal vez inyectadas, pero nosotros les decimos eso no manejamos, tampoco se le puede dar a los niños. Es más efectivo porque tomado a veces los niños no quieren, cuesta más, para ellas es más fácil. ajá, si, así como este de Mi Comidita, eso se prepara así en papilla, los niños de 6 meses a menor de 2 años, igual hay gente que no, hay un porcentaje que dice que los niños no toleran, les digo yo, nosotros no, no nos dan esa opción pues de decirle a la nutricionista del Área que los niños no toleran, ellas dicen que los niños sí comen y todo, pero ya, ya viendo y trabajando en la comunidad ya es diferente, incluso aquí han venido señoras y no les... si gusta le firmo y le dejo el atol, yo no lo llevo, porque para qué me sirve llevar si mi hija no come...”

TS02: “pues ellas lo que más dicen que qué medicina le damos para que se cure en 8 días, ellas quiere algo que sea rápido, que nadie se dé cuenta, pero usted sabe que la desnutrición no es así de fácil, que la adquiera uno si es fácil porque va bajando rápido, así como la presión alta o la diabetes que son muertes silenciosas”.

Al tratar la desnutrición como una enfermedad y no como un problema de causas estructurales, se tiende a medicalizarlo⁴⁰. Por lo que las madres esperarían la solución a la enfermedad en una presentación tomada o inyectable, que tenga una dosis y un período establecido, tal como se manejan las otras enfermedades. Lo expresado por ellas se hace evidente en las declaraciones del personal de salud. Sobresale también el valor curativo que le dan a las vitaminas, ya que es una solución que piden las madres.

Sobre la percepción de mejoría durante el período de tratamiento, las once madres indicaron que sus hijos mejoraron con los tratamientos recibidos. Tres de las madres indicaron que aunque vieron mejoría, no fue total. Siete de las madres indicaron que vieron mejoras en el apetito de sus hijos; cinco indicaron que mejoró el estado de ánimo; cuatro de las madres indicaron que vieron mejoras en el aspecto físico de sus hijos y dos indicaron que vieron mejoras en el estado de salud.

M07: “Pues ya le digo, empezó a comer bien, toma sus atoles, come frutas”.

M09: “Ah fue bueno, porque yo miro que ya juega solo, corre solo, canta, baila solo, yo ya vi eso y antes nada de eso”.

M08: “es positivo, sí, todos los tratamientos que le dieron sí le cayó bien, porque gracias a Dios ahorita no le ha dado la diarrea desde que le dieron sus tratamientos, ahorita ya no siguió”.

Las madres indicaron diferentes mejorías en el estado de salud de sus hijos. A diferencia de los trabajadores de salud, ellas no evalúan estas mejoras en función al peso, sino a otras características como el apetito, el estado de ánimo y el estado general de salud. Como la madre M08, otras madres también toman en cuenta otros tratamientos brindados, además del ofrecido en el servicio de salud.

Sobre la percepción de mejoría en los trabajadores de salud, cinco de los participantes respondieron que los niños mejoran y tres de ellos indican que ocurren los tres casos, que mejoren, empeoren o sigan igual.

TS07: Fíjese que algunos mejoran, otros si empeoran porque cuando nosotros nos enteramos ya están en el CRN y a veces nosotros no nos enteramos llegan de emergencia allá y allí los hospitalizan y nosotros ni nos enteramos, hasta cuando la nutricionista de aquí pues va a visitar al CRN, pues ella trae los nombres ahí es donde se comparan, sí como le digo ahí si que de acuerdo al interés de cada madre si la mamá está interesada en que su niño se recupere pues ahí si que hace todo lo que nosotros le decimos la consejería, verdad y sí nosotros hemos tenido muchas experiencias y de algunos niños que vienen con bajo peso y cuando les damos la orientación ya a los 15 días o al mes ya vienen con buen peso, cuando solo los que están de bajo peso, entonces ahí, nosotras felicitamos a esas madres, porque se ve el esfuerzo que ha tenido y cuando les decimos, hay que bueno dicen ya, ya va mejor, verdad, en el caso de las madres de los desnutridos eh, como le digo hay unas que también se interesan, algunas que medio medio hacen las cosas.

TS08: "Pues realmente si hacen el tratamiento que uno les indica sí mejora. Sí hay muchos casos en los que realmente no se mira ninguna mejoría pero es por eso, porque no se hace lo que realmente uno les indica".

TS02: "Mmmm pues fijese que pasan de los 3, no les puedo decir que mejora, empeoran o siguen igual porque de los 3 diagnósticos pasan, porque hay niños que toleran bien el ATLC y mejoran rapidito y hay niños que no lo toleran y empiezan a bajar de peso porque empiezan con diarrea o lo vomita, entonces ellos no lo pueden comer por lo mismo. Yo considero que es la motivación de la mamá, porque a veces si nosotros se lo damos desconfiados y estamos dudando, ¿será que se va a curar?, es como que yo quiera ganar una lotería y no compre billetes de lotería o que me digan Señor ayúdame y yo no me ayudo".

Los trabajadores de salud se expresan en base a sus experiencias y sobre la mejoría durante el tratamiento refieren haber experimentado las tres situaciones, que el niño mejore, empeore o siga igual. Tienen en común que todos consideran un factor para el éxito del tratamiento, el interés de la madre, el hacer lo que ellos dicen, ahí reside la diferencia entre el éxito o fracaso del tratamiento. Sólo una persona habla acerca de la tolerancia del tratamiento con ATLC. La mala tolerancia del alimento, puede provocar incluso el efecto contrario de lo que se persigue con él, de acuerdo a la percepción de los entrevistados.

Sobre la percepción de efectividad de los tratamientos ofrecidos por el servicio de salud, siete respondieron que los tratamientos ofrecidos son efectivos y uno respondió que los tratamientos ofrecidos son inefectivos. Hacen énfasis en que es importante el compromiso de los padres para lograr la efectividad.

TS07: Para mí son efectivos, pero a veces las señoras, a veces dicen que les da diarrea, que les da vómito, entonces como que si empeora más al niño, eso es lo que ellas piensan a veces, que el tratamiento empeora, pero eso en el caso mío así como le digo, sí

son efectivos los tratamientos, porque he visto casos que han recuperado, pero sí hay señoras que dicen que es que el tratamiento da diarrea, le da vómito a los niños y después ya ni reciben la comida por darle eso.

TS06: “Es efectivo, el problema está cuando a veces dicen ellas, fijese seño que mi hijo ya se aburrió, ya no se lo quiere comer, ese es el problema, porque hay quienes en verdad lo han cumplido, ya a los 15 días ya viene con bonito peso o a los 8 días ya se nota, ya aumentó el niño media libra o 4 onzas, entonces ya se ve que sí se lo está comiendo, pero cuando viene igual es porque no, no se lo están dando, muchas veces porque la mamá no le dedica tiempo o muchas veces porque el niño dicen, ah ya no se lo come, ya no se lo come dicen”.

TS01: “(Pensativa unos segundos) ah, yo digo que quizá no son efectivos, no porque no sirvan, sino porque la gente no lo acepta, tal vez yo creo que, hasta incluso yo lo he pensado, tal vez aquí nos dan cosas que otra gente está acostumbrada a comer, pero aquí no, no es aceptado el tratamiento, porque también uno de los tratamientos si el niño estuviera enfermo es la amoxicilina, la vitamina A, que eso si no es rechazado, eso la gente se lo da fácilmente pero lo que es ese el alimento terapéutico, eso la gente no se lo da por nada. Fijese que según la experiencia que tuvo una compañera, ella lo expuso en una reunión, como la gente no quiere el ATLC así, entonces una señora lo puso a calentar en agua, lo puso a calentar y todo y como eso se derritió el niño bien feliz se lo tomaba, algo así como chocolate lo sentía de plano, dice la compañera que según su experiencia, que el niño subió de peso, porque se comía todo el ATLC que le correspondió y si recuperó de peso y rápido”.

Los trabajadores condicionan la efectividad del tratamiento al compromiso de las madres, es decir, no funciona por sí mismo, sino depende de los cambios que la madre realice con su hijo. Para el trabajador TS01 la poca pertinencia del tratamiento condiciona su efectividad. Le da al tratamiento la calidad de alimento y reconoce que no es un alimento que se consuma en la población, por lo que quizá en otros lugares sí sea efectivo. Pareciera ser que el discurso que se maneja acerca del ATLC en los servicios de salud,

tiende a ignorar a el grupo de niños, en los cuales el alimento no es afectivo. Se sabe de forma empírica que un grupo de niños, no va a consumir el alimento, sin embargo, esto no es una verdad no reconocida, en ese momento, la explicación consiste en culpabilizar a la madre sobre el problema.

Wilhem, K. indica que los principales factores condicionantes para la baja tasa de recuperación de niños usando ATLC se encuentran en el consumo del sobre completo al día, las madres tiran el sobre aún con alimento, las madres dieron el tratamiento a los demás integrantes de la familia, los niños tuvieron presencia de diarrea durante el tratamiento, los niños no consumieron el sobre de ATLC los 15 días de tratamiento establecidos los niños no aceptaron el tratamiento por el sabor, los niños tuvieron manifestaciones como diarrea, vómitos, erupciones cutáneas e infecciones respiratorias, por lo que sólo el 34.2% alcanzó la recuperación con el tratamiento.

La percepción sobre la recuperación de los niños varía entre las madres y los trabajadores de salud. Ellas no solo toman en cuenta el peso de los niños, sino consideran también el estado de ánimo, el apetito, los cambios en el estado de salud. Por lo tanto, aunque el niño no gane una cantidad de peso que le permita ubicarse dentro de los criterios biomédicos de normalidad, ellas así lo consideran.

Por otra parte los trabajadores de salud evalúan en función al peso del niño y los indicadores de la biomedicina, de no cumplir con los criterios descritos en los protocolos de atención pueden evaluar cómo los niños mejoran, empeoran o siguen igual. Todos los trabajadores indican que el tratamiento será efectivo si la madre tiene una buena actitud frente a él y cumple con todas las recomendaciones que se le indican. Colón, J.¹⁷ evaluó los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres y trabajadores de salud respecto al ATLC en el municipio de Tecpán Guatemala. El 67% de las madres tuvo actitudes favorables sobre el uso de ATLC en el tratamiento de la desnutrición aguda y el 61% tuvo prácticas adecuadas al brindar el ATLC, por lo tanto, un porcentaje importante de madres puede no tener adherencia al tratamiento por cuestiones actitudinales o de prácticas.

Tras el análisis de los aspectos más importantes del tratamiento se pueden identificar dos barreras importantes. La primera es la diferencia en la percepción de recuperación de los niños por las madres y los trabajadores de salud y la segunda barrera es el tratamiento ofrecido en los servicios de salud, el cual tiene poca aceptación, no se considera como un medicamento por parte de las madres, pero tampoco se reconoce como un alimento y presenta problemas de tolerancia en los niños. Estas barreras pueden interferir en la adherencia y continuidad del tratamiento y recuperación de los niños.

8.4 Barreras en la percepción de riesgo de la desnutrición

En esta sección se busca entender cuáles son las barreras en la percepción sobre las implicaciones de la desnutrición por parte de las madres y los trabajadores de salud, así como la percepción de lo que es mejor para darles durante el tratamiento a los niños que la padecen. La percepción de riesgo de la desnutrición es determinante en la adherencia al tratamiento y la urgencia por buscar soluciones para resolverla. Las diferencias en las percepciones de ambos grupos pueden generar barreras, que se describen al final de la sección.

Acerca de la gravedad de la desnutrición y las consecuencias que pudo haber tenido en sus hijos. Diez madres indicaron que consideraban que la desnutrición era una enfermedad grave. Las diez madres indicaron que de no tratarse la desnutrición podría llevar a la muerte del niño; y sólo una indicó que no consideraba la desnutrición como una enfermedad grave pues podía relacionarse con la herencia de los padres, tal como fue el caso de su esposo.

M06: “Yo incluso hasta pensé que se iba a morir pues, por lo mismo, porque la desnutrición es como que lo mata, como que lo chupa por dentro, es como que lo está absorbiendo, así como le decía que él se veía gordo y en sí no estaba gordo, entonces la desnutrición es como que fuera un gusano que lo está comiendo por dentro y lo está acabando todo poco a poco, poco a poco y en eso a él le da una infección en el estómago o alguna enfermedad en el estómago, o vómitos, en eso el nene no puede aguantar, se puede morir en una de esas, verdad, porque no tiene sus defensas y eso era a lo que yo le

tenía miedo pues con él porque yo decía, si a él le da una infección o algo eso se me muere porque no va aguantar”.

M03: “Sí yo digo que sí, bueno no sé lo que pasa, yo digo que en parte de por sí él es así, porque cuando mi esposo creció era muy delgado, un hombre muy pequeño, pero ahora es gordo. Cuando pequeño mi suegra pensaron que nunca iba a crecer, que era pequeñito pero no, con el tiempo creció y engordó, por eso pienso que en parte le heredó a mi esposo y no pensaba nada mi esposo dice mi suegra”.

M08: “Ah sí, porque así como le decía hace ratos, uno los puede perder de una vez con eso si uno no los trata con cuidado, no los asea donde ellos deben de estar”.

Las madres expresaron que la desnutrición fue una enfermedad grave, con la muerte como última consecuencia, lo que se relaciona con los sentimientos de preocupación y tristeza que expresaron al enterarse de la enfermedad. El riesgo de muerte no fue un riesgo lejano, sino que las madres percibieron que fue un riesgo real como lo indica la madre M06 *“Yo incluso hasta pensé que se iba a morir pues”.* Reconoce también que son las enfermedades producto de la inmunodeficiencia las que pueden provocar la muerte en los niños. Sólo una de las madres reconoce que la herencia pudo influir en el estado de su hijo, relacionándolo con la infancia de su esposo. De acuerdo a la literatura, los niños desnutridos son extremadamente susceptibles a enfermedades mortales como el sarampión, la malaria, la diarrea y la neumonía. Por consiguiente, el riesgo de muerte es una de las consecuencias más inmediatas y alarmantes de la desnutrición aguda en los niños⁵.

Para Portugal y colegas³³ *“en paralelo a los controles oficiales, las mujeres y hombres entrevistados siguen los patrones que han usado anteriormente sus familias para observar el bienestar de sus niños. Estos indicadores de bienestar están asociados a signos de maduración y desarrollo, es decir, a signos positivos del crecimiento de sus niños, y no a la ausencia de un peso o tamaño adecuados”.* Tal como lo refieren las madres

cuando describen a un niño sano, da muestras de energía, tiene buen semblante y no padece de enfermedades frecuentes.

Ambos patrones de bienestar conviven en paralelo y como indica Portugal, emergen en distinto contextos, pudiendo entrar en tensión en algunos momentos clave. “Cuando las madres no han podido superar la línea de peso y talla adecuados para sus niños, y luego de haber hecho todos sus esfuerzos, se suele tener explicaciones alternativas a lo que desde fuera generalmente se califica como una [alimentación incorrecta] o una [falta de cuidado]. Las mediciones, entonces, pierden legitimidad y le dan más importancia a una visión local de niño sano”³³. Tal es el caso de la relación con la herencia o la negación acerca de los posibles problemas de aprendizaje.

Acerca de las consecuencias que les dijeron a las madres que tenía la desnutrición en sus hijos. Una de ellas indicó la muerte del niño; una indicó problemas de aprendizaje. Cuatro indicaron que no les explicaron cuáles eran las consecuencias de la desnutrición, cuatro de ellas indicaron que no recordaban y una indicó que no sabía.

M06: “Lo que a mí me dijeron que podía tener una consecuencia por ejemplo cuando él empiece a estudiar que no vaya a aprender bien, pero yo miro en mi bebé que yo le digo algo y él me entiende y yo lo pongo a pintar y me raya ya, yo lo pongo hacer cosas y lo hace, entonces yo le digo, no creo que sea una consecuencia en él porque yo lo miro a el pequeño pero muy inteligente, o sea usted lo mira a él chiquito pero ya piensa a la edad que tiene, entonces eso a mí me tranquiliza”.

M11: “Me dijeron pues que si yo no lo trato cada vez para atrás va y va más para atrás y a saber qué más le va a pasar y se hincha hasta que se convierte en otra desnutrición me dijeron y si uno no puede curarlo pues es la muerte final, sin tratamiento pero a él lo trataron, le dieron su vitamina, lo inyectaron, eso le ayudó”.

M03: “No me contaron nada en el Puesto de Salud ni nadie”.

Las madres no tienen claro lo que otras personas les dijeron acerca de la desnutrición. Al parecer, las consecuencias de la desnutrición no son parte importante del plan educacional durante el tratamiento de la desnutrición aguda, por lo que las madres no saben o no recuerdan. La desconfianza en lo que dicen los trabajadores de salud acerca de la desnutrición también es evidente. Las madres ven el desarrollo de sus hijos y las mejoras después del tratamiento y consideran que no existen consecuencias a largo plazo, especialmente en el desarrollo cognitivo de los niños.

Acerca de los problemas o complicaciones asociados a la desnutrición que más presentan los niños, el total los trabajadores de salud respondieron que las infecciones. Siete indicaron que un problema es la muerte, aunque indican que son pocos los casos de mortalidad que ocurren en el año. Tres indicaron que una complicación era el retardo de crecimiento. Dos indicaron problemas legales y uno problemas familiares.

TS08: “Definitivamente si no se trata, es la muerte (risa), definitivamente le digo yo porque no tratamos un caso de desnutrición aguda el niño se nos muere. Las infecciones verdad, son sus defensas que están realmente bajas, cualquier infección lo ataca y el niño fallece. Cuando hay desnutrición no tratada, definitivamente el riesgo que se corre es grande, por eso es que la desnutrición en sí no va a ser la causa de la muerte sino una infección”.

TS07: “A veces les da diarrea, vómitos. Un niño murió, pero ese niño nunca se recuperó y... igual nunca recibió tratamiento porque era para referencia, igual aunque le demos tratamiento, pero según el protocolo no ameritaba tratamiento así como ambulatorio, en la comunidad, sino que necesitaba tratamiento hospitalario, pero lo que pasó es que la mamá y el papá no creían en la desnutrición, ellos siempre nos dijeron que el niño está asustado, que el niño le han hecho mal, por eso es que está así. Nunca ellos, nunca pensaron que el niño estuviera desnutrido”

Los trabajadores reconocen que la muerte, como consecuencia de las infecciones frecuentes, es una de las últimas consecuencias de la desnutrición. La experiencia que han

tenido en el seguimiento de los casos les permite identificar los principales problemas relacionados con la desnutrición. Sin embargo, no reconocen la muerte como una consecuencia recurrente de los niños que la padecen. Una vez más se hace evidente la desconfianza entre los usuarios y los trabajadores de salud, al mencionar el caso de un niño cuyo diagnóstico estaba relacionado a enfermedades del sistema de salud maya. Como lo comentó TS07, a pesar que hubo intervención del servicio de salud como representación del sistema biomédico, éste no tuvo credibilidad por parte de la familia, quienes atribuyeron los signos y síntomas a otra enfermedad del sistema maya de salud. En este sentido, una vez más se hace importante la labor de los terapeutas tradicionales, para generar lazos de confianza que permitan la referencia de los casos que salen de su alcance.

La percepción de las consecuencias relacionadas a la desnutrición varía entre ambos grupos, por su lado las madres tienen mucha claridad sobre la gravedad de la enfermedad y ven la muerte como la peor consecuencia de la desnutrición. Lo vivido por generaciones en las familias y las comunidades acerca a las madres a la realidad de la desnutrición, sus características socioeconómicas y las de su entorno las hacen más vulnerables y conscientes de la realidad que viven.

Por otro lado, los trabajadores de salud probablemente estén más alejados de esa realidad, debido a mejores condiciones de vida, por lo que para ellos los problemas y consecuencias de la desnutrición son más difíciles de visualizar y más aún si en sus jurisdicciones no han sucedido problemas parecidos. Además al incorporarse al servicio del MSPAS, deben atender múltiples programas, lo que puede dificultar la comprensión del problema de la desnutrición y todas sus implicaciones.

La principal barrera identificada sobre la percepción de riesgo de la desnutrición, consiste en las diferencias sobre la gravedad de la misma entre las madres y los trabajadores de salud. Si la madre o la familia no están conscientes de los riesgos de la desnutrición, pueden mostrar desinterés por el tratamiento. Por parte de los trabajadores de salud, si se desconocen los riesgos de la desnutrición, pueden dedicar menos tiempo a la

búsqueda, tratamiento y seguimiento de los casos. A pesar de que las madres entienden que la muerte es la principal consecuencia de la desnutrición, las construcciones éticas en base a lo que les han hablado en los servicios de salud disminuye la gravedad de la enfermedad y genera desconfianza cuando ellas ven en sus hijos el efecto contrario de lo que les indicaron.

8.4 Barreras por las experiencias en los servicios de salud

En esta sección se identificaron las barreras que se generan por las experiencias en los servicios de salud durante el proceso de tratamiento de la desnutrición. Así también, las experiencias de los trabajadores de salud en relación a la constancia de las madres antes, durante y después del tratamiento. Se resumen las principales barreras al final de la sección.

Acerca de lo más difícil de recibir tratamiento en el Centro de Salud o CRN, la tabla ocho resume las respuestas de las madres.

Tabla 8. Principales dificultades para las madres de recibir el tratamiento de la desnutrición aguda

Dificultad	Frecuencia
Economía	8
Responsabilidades familiares	7
Tiempo de tratamiento	6
No entender el idioma	3
Peleas con el cónyuge	1

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

En su mayoría consideraron la economía como una dificultad durante el tratamiento, seguido de las responsabilidades familiares, el tiempo de tratamiento, también se mencionó el no entender el idioma y una madre refirió peleas con el cónyuge. En su mayoría las respuestas son de carácter personal, más que referente a la institución. Estas limitantes no se consideran en los servicios de salud, pues cada caso tiene características diferentes y se ve afectado por diferentes situaciones de vida. Estas limitantes pueden interferir en la decisión de continuar o abandonar el tratamiento, sin embargo, no son consideradas en el proceso de recuperación del niño, por lo que se asume, que si el tratamiento no tuvo éxito fue por desinterés de la madre. Ignorar las dificultades económicas, familiares, médicas y sociales que afectan a las familias de niños con desnutrición aguda es una forma de materializar la violencia estructural existente en el sistema biomédico de salud.

M01: “El dinero, porque cabal en esa época no teníamos nada y teníamos que comprar leche Nutrilón y eso vale como Q100.00 más el gasto en la casa, el maíz lo comprábamos y los niños en la escuela, ay no, eso fue duro económicamente y más que los otros hermanos de ella me decían, por qué sólo a ella le compran cosas y a nosotros no y ese punto para todos es muy difícil porque sacrificamos a toda la familia y sí, eso me afectó porque mis responsabilidades en mi hogar yo medio las hacía por dedicarle a ella, no había quién los cuidara a ellos, mientras yo allá abajo para sus controles, todo caso darles tortillas calientes, comida, pero eso yo no pude. Gracias a Dios yo la pude tratar aquí en la casa pero igual yo la miraba a ella o salía por lo mismo y a cada poco tenía que ir al CRN y sí me lo advirtieron, si su niña no va a subir de peso, eso sí lo sentimos, tenés que estar aquí me dijo la pediatra del CRN, por eso procuré, hice como una enfermera con ella. Y sí, todo el tiempo fue muy largo para mí, muy difícil pero así tenía que hacerlo”.

M06: “Para mí lo más duro tal vez fue dejar a mis otros hijos, dejar a mis otros hijos y estar sola allá, sin conocer a nadie y ver a mi hijo así en ese proceso que le inyectaban, que él lloraba, hasta yo lloraba con él porque me dolía a mí verlo que lo pinchaban y todo eso”.

M09: “el tiempo sí, eso sí porque es mucho tiempo en el que llevamos con su tratamiento, desde con la señora. Peleas o enojos (con el esposo), a veces iniciamos con las cosas de la cocina... mmmm lo que pasa es que a veces exigen su comida y yo dónde voy a traer si no tengo dinero y así, por eso empezamos”.

M05: “Las explicaciones, eso sí lo sentí difícil, porque yo no puedo hablar en castilla y eso fue muy difícil, más cuando tenía que pasar con el doctor, el ladino, yo tenía que hablarle en kaqchikel pero él no podía y vaya que la enfermera sí podía pues si le hablaba en kaqchikel pero con el doctor no y como con él era la consulta yo no le entendía, no lo escuchaba”.

Las principales barreras que expresan las madres conllevan importantes implicaciones familiares, abandono de los hijos, de los esposos y de los quehaceres del hogar. Refieren también en el tratamiento hospitalario las dificultades en el tratamiento de los niños. Se hace evidente también una barrera cultural, relacionada con el idioma, la madre acepta que fue un alivio para ella que la enfermera si dominara el idioma kaqchikel, sin embargo, la incorporación de personal de fuera de la comunidad genera tensión entre los usuarios.

Para Portugal³³ condicionantes como las limitaciones en el idioma “menguan la confianza que la población usuaria tiene hacia su centro de salud, lo que conlleva que, en diversas ocasiones, asistir al establecimiento de salud sea la última alternativa de tratamiento cuando se tiene una enfermedad”. Sobre las implicaciones familiares, es importante mencionar que en las familias mayas no sólo la madre tiene participación en las decisiones sobre la salud de sus hijos. De acuerdo a las investigaciones de Wehr y colegas³⁶ tienen participación en las decisiones de salud de los niños, la madre, el padre y la abuela paterna, por lo que las discordancias con cualquiera de ellos, puede ser también motivo de conflicto en el hogar. A la vez, las madres que ingresan con sus hijos al CRN viven de forma más intensa estas implicaciones, porque en su ausencia, sus otros hijos quedan sin cuidado y se abandona el hogar por un período largo de tiempo.

Para las madres tanto con tratamiento ambulatorio como el tratamiento hospitalario, tiene importantes implicaciones económicas. La inversión económica que representa para las familias el tratar a los niños enfermos causa que a veces éste se abandone. Aunque los tratamientos brindados por el Ministerio de Salud no tienen costo, se evidencia que los gastos económicos los realizan en las diferentes rutas de búsqueda, alimentos, fórmulas y movilización.

Sobre el trato que les dieron a las madres en los servicios de salud al momento de la detección, diez de ellas indicaron que las trataron bien, sin embargo, una de ellas indicó que aunque la auxiliar de enfermería siempre la trataba bien, sí recibió mal trato de un estudiante en prácticas de medicina; una indicó que recibió un llamado de atención.

M03: “De buena manera me dijeron siento yo que me lo dijeron con paciencia, me dijo la enfermera del Puesto que mejor llevate a tu hijo porque se puede morir, igual en el CRN me trataron bien al llegar, la licenciada de allí es muy amable, que cuando llegué al CRN de inmediato arregló mis papeles para ingresar allí”.

M04: “yo siempre fui al Puesto de Salud, gracias a Dios muchas veces le dije a la seño “te agradezco mucho seño por tu buen carácter con nosotros, yo no sé si con todas hacés así pero conmigo pues me has apoyado mucho” le dije. Me dijo un doctor,(piensa unos segundos) saber qué es lo que pasa, es que aquí cambian a cada rato a los médicos y ese día cabal había un médico algo jovencito todavía y él me dijo “ah tu bebé no se va a morir hoy, podés traerlo otro día” me dijo y como había mucha gente; tal vez por eso me dijo así. Yo pues me sentí mal porque como la seño nunca me había tratado así y el doctor así me respondió, si pues, a mí sí que me dolió y yo dije también; por qué pues, es que hoy no vino la seño y yo hasta le dije “doctor, ¿hoy no vino la seño Emilia?” y él me respondió “ah no, sálgase” y así me contestó. Entonces así quedó, cuando llegué a la casa le conté todo a mi esposo y él me dijo que por qué no me defendí, que le dijera “¿Por qué no me atiende doctor, si a usted por eso le pagan?” dice, mejor le hubieras regañado un poco, ahora que se quede así pues, llevémoslo a curar me dijo mi esposo y como aquí también hay quien cure”.

M11: “No, si pues algo nos regañó la doctora, dijo que por qué hasta ahorita lo trajimos dice, pero como yo le dije, no es primera vez ya lo llevé, ya lo llevé y al hospital ya también varias vueltas en el hospital y la doctora no decía nada, también si no era la primera vez y como lo otro es que yo digo que no todos los doctores son iguales, no todos son responsables, así como ella pues lo vio y me dijo que sí quiero o no quiero es mi problema y Dios conmigo y si te vas me dejas a tu hijo y te vas, pero cómo lo iba a dejar, así tenía que ser”.

Las madres en su mayoría refirieron buenos tratos en los servicios de salud. La identificación con el personal de la localidad es importante para tener una buena relación. Así también hablar el idioma local es un factor positivo para lograr la recuperación de los niños. Fue evidente en el único caso de maltrato que el insertar personal ajeno a la cultura local, causa conflicto e incomprensión en ambos grupos y es motivo para que las madres se sientan maltratadas³³. Esta forma de discriminación es parte de los motivos por los que las usuarias deciden no acudir a los servicios de salud o los dejan como una última alternativa, tal como lo mencionó la madre M04.

Sobre el trato que recibieron durante el tratamiento del niño, por parte del personal de salud, otras madres o personas involucradas en el tratamiento del niño. Las once madres indicaron que fueron bien tratadas por el personal de salud, tanto en el tratamiento ambulatorio como en el tratamiento en CRN. De tres madres ingresadas al CRN, dos dijeron haber sido bien tratadas por las madres y una indicó que no recibió buenos tratos de las otras madres.

M06: “Ahí en el CRN sí era otro nivel, porque las enfermeras todas, yo miraba pues que no tenían eh como que preferidas sino a todos los niños los trataban igual, los pesaban con cariño, les quitan... las patojas a mi me asombraban son patojas pues, yo creo que no son mamás algunas, con cariño les quitan la ropa, los pesan, les hablan, entonces uno hasta se siente bien ahí verdad con esa clase de personal, entonces en el CRN sí fue todo lo contrario, porque ahí casi que un día sí y un día no los pesaban pero ni aún así ellas,

ellas eran bien activas, bien amables con los niños, yo nunca vi que trataran mal a mi hijo y tampoco a nadie, entonces eso, en el CRN sí tratan bien, lo único era que como uno se junta ahí con otras personas eso era lo que no muy verdad. Yo sí me quejaba porque como le digo verdad, ahí a veces hay señoras que no usan pañal desechable, sólo de tela y lo juntan ahí debajo de la cuna y bajo la cuna y bajo la cuna y no lo sacan y eso agarra mal olor inunda”.

M01: “En el CRN me animaron mucho, las enfermeras cada vez que yo llegaba me decían, luce doña Güicha y miramos que usted está haciendo un buen esfuerzo en su peso, se mira, ellas me apoyaron mucho y me atendieron muy bien. Con las madres no tuve problemas, porque como no estaba allí permanentemente, sólo en algunas ocasiones conversábamos y yo las miraba como lloraban y ellas me contaban cosas, me decían que aquí (en el CRN) como les dan pacha a los niños a cada rato, al final se empachan, así se quejaban conmigo y yo me compadecía de ellas. Pero a mí las enfermeras me trataron muy bien”.

M09: “No, todo bien me trataron siempre (en el Centro de Salud)”.

M08: “Eh, bien, porque ahí le daban de comer a uno (CRN), le dan las cosas a uno, sí, las enfermeras pues me trataron bien ahí. Hay madres que sí nos llevábamos bien con ellas y hay otras que no porque hay una que se enamoró pues del muchacho que hacía la limpieza y él muchacho platicaba conmigo... entonces ellas se enojaban porque pensaban que yo andaba con el otro y así (risas), por eso era que nos molestábamos con ellas allá”.

Las madres expresaron sentirse bien tratadas por el personal de salud, aún en el ambiente hospitalario que ha sido considerado más difícil de sobrellevar, el trato del personal permite hacer más llevadero el tiempo de estancia en la institución. Sin embargo, si expresan discordancias con otras madres hospitalizadas junto a sus hijos. También en el los servicios ambulatorios refieren buenos tratos del personal.

Una vez más se valida la pregunta anterior, donde las madres no tuvieron problemas con el personal de salud local, sin embargo, las madres que recibieron tratamiento en el CRN indicaron que tuvieron discrepancias con las madres, en ese ambiente conviven madres de características diferentes, poblaciones y costumbres diferentes, eso, aunado al período largo que deben pasar internadas y la situación de estrés que están viviendo, puede causar situaciones que tensen el ambiente en ocasiones, a pesar de ello, no refieren incidentes mayores.

Sobre el tema de comprensión de las explicaciones que les daban en el centro de salud u hospital y qué era lo más difícil de comprender. Nueve madres indicaron que sí comprendían todas las explicaciones que les brindaban y si tenían dudas las preguntaban hasta comprender totalmente. Dos madres indicaron que no comprendían, una de ellas debido al idioma; la otra es la madre M03 que como indica en la cita textual, tiene dificultades para entender, sin importar el idioma en que le expliquen.

M03: “Algunas cosas entendía, pero muchas veces no, yo nunca pregunté, no sé por qué nunca pregunté, más es porque me daba pena, por eso me quedé con duda. Aunque en Kaqchikel tal vez no los hubiese entendido digo, es que no comprendía las palabras, no lo sé, no se me quedaba en mi cabeza”.

M08: “como hay enfermeras que ellas hablan en kaqchikel y así me hablaban y yo no les escuchaba qué era lo que ellos me decían entonces me quedaba así nada más porque no le escuchaba qué era lo que me decía”.

M01: “Todas sus explicaciones las entendía muy bien, hasta incluso algo que no entiendo bien yo les pregunto otra vez, así como lo hago con usted ahora, para que me aclaren y no quedarme con dudas. No hay nada que yo considere difícil de entender, porque como le digo, yo preguntaba siempre”.

M02: “Si yo tenía una duda preguntaba, no me quedaba con la duda, por ejemplo, le podemos dar esto, sí está bien decía ella”.

Las construcciones éticas de las madres están influenciadas por el grado de comprensión que tengan sobre lo que les han dicho de la enfermedad. El no hablar el mismo idioma como se indicó en líneas anteriores es una barrera real del tratamiento de los niños desnutridos, sin embargo, la barrera de idioma fue referida sólo por tres madres. A pesar que las madres tienen baja escolaridad, en su mayoría refieren comprender las explicaciones que les brindaron en los servicios de salud, resolviendo sus dudas si era necesario, lo que demuestra una importante relación de confianza con el personal de salud, éste también es un factor positivo en el tratamiento y recuperación de los niños con desnutrición. La importancia que el personal sea de la localidad vuelve a retomar importancia, pues esta resolución de dudas puede hacerse en idioma kaqchikel.

Acerca de la asistencia de las madres a los servicios de salud antes de ser detectadas, cinco de los trabajadores de salud indicaron que sólo algunas madres llegaban antes al servicio. Dos indicaron que las madres no asistían antes de recibir el diagnóstico de desnutrición de los niños y una persona indicó que las madres sí asistían antes de recibir el diagnóstico de desnutrición de sus hijos.

TS05: “No, hay quienes no vienen a sus controles, póngale de sus controles así de peso y talla, hay unas que sí y otras que no, porque a veces por la distancia, o a veces se van a otros lugares (migran), ya después vienen, regresan o a veces solo alquilan y así, pero sí, no todas”.

En sus respuestas los trabajadores de salud refieren diferentes motivos por los que las madres no asisten a sus controles de peso y talla, los cuales antes del primer año deben ser mensuales; entre el primer y tercer año cuatrimestrales y de los tres a cinco años, semestrales²⁹. El monitoreo de crecimiento forma parte de la vigilancia epidemiológica de la desnutrición. A pesar que el municipio no tiene alta actividad de migración, los trabajadores refieren otras causas como el alquiler de vivienda que hace que las madres se muden de un área a otra, lo que provoca la pérdida de seguimiento de los niños.

Acerca de la asistencia de las madres a los servicios de salud durante el tratamiento de la desnutrición aguda, cuatro de los trabajadores de los servicios de salud indicaron que las madres sí asisten a control. Tres indicaron que sólo algunas asisten a control durante el tratamiento y una persona indicó que no asisten a control durante el tratamiento.

TS01: “Algunas sí y la mayoría ya hay que ir las a buscar Porque se quieren alejar y porque se acomodan como le decía, y también ya saben que ella va a venir, las van a ir a buscar, para eso les pagan, muchas tienen esa expresión y como también en el Centro de Recuperación el mismo personal les ha de decir, ahí hay una encargada tiene obligación de ir las a ver, de ir a buscar al niño, pienso yo cosa que no debería de ser sino que hay un personal que las espera en el servicio, para mí eso es lo mejor, anteriormente que es mejor tratarlos en el servicio por muchas razones, verdad, entonces yo pienso que esas dos razones que le dicen también el mismo personal o la misma familia, que vengan, porque como también la gente quiere esconder que hay un problema de desnutrición. Hay temor, porque como si el niño recae se va tener que ir al hospital, después al Centro de Recuperación y como llegamos al extremo de decir que hay derechos del niño y que por derechos del niño se lo pueden quitar, verdad, y que es real, eso es cierto, no por querer intimidar, ese no es el objetivo, pero es mejor la verdad, porque si sucede así va ser”.

TS05: “Asisten, sí asisten, ahí si responden bien y irles a hacer su visita domiciliaria cuando no pueden ellas, entonces estamos aquí al pendiente.”

La percepción de algunos trabajadores de salud es que las madres consideran como una obligación el seguimiento de sus hijos por parte del servicio de salud, por lo que no asisten a sus controles, sino esperan la visita domiciliaria. Existe también mala comunicación entre el Centro y los puestos de salud y el CRN, en líneas superiores indicaban que no se enteraban del momento en que las madres ingresaban al CRN y ahora como refiere TS01 *“también en el Centro de Recuperación el mismo personal les ha de decir, ahí hay una encargada tiene obligación de ir las a ver”* Lo que evidencia un inadecuado sistema de referencia y contrareferencia entre niveles de atención.

Respecto a la asistencia de las madres a los servicios de salud después del tratamiento de la desnutrición, cuatro personas respondieron que sí asisten. Tres indicaron que algunas madres regresaban y una indicó que no volvían a sus controles después del tratamiento, por lo que el comportamiento es repetitivo tanto durante como después del tratamiento.

TS07: “Depende de la edad del niño, incluso los niños que caen en desnutrición, aunque estén recuperados, siempre se... no importa la edad, siempre se reporta cada mes, cada mes cómo va la evolución del niño, para ver si no vuelve a caer otra vez en desnutrición, entonces ahí si no importa la edad, por ejemplo esos tres, 2 niños que hemos detectado este año, ahorita ya están recuperados, pero a cada mes cuando nosotros entregamos informe, siempre los pesamos y los tallamos y reportamos al Centro de Salud con el técnico que cómo va el niño, hasta de aquí, de la fecha que se recuperó hasta diciembre pues, ya sería el otro año ya no lo tomaríamos”.

La percepción de los trabajadores es variada y basada en su experiencia, como parte de sus informes mensuales indican que deben reportar el seguimiento de los niños, durante el año en el que son detectados, lo que significa que deben buscar los casos aún si no asisten a los servicios de salud. El tratamiento es constante durante un año, posterior a eso, si el niño se recupera, pasa a formar parte del monitoreo que se le brinda a los niños sanos, de acuerdo a su edad.

Acerca de los motivos para que las madres no asistan al servicio de salud a los controles del niño antes, durante y después del tratamiento, seis participantes indicaron que el tiempo era un factor importante; tanto el tiempo de espera como la falta de tiempo de las madres para asistir a los servicios de salud. En segundo lugar, responden que las madres no lo consideran necesario; tanto por no identificar la importancia del monitoreo de crecimiento y porque ya no hay nada que darle al niño recuperado. Tres personas indicaron que también hay temor de los padres a que el niño recaiga y sea referido a otro servicio como el hospital o el CRN y una persona indicó que puede haber desacuerdo de los

familiares, especialmente los suegros ya que considera que tienen influencia en la toma de decisiones de la familia.

TS01: “Después del tratamiento si el niño mejoró dicen que ya no hay necesidad que para qué, que ya no, o también, pienso también que porque en el servicio de salud tiene que esperar, es cierto que esos niños están priorizados, pero también si hay mucha gente y yo paso primero a esta persona hay conflicto, por experiencia verdad... pero en estos casos la madre dice si el niño ya se recuperó, ya lo estoy cuidando, le estoy dando lo que me dicen y todavía llevo a perder tiempo, porque la madre siente que es perder tiempo esperar su turno, verdad... Pero una de las razones por las que uno ya no regresa es eso, que hay que esperar su turno y porque ya no lo ven como necesario y uno “señora por qué ya no llegó, doña Mary por qué ya no llegó, si yo le dije tal día y ya no llegó”, “ay no mire pues si cuando llevo hay mucha gente y usted me atiende hasta que termina”, verdad, si llegó al número 8 le va a tocar el número 9, verdad, entonces yo “mire si no la puedo pasar”, “bien si solo es rápido”, pero como no es así también yo no puedo agarrar al niño y pesarlo y lo pesé adiós váyase ya, no se puede, no se debe, porque al final uno les tiene que dar la plática, si está bien, si mejoró, mire la felicito, ahora continuemos así o ella me cuenta otra cosa, fíjese que ahora le hice así, quiera o no le voy a dar el tiempo, entonces cada quien tiene su tiempo. Otra es porque ya no hay nada que darles, como me decía un padre de familia, mire usted nosotros venimos y venimos y no nos dan nada, yo solo sé si creció, si creció y de ahí nada, eso es, para mí que suficiente, si ellos son los obligados a darle lo que necesita, a darle de comer a sus niños, pero pienso yo que la gente que lo detectó con desnutrición, ahora está obligado a darle de comer, así piensa la gente. También tienen miedo, más que los puedan llevar a otro lugar”.

TS02: “Yo digo que más por miedo que uno les vaya a decir de su niño de que uno les diga otra vez que sigue, que está desnutrido y que les tiene que seguir dando tratamiento y los va a mandar a un hospital o los va a mandar al CRN, porque hay familias que si vienen pero es más cuando tiene el apoyo de la pareja verdad, pero a veces la esposa quiere y esposo no quiere por el machismo, porque aquí hay mucho machismo... porque aquí hasta la suegra y el suegro se meten”.

TS06: “Uno porque ellas dicen que es pérdida de tiempo verdad, que tienen que dedicarse a veces si tienen o tienen negocio o hacen su tejido, verdad, o tienen otros niño, a veces es por eso dicen ellas, ya perdí mucho tiempo, algunas sí siguen viniendo, interesadas siempre que su niño se recuperó y siempre siguen viniendo a sus controles”.

Las declaraciones de los trabajadores de salud brindan información importante acerca de la percepción que tienen de las madres y los motivos por los que no asisten a los servicios de salud, resaltando varios temas importantes. El principal factor que los trabajadores indican para el no cumplimiento de los controles, es el tiempo. Sin duda, las madres son el centro de las intervenciones en el tratamiento de la desnutrición aguda, ella es quien debe asistir a los controles, brindar tratamiento, cambiar hábitos en el hogar, asistir a reuniones o citaciones que se realicen del servicio de salud u otras instituciones³³. Esto desestima la responsabilidad que tiene toda la familia sobre el cuidado de los niños.

Estas diferencias en la carga que se le asigna a cada género, tienen raíces culturales, en las que se asume que la encargada del cuidado de los niños y el hogar es la madre, mientras el padre cumple un rol de proveedor³⁶. A pesar de ello, no se le asigna autoridad para tomar decisiones sola, además, constantemente se invisibiliza la carga de trabajo y el aporte que éste tiene para las familias³⁶. Por lo que es importante incluir a otros miembros de la familia en la responsabilidad sobre el tratamiento y recuperación de los niños y especialmente en las acciones preventivas, ya que como indica TS02 *“porque hay familias que si vienen pero es más cuando tiene el apoyo de la pareja verdad, pero a veces la esposa quiere y esposo no quiere por el machismo, porque aquí hay mucho machismo... porque aquí hasta la suegra y el suegro se meten”*.

Una vez más se hacen evidentes formas de culpabilización de las madres, indicando su desinterés por conocer el estado de salud de sus hijos. Responsabilizar a las madres del cuidado de sus hijos, desestima la responsabilidad de actuar sobre las limitantes que las familias tienen en general para enfrentar la desnutrición, las que se relacionan con un acceso más equitativo a servicios, al mercado y a un trato digno por parte del Estado³³.

Por último, el discurso amedrentador de los trabajadores de salud, se percibe después en el temor de las madres por que las amenazas se hagan reales, generando relaciones de desconfianza con los servicios de salud. Ese discurso se reproduce en las comunidades, por lo que en caso de ser necesario, la referencia a otros niveles de atención se vuelve casi imposible.

Sobre las causas que motivan a las madres de niños con desnutrición a continuar asistiendo al servicio de salud después del tratamiento, siete de los trabajadores respondieron que las motivaba el interés por la salud del niño; su mejoría y la preocupación por que no vuelva a recaer. Tres indicaron que las motivaba la asistencia alimentaria; en primer lugar por las raciones de alimentos que entrega el MAGA y un participante mencionó también el alimento complementario Mi Comidita. Por último una persona indicó que las motivaba la atención que se les brinda en el servicio de salud.

TS07: porque ellos tienen miedo que el niño pierda peso nuevamente y no se dan cuenta. La mayoría aceptan lo que es Mi Comidita, entonces, algunos vienen por el alimento que se les da, es que ellos les motiva a venir cada mes a pesar y tallar, uno de los requisitos para entregar Mi Comidita es pesar y tallar mensualmente a los menores de 2 años.

TS03: “mmmm en ese caso depende mucho del interés, que haya una razón, razón, por la que ellas quisieran llegar, tendría que ser por la preocupación de saber cómo están sus hijos, sí porque uno de que les ofrezca víveres o algo así como para llamarles la atención considero que sí se podría hacer pero no sería el caso, tendría que ser el interés propiamente, de la gente. Sí porque así como le comentaba, puede ser algo regalado que se lleven, una bolsa de víveres, pero a veces lo quieren hasta la puerta de la casa y cuando realmente no tiene que ser así, hace poco se citaron a varias madres que habían estado desnutridos y otras que están en tratamiento pero solo un 50% asistió y un 50% se tuvo que volver a citar, sí, entonces es más el interés, eso influye mucho”.

TS07: “Tal vez los niños, la recuperación del niño, incluso hay quienes que sí han recibido víveres por parte de SESAN también, esa también sería otra motivación para que ellas continúen viniendo a los controles. Tal vez ellas piensan que por eso las toman en cuenta, porque de verdad hay... hemos tenido pacientes que de verdad tienen, no tienen recursos económicos, de verdad lo necesitan”.

Las opiniones sobre la asistencia alimentaria, varían entre las opiniones de los trabajadores de salud, para algunos es una motivación, mientras que otros consideran que ni siquiera eso motiva a las madres, sino más bien el interés por la salud de sus hijos. Brown, K. et. al.³⁵ Identificó que de acuerdo a las percepciones de comunitarios, dotar a los niños desnutridos de cantidades de alimentos complementarios puede ser una solución al problema, así como la suplementación con micronutrientes y la atención médica de las complicaciones que presentan los niños.

Sobre el tema de seguimiento después del tratamiento, por parte de las madres, siete de ellas indicaron que sí seguían llevando a sus hijos, tres indicaron que ya no los llevaban y una indicó que a veces llevaba a su hijo al Centro de Salud.

M11: “No, ya no lo llevé, ya hace unos 6 meses que no, a cada mes tenía que llevarlo pero ya no lo llevé”.

M08: “Sí, todavía lo llevo, me habían dicho que lo llevara en el CRN, pero después me dijeron que para caminar allá, mejor como aquí me queda cerca, entonces que lo pesara aquí, entonces ellos ya le pasan los pesos para allá”.

M02: “Mi nene donde ha tenido sus controles es en el Centro, ahorita lo llevo a pesar, no seguido pero sí lo voy a pesar para ver cómo va”.

A pesar que los trabajadores de salud refieren que las madres los responsabilizan del monitoreo de los niños hasta sus hogares, ninguna de las entrevistadas hizo referencia a esta afirmación. Las madres muestran interés por seguir conociendo el estado de sus

hijos, sin embargo, son ellas las que disponen de los momentos para buscar el monitoreo de crecimiento, sin seguir las recomendaciones de las normas de atención, sino adecuándolas a su disponibilidad de tiempo. Pasado el período de enfermedad, las madres vuelven a su vida cotidiana y distribuyen su tiempo en relación a sus necesidades actuales.

Acerca del conocimiento que tienen los trabajadores, respecto a si las madres de niños con desnutrición recomiendan a otras madres realizar el tratamiento para que sus niños mejoren. Cuatro participantes indicaron que sí. Tres indicaron que sólo algunas recomiendan a otras madres que busquen el servicio y un participante indicó que no tiene conocimiento al respecto.

TS08: Sí, sí porque ellas mismas se vuelven replicadoras porque miran o algún su familiar que lo miran así malito sí, sí recomiendan que asista, sí porque ellas mismas se dan cuenta que mejoran sus niños entonces si miran a alguien con problemas sí lo refieren.

TS07: “Hay casos que sí y hay casos que no, por ejemplo, hubo un caso que una señora me comentaba pues, que a ella la referí en el hospital, pero no es que allá en el hospital, incluso a veces uno prepara mejor la comida o el atol que le da a su niño, a mi me lo hicieron en el hospital, hasta un atol shuco le daban a mi hijo y siendo en el hospital, ahí si saber seño, yo le decía a la señora, yo no puedo decir sí o no puedo decir no, porque yo no probé ese atol pues, yo no vi pues y, igual las señoras me vienen a decir, les digo yo, yo no sé qué tanto es cierto, a veces las señoras dicen así y a veces ni siquiera es cierto, no creo que en el hospital le den un atol que ya no sirve a un niño y sabiendo del caso de su niño les digo yo si ahí hay nutricionista, hay doctora les digo yo y así he tratado a la gente de convencerlas a veces porque la mayoría no recomienda, aja, y hay quienes también que dicen que sí les ayudan, pero ahí es uno de mamá también, tiene que hacer lo que le dice la seño, así recupera el niño también. Las señoras que han tenido éxito con sus niños recomiendan, pero las señoras que no, ahí si no”.

TS05: “Fíjese que yo tuve una experiencia aquí en mi barrio, a la señora le fijo la concuña, no, llevate al niño al Centro de Salud, pero ella era así caprichuda la señora no

venía, hasta que nosotros tuvimos que ir y se le dijo que se iba hacer un conocimiento si no venía, pero gracias a Dios la señora tantos consejos que le dio la otra señora sí, sí lo trajo y hasta la fecha lo trae ya está bonito el niño, juega, come bien, ya está normal con su peso. Nosotros le decimos, si usted sabe de alguien que... con desnutrición, que lo refiera al Centro de Salud, entonces aquí ya se detecta, entonces después de aquí si no, es tan grave aquí se le da su tratamiento, entonces si no se refiere al CUM”.

La decisión de recomendar o no el tratamiento a otras madres, está condicionado por la propia experiencia de las madres en los servicios de salud. De acuerdo a sus percepciones, si una madre tuvo éxito con el tratamiento, lo recomendará a otras madres. Mientras que si no lo tuvo, lo desaconsejará.

Las experiencias en los servicios de salud son uno de los determinantes más importantes al momento de identificar barreras en el tratamiento de la desnutrición aguda. En este análisis se identificaron importantes barreras que pueden poner en riesgo el acceso y permanencia en el tratamiento de los niños con desnutrición. Las principales barreras identificadas fueron: La inversión económica que implica el proceso de tratamiento de la desnutrición. Las responsabilidades familiares que tiene la madre y que deja de cubrir por brindar el tratamiento. La duración del tratamiento, especialmente el tiempo de hospitalización, las diferencias idiomáticas con el personal de salud. La introducción de personal ajeno a la comunidad en los servicios de salud. La inversión de tiempo para asistir a las consultas en el servicio de salud.

También ha resaltado en esta sección la importancia de contar con personal de la comunidad o que comparta su idioma y modo de vida. Esto es un factor facilitador, que mejora la confianza entre los usuarios y las comunidades. Esta relación hace que el tratamiento sea más llevadero, a pesar de las otras limitaciones que se presentan durante el proceso. Hadauy, H. et.al.⁴⁴ reconoce que la comunicación médico-paciente y calidad de la relación entre ambos es un factor facilitador de acceso a los servicios de salud.

8.5 Relación del servicio de salud con la comunidad

En esta sección se buscó identificar alguna alteración o problema generado por los casos de desnutrición aguda entre la comunidad y el servicio de salud. Acerca de esta relación, siete trabajadores de salud indicaron que los casos de desnutrición no tienen implicaciones en la relación con la comunidad y una persona indicó tiene conocimiento de problemas con la comunidad por casos de desnutrición pero no el área donde labora.

TS03: Viera de que, hasta el momento no se ha visto ningún problema, sí, no o algo que impida realizar el tratamiento con el niño, no ha habido verdad. Sí ha habido comunidades donde sí, la gente a veces piensa que en vez de hacerles un bien, se les está haciendo un daño y por esa razón, es de que, es como que ya fuera... le complican a una el proceso de ayudar a ese niño, pero, en las comunidades donde me ha tocado ir no, no he tenido esos problemas.

TS01: “no ha habido, pues durante el tiempo que estuve se empezaron a detectar los niños, pues fíjese que un alcalde auxiliar decía, usted haga su trabajo y si detecta a los niños, aunque fuera mi hijo, de plano aunque voy a estar avergonzado decía él , pero de plano que me va quedar hacer. Entonces yo pienso que la autoridad nunca ha intervenido por el mejoramiento o la salud de las personas, al contrario la autoridad exige que se dé la atención, que el servicio esté abierto para las diferentes necesidades, en ningún momento se... aunque en algunas ocasiones participé en las reuniones del COCODE y de la autoridad local, se escucha de algunas personas que el servicio no es eficiente o lo que hacen no es correcto o cada quien con sus hijos, sobre la desnutrición, hay que dejar a los padres que cada quien con sus hijos, si se mueren, que se les mueran, en ocasiones yo escuché algunas opiniones así, pero la mayoría es de que hay que dar la atención, hay que dar el servicio aunque no se lo agradezcan usted tiene que dar el servicio”.

TS04: “Yo creo que beneficios sí, porque los niños se recuperan pero algún... cómo le digo yo, algún defecto no. Tuvimos un caso en la colonia 5 de octubre, donde los papás ya no aceptan que uno los visite, no aceptan que vengan aquí a pesar y tallar, sí tuvimos un

caso hace como 2 años. Con la comunidad normal, normal, normal, que desconocían el caso”.

Sobre la relación con toda la comunidad, la desnutrición aguda parece no tener implicaciones, sino más bien, éstas se quedan en el nivel familiar, únicamente los afectados y los servicios de salud. Por tanto, la organización comunitaria no es una barrera para brindar tratamiento a la desnutrición y sí puede ser una fortaleza en el abordaje de los casos, sin duda es importante que la comunidad y sus diferentes organizaciones reconozcan el problema existente en su comunidad y se interesen en la búsqueda de soluciones, ya que el desinterés por el tema tampoco es favorecedor para buscar intervenciones que den fin a las principales causas del problema.

Como identificó Chary, A.³⁴ la poca participación de la comunidad puede relacionarse con la normalización de la enfermedad, la cual no puede ser visualizada porque hay una falta de conciencia generalizada. Es normal que en la comunidad haya niños muy pequeños o muy delgados, lo que sobrepasa el entorno familiar de los afectados. La invisibilización del problema, también desmotiva a la comunidad a buscar acciones que mejoren las condiciones de salud de sus habitantes y prioriza otros problemas que puedan ser más identificables.

8.6 Barreras en las implicaciones familiares del tratamiento de la desnutrición

En esta sección se profundizó en las barreras generadas por las relaciones familiares de las madres participantes, debido al diagnóstico y tratamiento de los niños con desnutrición. De esta sección en adelante se tiene la respuesta de diez madres, debido a que una de ellas consideró que su hijo fue diagnosticado erróneamente, por lo que el proceso que vivió con su hijo fue muy corto e indicó que no tuvo implicaciones en su familia y la entrevista se detuvo. Las principales barreras se resumen al final de la sección.

Acerca del apoyo brindado por las familias desde que iniciaron con el problema de la desnutrición, seis de ellas indican que han recibido apoyo adecuado de su familia, tres indicaron no haber recibido apoyo y una indicó que ha recibido poco apoyo de su familia.

M10: “Sí, todos, mi hermana, incluso una mi sobrina de Guate, me mandaban unos atoles que se lo hiciéramos, que el gobierno se lo daba a ella, que era alimento, no recuerdo el nombre, pero en fin que el gobierno le da a ella. Hasta llegaban al hospital a turnar para que saliera un poco”.

M05: “No, de ninguno, ni de mi esposo”.

M04: “Sí bien, a veces yo no ajustaba para comprar alguna medicina, ya luego ellos me daban para comprar alguna medicina, a ya luego ellos me daban Q10.00, Q15.00 así me ayudaron, si, igual lo hicieron, me compraban verduras, frutas para darle, hasta incluso me dijeron que le cocinara arroz y fideo para darle y así lo hice”.

Las madres hacen énfasis en el apoyo económico y en especie que les brindó su familia, lo cual consideran de valor. Sin embargo, el número de madres que refiere no haber recibido apoyo es importante y conlleva implicaciones en el estado de ánimo de ellas, pues aumenta la sensación de abandono que puedan experimentar. La madre M05 refiere incluso que ni siquiera su círculo cercano le brindó apoyo, ese desinterés puede generar implicaciones en la decisión de continuar o abandonar el tratamiento.

Para Moreno-Zavaleta, M. y Granada-Echeverri, P⁴⁶ “la constelación y gestión del cuidado son dos categorías emergentes, que contribuyen a comprender que en los diferentes escenarios donde transitan los niños hay diversos cuidadores que varían en calidad, permanencia y coherencia repercutiendo esta situación en su estado nutricional”. Por tanto, si la madre del niño experimenta situaciones que vulneren su estabilidad, ésta tendrá implicaciones en el estado nutricional del niño. El estado anímico de la madre, puede prolongar el tiempo de tratamiento o propiciar una recaída de la desnutrición.

Acerca de quién cuidaba a sus otros hijos mientras estaba en el hospital. De las madres cuyos niños recibieron tratamiento en el CRN una indicó que pidió ayuda a una cuñada, una indicó que fue su esposo quien cuidó a sus hijos, una de ellas no tenía más

hijos y una indicó que vivieron durante dos semanas con un tío y luego regresaron a casa para quedarse solos. De las madres que recibieron tratamiento ambulatorio, dos indicaron que se llevaban a otros hijos a las consultas, dos indicaron que los dejaban solos en casa; dos dejaban a sus hijas mayores cuidando a sus hermanos y una de ellas no tiene más hijos.

M06: “Mi esposo, como él tiene trabajo propio, entonces el así, así estuvo con mis hijos atento de la nena porque la nena está estudiando en el colegio y la tenía que ir a dejar a traer y todo, él se encargó de todo eso”.

M11: “Mis hijos por 15 días se quedaron solos, después se fueron con un tío, después vinieron a la casa otra vez y así poco a poco pasaron, no había lugar seguro para ellos”.

M02: “Como no estuve internada, yo me la llevaba (a su otra hija), si yo me la llevo donde voy”.

Las principales dificultades las hallaron las madres que recibieron tratamiento hospitalario. Relacionando con el tema anterior, las madres que no tienen una red de apoyo familiar tienen más dificultades para sobrellevar el tratamiento, pues en su ausencia, nadie se hace responsable de sus otros hijos, ni de las ocupaciones de su hogar. En este proceso, no se refiere por parte de ellas alguna intervención del servicio de salud, por conocer el estado de sus demás hijos. Al respecto Moreno-Zavaleta, M. y Granada-Echeverri, P⁴⁶ recomienda “si bien las mujeres se constituyen en las gestoras principales del cuidado, no son ellas las únicas responsables del cuidado y por ello se recomienda fortalecer las redes de apoyo familiar y comunitario”.

Acerca del deseo de las madres por contarle a las personas de su comunidad acerca de la enfermedad de sus hijos. Ocho indicaron que sí desearían, una indicó que no y una estaba dudosa de querer contar.

M01: “Sí porque yo digo que es un testimonio, para que a ellos no les pase y aconsejarlos, animarlos, primero en nombre de Dios para salir adelante, agarrarnos de Dios porque sin Dios no hay respuestas y solos yo siento que nos asfixiamos, le digo a mi esposo que por Dios es quien nos abre las puertas en todos lados para sobrevivir. Animar a los que están en las mismas condiciones que nosotros, decirles que se levanten temprano, que asean su casa, que preparen sus cosas para lograr algo, trabajemos”.

M03: “No sé, tendría que pensarlo”.

M06: “Pues la verdad es que yo lo he contado, yo lo he dicho y también incluso hasta en la iglesia yo lo he dicho que la oración y hay que actuar también a la par, no sólo de pedir, sino también hay que tener sabiduría, incluso yo lo he dicho verdad que tuve que internarme con él en el Centro y hacer eso pero gracias a Dios porque yo creo también que Dios interviene en todo, en cualquier cosa verdad que uno haga Él interviene entonces si no fuera por la gracia de Dios tal vez simplemente no hubiera funcionado el tratamiento verdad y yo estuviera decepcionada o no sé cómo estuviera pero yo sí lo he dicho, yo cuento, digo. Y por eso es que yo les cuento aquí porque yo sí digo yo les he contado aquí a mis amigas a mis vecinas, así cuando platicamos de repente, ellas saben mi situación o sabían me decían que chulo está su bebé, ala que bonito está su nene me dicen ahora pero porque ellas me vieron pues en todo ese proceso verdad donde él era muy pequeño, entonces ahora ven la diferencia también y yo les cuento pues que todo va de la mano, entonces ya saben, ya les he dicho y yo sí, yo sí digo lo que pasó verdad”.

Las madres, en su mayoría, muestran disposición acerca de contar su experiencia respecto a la situación de desnutrición de sus hijos, incluso expresan que lo han hecho especialmente en grupos religiosos. Y otras expresan la disposición de hacerlo si surge la oportunidad. Evidenciar el problema de la desnutrición puede ser difícil para algunas madres, ya que significa someterse a la crítica de su comunidad y al posible rechazo de la misma. Se corre el riesgo además, de aumentar la culpabilidad que se atribuye a las madres, al no tomar en cuenta los limitantes estructurales que están fuera del alcance de la madre³³.

Acerca de quién fue la primera persona en la que pensaron las madres para contarle y que les diera su apoyo. Cuatro de ellas indicaron que pensaron en su esposo; tres dijeron que no pensaron en nadie en particular; con una respuesta cada uno mencionaron al papá, mamá, suegra, cuñada y hermana.

M05: “Ninguno, como le digo, aunque hay más gente pero no me apoyan, solita yo misma me decía, ¿Y ahora qué hago? Qué voy hacer me decía, aunque le decía a la gente no me apoyaban, o que me ayuden eso no, nada, entonces ahí yo me desconcerté, me confundí porque no hallaba qué hacer, sólo en mi corazón decía qué voy hacer, sí porque en parte el papá no era responsable por él, es que él toma mucho, se emborracha y por eso yo he sufrido mucho con mis hijos, yo tengo que tejer para ganar algo, qué voy a esperar de ese hombre y no solo que no gana mucho, Q40.00 gana al día, a lo más es Q50.00 y más su pasaje porque trabaja en Patzicía, ya sólo Q40.00 le queda y más se emborracha, qué va hacer, más que sólo para él se gana. Me dicen qué pecado lo que les hace pero como yo les digo, qué voy hacer esta, aunque me arrepienta pero esa es mi suerte que encontré les digo a mis hijos”.

M06: “En mi esposo, sí, definitivamente en mi esposo porque él y yo sí tenemos una buena comunicación, entonces yo en él e incluso hasta vine, lloré, el me abrazó, lloramos los 2 y mi familia, mis hijos también les contamos todo, sólo yo y mi esposo y mis hijos les conté también, les decía ustedes son pequeños de mente no saben, pero yo sé que ya entienden les decía yo y con mi familia con ellos y ya al internarme yo entonces ya le conté a mi mamá, a mis hermanas verdad, entonces ya se, así sucesivamente se fue regando la noticia, el chisme (risa)”.

M03: “Yo pensé en mi compañero, mi esposo, él siempre me apoya en todo”.

El círculo cercano de las madres participantes lo conforman primeramente los esposos y otros parientes cercanos como madres, suegros y hermanos. También se hace evidente como el caso de la madre M05 el abandono por parte de su familia cercana.

Chary, A.³⁴ demostró cómo la baja calidad vida, en un estado de extrema pobreza e inseguridad alimentaria, puede estar fuertemente influenciada por el comportamiento del esposo, evidenciando relaciones de poder inequitativas, marcadas por adicciones, infidelidad y abuso.

Moreno-Zavaleta, M. y Granada-Echeverri, P. indican “el cuidado infantil no puede atribuirse solo a la madre, pues se requiere identificar las redes de cuidado no solo alrededor del niño o niña sino también alrededor de quienes cuidan: cuidado al sujeto cuidador. Es necesario profundizar más en la participación del padre y en la figura masculina en el cuidado”. Las madres muestran una cercana relación con sus esposos, ellos pueden participar activamente del cuidado de los niños, así como de su propia esposa.

Acerca de quién les había aconsejado para decidir el tratamiento de sus hijos. Cuatro respondieron que fue una decisión personal; dos indicaron que el esposo; dos más indicaron que los papás; con una respuesta mencionaron a la nutricionista del CRN, cuñada e hija.

M11: Ninguno, sólo yo y así como yo mi familia estaba hasta en Chuachalí y nosotros allá abajo, total no teníamos a la familia cerca y ni dinero tenía para hablar, ay dios y cuando hay enfermedad ya ni en la mamá piensa uno y mi suegra peor porque ni me quiere, mi suegra aunque esté cerca jamás va a decir ayudarnos en algo, que uno se joda con su hijo, sí pues, nosotros sólo con mi esposo nos hicimos en pedacitos para tratarlo”.

M01: “Sólo mi esposo y yo tomamos la decisión de hacerlo, la gente me decía un montón de cosas que hiciéramos, pero hasta después decían que le diera agua de quilete y le di, hasta me dijeron que le tostara cáscaras de huevo, pero eso sí no pude hacerlo, no me animé y luego molerlo para darle en agua, eso sí no lo vi agradable”.

M08: “Mi cuñada, a ella la he visto como mi suegra y mi mamá”.

Las madres expresan haber tomado decisiones propias, hacen evidentes relaciones tensas con su familia cercana, como el caso de la madre M11, además que la decisión de aceptar o no los consejos de otras personas, se ve influenciado por el nivel de confianza que éstos generen. Como indica la madre M01, recibió consejos de tratamiento, pero no le parecieron agradables.

Diferente a los resultados obtenidos por Wher y colegas³⁶ ninguna de las madres participantes mencionó a la suegra como una persona influenciadora en la toma de decisión sobre el tratamiento. Esta parece ser una decisión personal o de confianza hacia otras personas. La madre M08 dice ver a su cuñada como una suegra, refiriéndose de esa forma, más por el sentido de afecto o respeto que pueda tener hacia ella, que por la relación de poder que pueda representar.

Sobre quién estuvo más pendiente cuando sus hijos estaban enfermos. Tres indicaron que la mamá; con una respuesta se mencionó al suegro, vecina, esposo, vecina, tío y una madre indicó que nadie.

M09: “Sólo su madrina de bautizo, ella me decía, así hacele, dale sus atoles, dale lo otro me decía y así lo hacía”.

M02: “Pues yo pienso que mi mamá me, ella me apoyaba con el nene, cómo va el nene, ah ya va mejor, gracias a Dios, le digo que es más moralmente porque nosotros no... también mi esposo, ahí mire qué le vamos a dar al nene o cómprele algo al nene cuando hay posibilidades, es el apoyo entre esposos verdad”

M05: “Nadie, yo sola”.

El principal apoyo para las madres es el esposo, de acuerdo a lo que expresan. No parece haber algún factor común entre las otras personas que se mencionan, más que la cercanía que tienen con cada una de ellas.

Se hace evidente que el apoyo de la familia es crucial para que la madre continúe con el tratamiento del niño. El apoyo familiar también se puede relacionar directamente con el estado nutricional del niño o niña “es un indicador de que algo no está yendo bien; no podemos atribuir el problema solo a una persona, sino que es indispensable conocer las redes de cuidado, la interacción vincular y la calidad del vínculo” de acuerdo a lo que refiere 46. Moreno-Zavaleta y Granada-Echeverri, es de especial importancia el acompañamiento del cónyuge, el acompañamiento por el círculo cercano a la madre permite reducir los patrones de angustia, de acuerdo a lo que se presenta en las siguientes líneas.

Se abordaron diferentes patrones de angustia que vivieron las madres, tanto sociales, financieros y emocionales. La tabla número nueve resume los principales resultados.

Tabla 9. Patrones de angustia de las madres

Patrones de angustia	Frecuencia	Narración
Sociales		
Aislamiento social	5	M11: “Cuando llega uno en ese caso más que se queda sólo uno, mira uno qué hace, nadie nos apoyó, sólo escucharon o así como yo sólo escucho algo así ya rapidito voy pero nada, nada, sólo Dios sabe por qué así nos hacen de una vez, rechazo tal vez pues, como le digo que nadie se compadeció y mi suegra que no me quiere de una vez”.

Reducción en el estatus social (rechazo/ presión)	3	M08: “ya no me siguieron hablando pues, más mis tíos los que están allá, ya no me siguieron apoyando ellos, porque hasta me llegaron a decir que por qué mi nene pasó así, que era una vergüenza para ellos que yo les hice eso, ajá, eso fue lo que ellos me decían”
Problemas en el matrimonio	1	M05: “Problemas en el matrimonio más que todo, bueno yo no lo escondo, aunque quiera esconderlo pero sí tenemos problemas, en la plática no se usan palabras buenas, no, yo le regaño también porque él se emborracha y delante de mí hay muchos hijos y así tiene que discutimos fuertemente”.
Problemas financieros		
Pérdida del trabajo y del salario	3	M06: “En el caso mío sí, yo tuve que sacrificarme siento yo pero al final creo que fue lo mejor, sí, yo dejé mi trabajo pero fue lo mejor siento yo porque sí como le digo Dios siempre actuó porque yo dejé el trabajo pero mi esposo empezó a producir más también”
Reducción de los ingresos	8	M08: “reducción de ingresos sí, como a él le dieron el tratamiento de comprarle la leche y como mi esposo no tiene, no es que trabaja bien pues, sino que así, busca trabajo pero le pagan poco, entonces así,

		por la leche fue que no conseguimos el dinero para la leche, entonces así, le decidí mejor darle Incaparina mejor”
Psicológicos – Emocionales		
Tristeza	9	M09: “sí me puse triste, lo que yo dije es que por qué le pasa eso a mi hijo Dios mío, dejé sólo así”.
Ansiedad	5	M03: “Yo pensaba mucho qué va a pasar, yo hablé con la licenciada para ver si me dejaba salir por los otros niños, bueno yo traté de pedir permiso, no es que yo me quería escapar”
Preocupación	9	M03: “Tristeza sí por mis otros hijos que dejé en la casa, la tristeza sí fue un problema, igual que la preocupación porque ellos son pequeños”.
Incertidumbre por el curso de la enfermedad	7	M11: “Incertidumbre sí, qué va a pasar, todos modos cuesta más, ahora yo le digo a él que a mí me basta que tengas trabajo y aunque a penas, había días que teníamos algo, días que no, pero con que tengamos maíz es todo, para los patojos decíamos”
Miedo	7	M11: “En aquel entonces cuando inició mi hijo, ahí sí para que es mentira, sí me asusté porque reciente se había ido el

		mayor que él y ya que ahora él y por eso yo dije no puede ser que ahorita se va el otro, aunque sí me ha costado con él pero primero Dios es tan grande”
Vergüenza	1	M05: “la verdad es que da un poco de pena platicar sobre eso, me da vergüenza a veces si uno cuenta eso la gente se burla de mí, me humillan, por eso me da pena, pero a mí sí me ha costado, aunque me vaya donde me vaya, ya esta, aunque me arrepienta ya tengo muchos hijos y a dónde los llevo, yo más que todo le pido paciencia a Dios para que yo no cometa y haga lo mismo que el papá”

Las madres experimentaron diferentes patrones de angustia, sin embargo, estos se deben a causas reales, relacionadas a sus finanzas, familia y situaciones emocionales. Es importante mencionar que estos patrones de angustia tienen causas reales que no sólo llegan a afectar el estado anímico de la madre, sino también otros aspectos de su vida. Los principales patrones que afectaron a las madres son de carácter psicológico/emocional, predominando la tristeza y la preocupación. La angustia por la reducción de los ingresos fue el principal problema económico padecido por las madres. De los problemas sociales el aislamiento fue considerado el más importante.

Respecto a los problemas psicológico/emocionales que padecieron las madres, éstos se hacen más evidentes en madres que ingresaron al CRN. El sentimiento de incertidumbre especialmente por el tiempo de tratamiento las lleva a pensar que la enfermedad no tiene cura o solución, así también la preocupación, tanto por el niño enfermo como por los demás hijos. El diagnóstico de desnutrición crónica en el niño o niña

a temprana edad, ejerce una presión en los cuidadores y cuidadoras que les genera ansiedad por revertir el estado nutricional del niño o niña, enfocando su esfuerzo en el alimento y obligándolo a comer sin considerar que la ansiedad de la persona adulta repercute en el estado emocional del niño o niña, causando inapetencia o situaciones de tensión que debilitan su estado de salud y empeoran su situación nutricional. Moreno-Zavaleta y Granada-Echeverri, identificaron dentro de sus conclusiones que “el diagnóstico de desnutrición crónica en el niño o niña a temprana edad, ejerce una presión en los cuidadores y cuidadoras que les genera ansiedad por revertir el estado nutricional del niño o niña, enfocando su esfuerzo en el alimento y obligándolo a comer sin considerar que la ansiedad de la persona adulta repercute en el estado emocional del niño o niña, causando inapetencia o situaciones de tensión que debilitan su estado de salud y empeoran su situación nutricional”. La misma situación puede repetirse en el caso de la desnutrición aguda y más porque el riesgo para la vida es mayor, por lo que puede ser una barrera para el tratamiento del niño, especialmente en los casos en los que existen signos de depresión u otros trastornos en la madre, el hijo o ambos.

Sobre su relación con la comunidad y si el trato hacia las madres era distinto desde que le diagnosticaron desnutrición a sus hijos. Ocho madres respondieron que las trataban igual que siempre, una de ellas indicó que recibió visitas de miembros de su comunidad y una de ellas considera que quizá algunos miembros de su comunidad sintieron lástima pero no lo expresaron ni la visitaron.

M01: “No, igual nos tratan, para todos ellos nada ha pasado o les da igual, o sea, el trato es el mismo”.

M03: “No, es más, ellos vinieron a visitarme, si, ellos vinieron, las hermanas visitadoras de la iglesia”.

M11: “No pues sólo que no me visitaron y no sé por qué. En la comunidad nada, a saber, sólo algunos tal vez se compadecieron dijeron ay pobrecitos y sólo así”.

Las madres expresan indiferencia por parte de su comunidad, incluso si se enteraron de la situación que estaban pasando. Los vínculos religiosos parecen ser beneficiosos, pues sí se muestra interés por parte de la comunidad religiosa en acompañar a las madres en el proceso y les permite tener un círculo de apoyo, incluso terapéutico, pues como lo indicaron en otras intervenciones, consideran que la intervención divina tuvo influencia en la resolución del problema. Al igual que la respuesta de los trabajadores de salud, la comunidad es ajena al problema que padecieron las madres, actuando incluso con indiferencia ante el problema.

Se preguntó también si las personas las tomaban menos en cuenta en las decisiones de su comunidad o su familia. Seis de ellas indicaron que sí las toman en cuenta para las decisiones importantes; tres dijeron no saber y una indicó que nunca le han tomado en cuenta en las decisiones familiares.

Las implicaciones familiares que conlleva la desnutrición generan barreras que pueden interferir en el acceso y permanencia del tratamiento de la desnutrición. Las barreras identificadas son: la angustia psicológica y emocional que provoca el tratamiento de la desnutrición y la falta de apoyo de la familia cercana, que incluye esposos, padres, suegros y hermanos.

8.7 Mensajes finales

Por último, se pidió a las madres que dieran un mensaje a las madres que tienen el mismo problema que ellas. En estos mensajes se evidencian las relaciones positivas que mantienen con el servicio de salud y el valor que se le da al monitoreo de crecimiento, así como a la responsabilidad de ambos padres por el cuidado de los niños. La fe es un fuerte influenciador que motiva a buscar soluciones al problema de sus hijos.

M04: “Hay quienes no van al puesto, yo he visto e incluso dicen, por qué usted seguido lleva a su hijo me dicen y yo solo les digo que tengo que llevarlo, si no ninguna persona me va a decir si está bien o está mal, si no lo llevo a ningún lado les contesto. Que es importante cuidar de ellos, llevarlos a su control ya que cada uno tiene su forma de

pensar. Es muy importante llevarlos al Puesto de Salud para que sepan sobre su peso y su talla, este es un servicio muy bueno, sólo que a veces nosotros no lo valoramos, pero realmente es muy bueno e importante”.

M09: “Sólo que cuiden a sus hijos porque así como está el mío es una enfermedad, que no los descuiden porque hay veces que uno tiene dinero y otras veces no hay y ellos si se enferman ante uno y otro es que los cuiden porque necesitan sus cosas, uno se arrepiente ya para qué, tiene que papá y mamá ser responsables sobre ellos”.

M01: “Ánimo, arrodillémonos ante Dios, pidamos y trabajemos, que no haya pereza para que así entre aunque sea un quetzal, o dos quetzales, que no nos abandonemos, cuidemos a nuestros hijos, cambiémonos de ropa, bañémonos y asear así a nuestros hijos, estemos felices porque ellos algún día se van, se casan y nos quedamos solos, por eso hay que convivir en familia y no dejar de orar, quién sabe en unos años mejoren las cosas”.

También se pidió a los trabajadores que dieran un mensaje a sus compañeros que atienden en los servicios de salud. La invitación general es a realizar un trabajo consciente, mencionando valores cristianos y la necesidad que se tiene del trabajo. Motivan a hacer las cosas con amor y compromiso, como si fuera para ellos mismos o sus parientes cercanos.

TS01: Que tengamos voluntad y deseos de hacer el trabajo, que tengamos primero amor a Dios y amor al prójimo, verdad, porque esto nace, esto no es que nos vengana imponer, verdad, viene una orden y lo tienen que hacer, si, que venga la orden pero que de nosotros nazca la voluntad, el deseo de poder ayudar, de poder pensar en el futuro de nuestros hijos, el futuro del país porque de eso depende también, que nosotros sembremos algo hoy va haber futuro y como el futuro son nuestros propios hijos, así es que yo si animaría a todo el personal de salud que estemos conscientes y como dice nuestro logo, es nuestro compromiso, la salud de los demás y la salud primero de nosotros porque si nosotros no queremos hacer las cosas estamos todos negativos, entonces no podemos dar salud, entonces lo más importante es que tengamos temor a Dios, entonces vamos a poder hacer las cosas, pero si no tenemos temor de Dios nos vamos a poner a hacer otras cosas

que no tienen nada que ver con la salud de los niños especialmente, nos vamos a dedicar a hacer otras cosas entonces no hay prioridad, no hay salud, entonces yo animo a todo el personal de salud que se enfoque que tenga un objetivo, su compromiso de hacer bien las cosas, dedicarnos si tomamos tiempo si hacemos tiempo dedicarnos las 8 hrs a dar salud verdad, porque cada quien tiene su hogar y su familia entonces por lo menos las 8 hrs que estamos comprometidos hacer el compromiso y que a la larga es muy satisfactorio, es muy alegre poder dar y lo vamos a recibir también.

TS03: Mi consejo sería que trabajemos, claro que todos trabajamos porque necesitamos sustentarnos cada día pero realmente con este tipo de... en estos casos habría que dar un poquito más de trabajo, trabajar con amor porque sí influye mucho también el que uno quiera realizar su trabajo. Yo puedo ver a un niño mal y todo, pero tal vez no tomar ese interés de ir a visitarlo, de ver cómo sigue o de preguntarle un plan de educación a la madre, entonces, puede suceder de que nos quedemos así conformistas y sin buscar más opciones de cómo ayudar a esa persona”.

VIII. CONCLUSIONES

La desnutrición aguda es un problema complejo que tiene implicaciones a diferentes niveles, desde el individual hasta el familiar y social. Las condiciones socioeconómicas que tienen en común las madres, las hacen vulnerables a padecer las inequidades en cuanto al acceso de servicios básicos, incluidos los servicios de salud. Dentro del sistema biomédico, las madres son culpabilizadas por el estado de salud de sus hijos, así mismo dentro del sistema de medicina maya, lo cual resta importancia al papel que tiene el Estado en garantizar condiciones de vida dignas para todos sus habitantes.

Existe incompreensión entre los servicios de salud y sus usuarias. Acerca de las diferentes rutas de búsqueda de soluciones, contrario a lo que se cree, las madres no tienen un rol pasivo, sino que muchas de ellas, desde tiempo atrás navegan entre diferentes subsistemas de salud buscando alternativas de solución a los problemas de salud de sus hijos. Siendo los servicios de salud, solo uno más de los muchos a los que ellas recurren.

La convivencia de diferentes subsistemas de salud, representa una barrera en el diagnóstico, tratamiento y percepción de riesgo de la desnutrición. Las comadronas tienen un reconocimiento real por parte de la comunidad, ellas poseen conocimientos respecto a la desnutrición y la abordan desde perspectivas que no logra abarcar la medicina biomédica, sin embargo, ambas medicinas rivalizan y se desprestigian entre sí. Reconocer la complementariedad de ambas y promover integración respetuosa de los distintos saberes, puede abrir una ventana de oportunidad para garantizar la salud, con una visión pertinente a las características de cada comunidad.

El tratamiento en los servicios de salud se convierte en una de las más importantes barreras para solucionar la desnutrición aguda, pues genera rechazo, desconfianza y temor entre los usuarios. Se alcanza incluso el grado de intimidación para presionar a las madres a brindar el tratamiento, excluyendo los posibles efectos negativos que éste pueda tener en

algunos niños. El tratamiento en CRN es sin duda el que genera más temor, ansiedad y coloca a las madres y las familias en una situación de dificultad, en la que se deben abandonar todas las responsabilidades adquiridas por la madre y su familia para dedicarlas a una sola que es la recuperación del niño enfermo.

La desinformación acerca del tratamiento y las dificultades para comprender el diagnóstico del niño, utilizando las herramientas del servicio de salud, es una barrera para comprender la situación de salud del niño. Esto se agrava si además existen barreras idiomáticas, por lo que la búsqueda de alternativas para explicar el estado nutricional del niño puede mejorar el entendimiento entre los servicios y las usuarias.

El tratamiento de la desnutrición presenta importantes implicaciones familiares y muestra que es más difícil de sobrellevar si no se cuenta con el apoyo del círculo familiar cercano. Las madres se ven afectadas por importantes patrones de angustia, que tienen sus orígenes en causas reales como la escasez económica, el abandono del hogar y la incertidumbre por la recuperación del niño y el tiempo de tratamiento. Además el tratamiento puede generar aislamiento debido a vergüenza o depresión materna, lo cual tiende a repercutir en el estado nutricional del niño.

Es importante reconocer que existen en el proceso facilitadores que pueden ser aprovechados y potenciados para obtener mejores resultados y una mejor relación entre el servicio y la comunidad. El recurso humano juega un papel importante, es un factor facilitador cuando el personal comparte la cultura de la comunidad y preferentemente el idioma. Las estrategias individuales que cada uno toma para dar seguimiento a los casos de desnutrición en su área de trabajo, abre oportunidades de comunicación con las familias, lo cual hace que el tratamiento sea más amigable, incluso en el CRN. La formación constante del personal y el incentivo a su buen desempeño puede mantenerlos activos y buscando la mejora continua.

IX. RECOMENDACIONES

Se recomienda a los directores de los servicios de salud y del Área de Salud profundizar en el estudio de las causas de la desnutrición aguda, a través de la investigación científica y el análisis de la información que se genera a través del Sistema de Información Gerencial.

Se recomienda abordar el problema de la desnutrición aguda de manera interinstitucional e intersectorial para abarcar los otros determinantes que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social no cubren.

Se recomienda al cuerpo de profesionales insertos en las dependencias estatales innovar en la búsqueda de alternativas de tratamiento con evidencia científica y más que eso, en la prevención de la enfermedad.

Se recomienda el fortalecimiento del personal de servicios, especialmente el personal local, pues son una fortaleza en el tratamiento de la desnutrición aguda.

Se recomienda abrir la posibilidad de mantener una comunicación respetuosa con terapeutas mayas para abordar el problema de la desnutrición de manera holística e iniciar un sistema de referencia que permita brindar atención cuando los alcances de uno u otro sistema no logran resolver el problema de salud.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Medicus Mundi. Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina. Bolivia, Guatemala y Perú: tres experiencias, una sola acción integral e incluyente en Atención Primaria de Salud. Sin Fecha.
2. Wiswaum, W. La Desnutrición Infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. España: UNICEF; 2011.
3. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PROSAN). Protocolo para el Tratamiento En Centros de Recuperación Nutricional de la Desnutrición Aguda Severa y Moderada sin Complicaciones en el Paciente Pediátrico. Primera edición. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud; 2009
4. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PROSAN). Protocolo para el tratamiento a nivel hospitalario de la desnutrición aguda severa. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud; 2006.
5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PROSAN). Protocolo para el tratamiento ambulatorio de niños con desnutrición aguda severa sin complicaciones en la comunidad. Guatemala: Ministerio de Salud Pública; 2009.
6. Cerón, A. Prácticas poblacionales en salud: Implicaciones y oportunidades para el sistema de salud. Guatemala: Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo; 2007.
7. Estrada, G. El Sistema de Salud de Guatemala ¿Hacia dónde vamos? Guatemala: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2008

8. Adams W., Hawkins J. Health care in Maya Guatemala: confronting medical pluralism in a developing country. Norman: University of Oklahoma Press; 2007.
9. Villegas, L. Inequidades en el Acceso a Servicios Básicos de Salud en Menores de 5 años en Altaverapaz [Tesis]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2015.
10. Hernández, L. Sistemas de Salud: Marco Conceptual. Guatemala: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2007
11. Montag D. Health care in Maya Guatemala: confronting medical pluralism in a developing country. *Journal of the Royal Anthropological Institute*. 2013; 19(3):669-670.
12. Berger M, Stauffacher M, Zinsstag J, Edwards P, Kruetli P. Intercultural research on cancer healing systems between biomedicine and the Maya of Guatemala: A transdisciplinary approach to induce reciprocal reflexivity in a multi-epistemological setting. *Qualitative Health Research*. 2016; 26(1): 77–91
13. Pike, K. Language in relation to a unified theory of the structure of human behavior. 2nd Ed. Mouton: The Hague; 1967.
14. Headland, T., Pike, K., Harris, M. Emics and etics: the insider/outsider debate. *Frontiers of Anthropology Series*. 1990; 27-142.
15. Young, A. Editorial comment. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*. 1981; 15(1), 1-3.
16. Lett, J. Emics and etics: notes on the epistemology of anthropology. In Headland, T., Pike, K., & Harris, M. *Emics and etics: the insider/outsider debate* (1pp. 27-142). *Frontiers of Anthropology Series*. Newbury Park, CA: Sage; 1990.

17. Colón, J. Medición de conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y madres de niños y niñas con desnutrición aguda, sobre el alimento terapéutico listo para el consumo, en el municipio de Tecpán Guatemala, Chimaltenango [tesis]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2013
18. Consejo Municipal de Desarrollo del Municipio de Tecpán Guatemala y Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Plan de Desarrollo Tecpán Guatemala, Chimaltenango. Guatemala: SEGEPLAN/DPT; 2010.
19. Instituto Nacional de Estadística. Censos 2002: XI de población y VI de población. Guatemala: INE; 2003
20. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Cifras para el Desarrollo Humano, Chimaltenango. Guatemala: PNUD; 2011.
21. Instituto Nacional de Estadística. Mapas de Pobreza Rural en Guatemala. Guatemala: Banco Mundial; 2011.
22. Centro Nacional de Epidemiología. Memoria de Estadísticas Vitales y Vigilancia Epidemiológica, Chimalteango. 2014
23. Saenz, S. Prácticas de Alimentación Infantil: Revisión bibliográfica. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2009
24. Galindo, M. y Chang, L. Percepciones y Comportamientos que Condicionan el Consumo de Alimentos en doce Comunidades Rurales de Guatemala. Revista Antropología y Nutrición –SESAN-. Guatemala. 2014: 9 (1), 1-7.
25. Whilhelm, K. Factores que impiden la recuperación nutricional en niños de 6 a 59 meses de edad con desnutrición aguda moderada sin complicaciones en tratamiento con Alimentos Terapéuticos Listos para el Consumo (ATLC) [Tesis]. Guatemala: Universidad Rafael Ladívar; 2014.

26. Martorell R, Flores R y Hickey M. Stunting in Guatemala: analices of change over 15 years. Atlanta: Department of International Health, Rollins School of Public Health, Emory University. Agricultural Policy Development Project. Research Report No. 8. 2002
27. Bryman, A. Quantity and quality in social Research. Londres: Routledge; 1988
28. Bernard, H. Russell. *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*. (4ta Ed) New York: Altamira; 2006.
29. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de Atención Integral en Salud. Guatemala. Ministerio de Salud Pública; 2010.
30. Hernández, L. Sistemas de Salud: Marco conceptual. Guatemala; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2007.
31. Pisquiy, A. et. al. Conociendo la Medicina Maya en Guatemala. Guatemala; Asociación PIES de Occidente; 2009.
32. Chary, A. et al. Structural Inequalities in the Hospital System: Rural and Indigenous Women's Experiences of Cervical Cancer Treatment in Guatemala. *Revue Sociologie Santé*. París. 2015. Special Issue: No. 38.
33. Portugal, T. et. al. Los retos para enfrentar la desnutrición infantil: "Saber y no poder" Un estudio de caso en Vilcas Huamán. Perú. Instituto de Estudios Peruanos; 2016.
34. Chary, A. et.al. The Normalization of Childhood Disease: An Ethnographic Study of Child Malnutrition in Rural Guatemala. *Human Organization*. 2013;72 (2), 87-97.

35. Brown, K. et.al. Mixed-methods study identifies key strategies for improving infant and young child feeding practices in a highly stunted rural indigenous population in Guatemala. *Maternal and Child Nutrition*. 2016. No. 12; 262-277.
36. Wher, H. et. al. Implications of Gender and Household Roles in Indigenous Maya Communities in Guatemala for Child Nutrition Interventions. *International Journal of Indigenous Health*. 2014: 10(1) 99-112.
37. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística y Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. VI Encuesta de Salud Materno Infantil –ENSMI- 2014-2015. Guatemala. 2015.
38. Instituto Nacional de Estadística –INE- Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014. Guatemala. 2015.
39. Echeverría, P. Análisis antropológico de los patrones de uso y del perfil del usuario de terapias complementarias orientales. *Gazeta de Antropología*. 2008: 24(2) artículo 17.
40. Fernández G. Salud e interculturalidad en América Latina, *Perspectivas Antropológicas*. Ecuador: Ediciones Abya - Yala; 2004.
41. Sridhard, D. *The Battle Against Hunger, Choice, circumstance and The World Bank*. United States: Oxford University Press; 2008.
42. Laudén, L. Logros, críticas y futuro del Programa Bolsa Familia en Brasil. *Revista Pueblos*. 2014. No. 60 pp 31-32.

43. Consejo de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover. Organización de Naciones Unidas; 2011.
44. Hadauy, H. et.al. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2013: 33(3) pp 223-229.
45. Ortiz, G. Esconden la desnutrición en las muertes de niños. *La Hora*. 9 de abril de 2016; Sec. Actualidad: p. 3.
46. Moreno-Zavaleta, M. & Granada-Echeverri, P. Interacciones vinculares en el sistema de cuidado infantil. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2014:12 (1), pp. 121-139.

XI. APÉNDICES

Apéndice 1. Rutas de búsqueda de solución de la desnutrición aguda de las madres

Código	Lugar	Tratamiento	Tiempo de tratamiento	Funcionó /no funcionó
M01	CUM Tecpán	Vigilancia, lactancia materna	2 meses	No funcionó, siguió mal
	Médico privado	Leche, vitaminas	3 meses	Mejóro pero no resolvió el problema
	Ayuda por miembros de iglesia	13 botes de leche	13 semanas	Ayudó, pero no resolvió el problema.
	CRN	Receta con cantidades de alimentos, horarios, ayuda alimentaria.	8 ó 9 meses	Sí funcionó, porque continúa bien.
M02	CUM Tecpán	Hierro, vitaminas	3 meses	Funcionó, se le quitó la anemia.
	CRN	Plan educacional, Referencia a Centro de Salud	1 consulta	Funcionó, hice lo que me dijeron ahí, darle de comer.
	Centro de Salud	ATLC, zinc, vitaminas	8 días	No funcionó, no se lo comió.
	Autoatención	Destete	Tratamiento actual	Sí funcionó, ahora come más
M03	Curandero	Vitaminas	2 semanas	Resultado poco
	Autoatención	Vitamina C	1 mes y medio	Ayudó poco porque empezó a comer
	Puesto de Salud	ATLC	15 días	No funcionó porque no se lo comió

	CRN	Fórmula de recuperación	2 meses	Si funcionó porque subió de peso
M04	Centro de Salud	ATLC	1 mes	Sí funcionó porque subió de peso.
	Curandero	Vitaminas	1 mes	Sí funcionó porque subió de peso.
M05	Curandera	Nada	No	no
	Autoatención	Ruda por todo el cuerpo	1 vez	Funcionó porque dormía mejor
	Puesto de Salud	ATLC y ayuda alimentaria	15 días	Funcionó porque ganó peso y empezó a comer.
M06	médico privado	Vitaminas, plan educacional	1 mes	Sí funcionó porque de lo contrario quizá hubiera muerto.
	Centro de Salud	Referencia a CRN	-----	sin resultado
	Autoatención	vitaminas, alimentos	4 meses	No funcionó porque no vio mejoras en el niño.
	CRN	Medicamentos, fórmulas, comida.	3 meses	Sí funcionó porque el niño mejoró y ganó peso.
M07	Farmacia	Analgésicos	1 semana	Sí, porque se le quita la fiebre
	Centro de salud	analgésico, plan educacional	3 días	Sólo la fiebre
	Autoatención	Vitaminas	1 año y medio	Sí, porque come mejor

M08	Centro de Salud	Suero, Referencia a CRN	Medio día	Ayudó con la diarrea
	CRN	medicamentos, formulas, comida.	3 meses	sí funcionó porque recuperó el peso y salió normal.
M09	Curandera	Mezcla de plantas más medicamentos de venta libre	2 veces en 3 meses	Sí porque frenaba los vómitos y la diarrea.
	Centro de Salud	ATLC, Ración de alimentos	No sabe	Funcionó poco, porque sube poco de peso o se etanca
	Autoatención	vitaminas, tener un pato en casa.	1 mes	vitaminas funcionaron porque tiene más apetito, pato funcionó porque le quita el mal de ojo.
	Autoatención	Bautizo		funcionó, porque se dejó de enfermar
M10	Hospital de Chimaltenango	No sabe	3 meses	Sí funcionó porque resolvió la neumonía
	CUM Tecpán	medicamentos para enfermedades respiratorias, nebulizaciones	8 meses	Sí funcionó, porque se resolvía la enfermedad.
	CRN	Referencia al centro de salud, plan educacional, consulta externa.	1 año	Sí funcionó porque subió de peso, ya no se enfermó.
	Centro de Salud	ATLC	2 meses	Sí funcionó, porque subió de peso,

				empezó a comer.
M11	Médico privado	Vitaminas	1 mes	no funcionó porque se siguió enfermando
	Centro de Salud	Medicamentos	1 mes	Funcionó poco porque se continuó enfermando
	Curandera	Referencia a hospital	Inmediatamente después de la consulta	-----
	CRN	Fórmula, alimentos	4 meses	Funcionó porque subió de peso.
	Autoatención	Vitaminas	2 meses	Funcionó porque empezó a comer, es más activo, intenta caminar.

XII. ANEXOS

Anexo 1. GUÍA DE ENTREVISTA PARA MADRES DE NIÑOS AFECTADOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA DE COMUNIDADES DE TECPÁN GUATEMALA DURANTE EL AÑO 2015

Fecha: _____ Entrevista No. _____

Nombre _____ de _____ la _____ entrevistadora: _____

Lugar: _____

Nombre de la madre: _____ Edad: _____

Nombre del niño: _____ Edad: _____
Sexo: M F

Etnicidad: _____

Introducción

Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus experiencias en el Centro de Salud o el hospital, los servicios que ha recibido, y las dificultades que encontró durante el proceso. No existen respuestas correctas o incorrectas. Por favor siéntase libre de decir sus opiniones e ideas. Antes de empezar, me gustaría hacerle algunas preguntas básicas.

Información social y demográfica

1. Dirección actual:

2. Nivel de ingresos (Q)

>1,000.00	1,000.00	–	1,500 .00	–	2,000.00	–	<2,500.00
	1,500.00		2,000.00		2,500.00		

3. Religión

Católica	Evangélica	Testigo de Jehová	Mormona	Espiritualidad Maya	Otra:
----------	------------	-------------------	---------	---------------------	-------

4. Religiosidad

No religioso	Poco religioso	Moderado	Fuerte	Muy fuerte
--------------	----------------	----------	--------	------------

5. Religión predominante en su familia

Católica	Evangélica	Testigo de Jehová	Mormona	Espiritualidad Maya	Otra:
----------	------------	-------------------	---------	---------------------	-------

6. Estado Civil

Soltera	Casada	Separada	Viuda	Unida
---------	--------	----------	-------	-------

7. Hijos e hijas

--

8. ¿La persona con quien vive es su primer pareja?

9. Vive con otros familiares: Sí _____ No _____

10. Número de personas que considera que conforman su círculo más cercano:

11. Educación

Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria	Bachillerato	Universitaria
---------------------	-------------------	------------	--------------	---------------

12. Ocupación:

¿Cuál es su fuente principal de ingresos?

Ocupación del cónyuge:

¿Cuál es su fuente principal de ingresos de su pareja?

13. Servicios con los que cuenta en su hogar. (Dar la lista y que la persona conteste sí o no)

Agua potable/ chorro	Sí	No
baño/Letrina	Sí	No
Drenaje	Sí	No
Piso de cemento o concreto	Sí	No
Electricidad	Sí	No
Casa propia	Sí	No

HISTORIA CLÍNICA Y EXPERIENCIA DE LA ENFERMEDAD Le haré algunas preguntas sobre su proceso de búsqueda de ayuda y experiencia personal durante la enfermedad de su hijo/a. Estas preguntas nos ayudarán a entender cómo viven este proceso otras personas, incluyendo posibles fuentes de apoyo social y otros recursos que hayan sido importantes en su proceso.

1. ¿Considera que su hijo tuvo o tiene un problema de salud? (Elicitar narrativa y anotar las palabras exactas de la entrevistada)

2. ¿Qué síntomas o cambios estaba presentado su hijo/a? (Marcar los que la persona mencione y anotar otra información importante)

Síntomas físicos	E	P
1. Pérdida de peso		
2. Excesivamente delgado/a		
3. Dolor en		
4. Le cuesta respirar		
5. Vómitos		
6. Falta de hambre		
7. Debilidad		
8. Dolor de cabeza		
9. Hinchazón en la piel.		
10. Estómago inflamado		
11. Náusea		
12. Diarrea		
13. Fiebre		
14. Palidez		
15. Otros		

Otros:

- 1. ¿Desde cuándo estaba presentado esos síntomas? (Calcular cuánto tiempo le tomó a la madre buscar ayuda a partir de que iniciaron los síntomas)**

Narración:

- 2. ¿Cuándo decidió buscar ayuda?**

Narración:

- 3. ¿Por qué decidió buscar ayuda en ese momento? ¿Por qué no antes? ¿Por qué no después?**

Narración:

4. ¿Qué tratamientos buscó usted personalmente para dar tratamiento a su niño?

Narración:

5. ¿Visitó otros lugares o consultó a otras personas para intentar buscar una solución al problema de su niño?

Sí _____ No: _____

6. ¿A qué lugares acudió cuando se dio cuenta de los síntomas de su hijo/a?

Lugar visitado	Tratamiento (tipo	Cuánto tiempo	Resultado
----------------	-------------------	---------------	-----------

(doctor, clínica, farmacia y dónde)	de medicamento, cada cuánto, etc.)	estuvo en este tratamiento	(funcionó o no y por qué)

7. ¿Por qué cree que se enfermó? (Marcar las que menciona)

Causas Percibidas		Causas Percibidas	
Falta de alimento		Falta de higiene	
Contaminación del agua		Gérmenes	
Medicamento que tomó		Contaminación en el agua o aire	
Mal de ojo		Brujería	
Susto		Embarazo de la madre	
Prematurez		enfermedad	
Otro:		Otro:	

9
8. ¿Ha
escuc
hado
la

palabra desnutrición?

Narración:

9. ¿Considera que su niño estuvo o está desnutrido?

Narración:

10. ¿Cómo cree que se ve un niño con buen peso?

Narración:

11. ¿Cómo cree que se ve un niño desnutrido?

Narración:

12. ¿Qué comía el niño cuando se enfermó?

Narración:

13. ¿Cuándo le dijeron que su niño estaba desnutrido? ¿Cómo se sintió?

Narración:

14. ¿Quién le dijo que su niño estaba desnutrido?

Narración:

15. ¿Qué le dijo esa persona acerca de la desnutrición?

Narración:

16. ¿Qué piensa usted de lo que le dijo la persona sobre la desnutrición?

Narración:

17. ¿Por qué decidió darle tratamiento a su niño?

Narración:

18. ¿Cuál cree que es el mejor tratamiento para quitar la desnutrición de su niño?

Narración:

19. ¿Cuáles cree que son los mejores alimentos para que el niño se mantenga sano?

Narración:

TRATAMIENTO

¿Quién cree que es el responsable de darle tratamiento a su niño?

Narración:

20. ¿Qué soluciones le ofrecieron para dar tratamiento a la desnutrición de su hijo?

Narración:

21. ¿Qué tratamiento escogió para dar tratamiento a su niño?

Narración:

22. ¿Durante el tratamiento de su niño, considera que mejoró, empeoró o quedó igual?

Mejóro	Empeoró	Quedó igual
---------------	----------------	--------------------

Narración:

23. ¿Fue efectivo el tratamiento que le dieron a su hijo?

Si: _____ No: _____

Narración:

24. ¿Qué efectos considera que tuvo el tratamiento en su hijo?

Narración:

25. ¿Considera que la desnutrición fue una enfermedad grave?

Narración:

26. ¿Qué consecuencias cree que tiene la desnutrición para su niño?

Narración:

27. ¿Qué consecuencias le dijeron que tenía la desnutrición en su hijo?

Narración:

EXPERIENCIAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD

28. ¿Qué fue lo más difícil de recibir tratamiento en el centro de salud/ CRN?

Economía	
Distancia	
No respeto a creencias	
No entender bien el idioma	
No hubo explicación del personal	
Responsabilidades familiares	
Responsabilidades laborales	

Hospedaje familiares	
Tiempo de tratamiento	
Embarazo	
Amenazas	

Narración:

29. ¿Cómo la trataron cuando le dijeron que su niño tenía desnutrición?

Narración:

30. ¿Cómo la trataron durante el tratamiento de su niño?

Narración:

31. ¿Entendía las explicaciones que le daban en el Centro de Salud u hospital?

Si: _____ No: _____

Narración:

32. ¿Después del tratamiento, continuó llevando a su niño a los controles al Centro de Salud?

Si: _____ No: _____

Narración:

33. ¿Ha recomendado a otras madres que den tratamiento por desnutrición a sus hijos?

Si: _____ **No:** _____

Narración:

IMPLICACIONES FAMILIARES DEL TRATAMIENTO DE LA DESNUTRICIÓN

34. Desde que inició con este problema, ¿su familia le ha brindado el apoyo adecuado?

Marcar una

Sí	Posiblemente/ más o menos	Dudoso	No
----	------------------------------	--------	----

35. ¿Su familia ha hecho algo más para ayudarlo?

Marcar una

Sí	Posiblemente/ más o menos	Dudoso	No

(Narración) _____

36. ¿Quién cuidó a los otros niños mientras usted estaba en el hospital?

Esposo	
Mamá	
Suegra	
Hija/o	
Hermana/o	

Cuñada/o	
Vecina	
Otro	

37. ¿Desearía contarle a las personas de su comunidad acerca de la enfermedad de su hijo/a??

Sí	Posiblemente/ más o menos	Dudoso	No
----	------------------------------	--------	----

(Narración) _____

38. ¿Quién fue la primera persona en la que pensó al recibir la noticia que quisiera su apoyo y contarle?

(Narración) _____

39. ¿Quién le aconsejó para decidir el tratamiento de su niño?

(Narración) _____

40. ¿Quién le acompañaba a los tratamientos? ¿Qué relación tiene con esta persona?
¿Le pidió su compañía a esta persona o ella se ofreció?

(Narración) _____

41. ¿Las personas en su comunidad le tratan distinto desde que le diagnosticaron
Desnutrición a su hijo/a? ¿Cómo le tratan distinto?

(Narración) _____

42. ¿Las personas le toman menos en cuenta en las decisiones familiares y de la
comunidad?

(Narración) _____

43. ¿Quién estuvo más pendiente de usted cuando su hijo/a estaba enfermo/a?

(Narración) _____

44. ¿Cómo le apoyaba esta persona?

(Narración) _____

45. ¿Cuál de los siguientes presentaron su hijo o usted durante el tratamiento?

Patrones de angustia	Espontáneos	Investigación
Sociales		
Aislamiento social		
Reducción en el estatus social (rechazo/ presión)		
Problemas en el matrimonio		
Problemas financieros		
Pérdida del trabajo y del salario		
Reducción de los ingresos		
Psicológicos – Emocionales		
Tristeza		
Ansiedad		
Preocupación		
Incertidumbre por el curso de la enfermedad		

Miedo		
Varios		
Otro:		
No puede decir		

**Anexo 2. GUÍA DE ENTREVISTA PARA TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS DE
SALUD**

Nombre de la entrevistadora: _____

Fecha: _____ **Entrevista No.** _____

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** M
F

Etnicidad: _____

Introducción

Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus experiencias en el Centro de Salud, especialmente la relacionada con niños que han padecido desnutrición aguda y las dificultades asociadas con la enfermedad y el tratamiento. No existen respuestas correctas o incorrectas. Por favor siéntase libre de expresar sus opiniones e ideas. Antes de empezar, me gustaría hacerle algunas preguntas básicas.

Información social y demográfica

1. Dirección actual:

--

2. Tiempo de laborar en Centro de salud:

3. Puesto en el Centro de Salud: _____

4. ¿Ha ocupado otros puestos? ¿Cuáles?

PERCEPCIONES SOBRE EL PESO DE LOS NIÑOS

5. ¿Cuáles son las enfermedades que atienden más comúnmente?

Infecciones respiratorias		Desnutrición aguda	
---------------------------	--	--------------------	--

Neumonía		Desnutrición crónica	
diarrea		Conjuntivitis	
Amebiasis		Otros	
Dermatitis			

6. ¿Existen casos de niños con desnutrición?

Si: _____ No: _____

7. ¿Cuáles son las causas más comunes de la desnutrición?

Pobreza		Descuido de los padres	
Falta de alimento		Anomalías congénitas	
Infecciones		Falta de educación de los padres	
Bajo peso al nacer		Abandono	
Prematurez		Alcoholismo	
Otros			

8. ¿Cómo informa a las madres que su niño tiene desnutrición?

Narración:

9. ¿Cuál es la reacción más común de las madres al recibir el diagnóstico?

Narración:

10. ¿Cuáles son las causas de la desnutrición, según las madres?

Narración:

11. ¿Qué instituciones visitan las madres antes de visitar el Centro de Salud?

Narración:

12. ¿Qué otras soluciones buscan? ¿Son efectivas o inefectivas? ¿Por qué?

Narración:

13. ¿Qué piensa usted de lo que las madres saben de la desnutrición de sus hijos?

Narración:

14. ¿Cuál cree que es el mejor tratamiento para la desnutrición aguda?

Narración:

15. ¿Qué consecuencias tiene la desnutrición en los niños que la padecen?

Narración:

PERCEPCIÓN DE RIESGO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA

16. ¿Qué opciones de tratamiento ofrece a las madres de niños con desnutrición?

ATLC	
Centro de Recuperación Nutricional	
Alimentos locales	
Otros	

17. ¿Qué opciones escogen las madres para tratar a sus hijos?

Narración:

18. ¿Existe alguna opción que las madres deseen que no se ofrece en el servicio de salud?

Narración:

19. ¿Durante el tratamiento recibido qué tipo de seguimiento le da al niño?

Visitas domiciliarias	
Citas al Centro de salud	
Referencias a otros servicios	
Asistencia alimentaria	
Otros	

20. ¿Durante el tratamiento, considera que los niños mejoran, empeoran o siguen igual?

Narración:

21. ¿Considera que el tratamiento ofrecido a las madres es efectivo?

Sí: _____ **No:** _____

Narración:

22. ¿Qué efectos tiene el tratamiento después de terminado?

Narración:

23. ¿Cuál considera que es el mejor tratamiento para el niño con desnutrición?

Narración:

24. ¿Cuáles son los problemas asociados a la desnutrición que más presentan los niños?

Infecciones	
Retardo de Crecimiento	
Muerte	
Problemas legales	
otros	

EXPERIENCIAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD

25. ¿Las madres de niños con desnutrición asistían a sus consultas en el servicio de salud antes de ser detectadas?

Si: _____ No: _____

Narración:

26. ¿Las madres de niños con desnutrición asisten ahora a sus controles durante el tratamiento de la desnutrición aguda?

Si: _____ No: _____

Narración:

27. ¿Las madres de niños con desnutrición asisten a sus controles después del tratamiento de la desnutrición?

Si: _____ No: _____

Narración:

28. ¿Cuáles cree que son los motivos para que las madres no asistan al servicio de salud a los controles del niño?

Narración:

29. ¿Cuáles cree que son las causas que motivan a las madres de niños con desnutrición a continuar asistiendo al servicio de salud después del tratamiento?

Narración:

30. ¿Las madres de niños con desnutrición recomiendan a otras madres realizar el tratamiento para que sus niños mejoren?

Si: _____ No: _____

Narración:

31. ¿Cómo es la relación del servicio de salud con la comunidad debido a los casos de desnutrición?

Si: _____ No: _____

Narración:

Anexo 3. Consentimiento Informado para las madres

Barreras que dificultan el uso de servicios de salud para recuperación nutricional de niños de comunidades del municipio de Tecpán, Chimaltenango.

Este es un proyecto de investigación que incluirá solamente a personas que decidan tomar parte. Puede discutir su decisión con su familia y amigos. Usted ha sido escogido para participar en este estudio debido a que su niño/a ha recibido tratamiento por desnutrición.

¿Por qué se está haciendo este estudio?

El propósito principal de este estudio es entender cómo se relacionan los pacientes y los servicios de salud, así como las implicaciones que ha tenido el problema de salud de su hijo/a para usted y su familia. Usted no deberá revelar información con la que no se siente cómodo/a. Este estudio no pondrá en evidencia sus respuestas.

¿Cuáles serán los procedimientos?

El único procedimiento en este estudio será coleccionar información de usted acerca de su experiencia con la enfermedad que padeció su hijo/a, a través de una entrevista. La sesión durará aproximadamente 1 hora a 1 hora con 30 minutos y será grabada en audio y transcrita. Los temas a tratar serán: la desnutrición y sus riesgos, experiencias en los servicios de salud, personas a quienes acudió, instituciones (clínicas privadas u hospitales nacionales), apoyo social durante tratamientos, proceso de curación, alternativas de curación, etc. Durante la entrevista puede haber énfasis en algún tema específico, esto variará dependiendo de su experiencia.

¿Puedo rehusarme a participar en el estudio?

Sí. Usted puede escoger no participar en el estudio. No hay ninguna consecuencia por no participar.

¿Qué riesgos puedo esperar de participar en el estudio?

Los riesgos de participar en el estudio son mínimos. No usaremos su nombre mientras estamos grabando información sobre su enfermedad y relaciones sociales. Nadie además de la investigadora y su supervisora tendrán acceso a las grabaciones de su entrevista. Sin

embargo, algunos temas incómodos o dolorosos pueden surgir durante nuestra discusión. Estos temas pueden hacer que se sienta triste o le hagan recordar momentos dolorosos de su vida.

¿Cuáles son los beneficios de participar en este estudio?

Esperamos que la información que obtengamos de este estudio sirva para mejorar nuestro entendimiento de las relaciones de los servicios de salud y los pacientes, para proponer mejoras de importancia para el bienestar de los pacientes. También ayudará a entender las dificultades que se dan en el hogar y la comunidad al brindar tratamiento de la desnutrición. Esta información puede ayudar a pacientes en el futuro.

Si desea recibir más información sobre el estudio, comuníquelo a la investigadora.

Más información o preguntas sobre este estudio

En caso de tener más preguntas o si quisiera comentar o sugerir algo puede contactar a la investigadora:

Ana Colón

Tel: (502) 50679229

Correo electrónico: anitacolongaspar@gmail.com

Universidad Rafael Landívar

Al firmar este consentimiento usted accede participar en este estudio y confirmar que usted leyó y que se le explicaron los detalles del estudio contenidos en este formulario, que usted tuvo la oportunidad de hacer preguntas y se las respondieron como usted quería y recibió una copia de este consentimiento informado

Iniciales del participante y Pseudónimo

Fecha

Investigadora

Fecha

Lugar y fecha: _____

Anexo 4. Consentimiento informado para trabajadores de salud

Consentimiento Informado

Barreras que dificultan el uso de servicios de salud para recuperación nutricional de niños de comunidades del municipio de Tecpán, Chimaltenango.

Este es un proyecto de investigación que incluirá solamente a personas que decidan tomar parte. Puede discutir su decisión con su familia y amigos. Usted ha sido escogido para participar en este estudio debido a que realiza trabajos de tratamiento de enfermedades de niños en su comunidad.

¿Por qué se está haciendo este estudio?

El propósito principal de este estudio es entender cómo se relacionan los pacientes y los servicios de salud. Usted no deberá revelar información con la que no se siente cómodo/a. Este estudio no pondrá en evidencia sus respuestas.

¿Cuáles serán los procedimientos?

El único procedimiento en este estudio será coleccionar información de usted acerca de su experiencia con la detección y tratamiento de algunas enfermedades en niños. La sesión durará aproximadamente 1 hora a 1 hora con 30 minutos y será grabada en audio y transcrita. Los temas a tratar serán: detección y diagnóstico de niños muy delgados; detección y tratamiento de niños con hinchazón, relación de estos niños con la desnutrición, formas de tratar la desnutrición y relación con los servicios de salud, etc. Durante la entrevista puede haber énfasis en algún tema específico, esto variará dependiendo de su experiencia.

¿Puedo rehusarme a participar en el estudio?

Sí. Usted puede escoger no participar en el estudio. No hay ninguna consecuencia por no participar.

¿Qué riesgos puedo esperar de participar en el estudio?

Los riesgos de participar en el estudio son mínimos. No usaremos su nombre mientras estamos grabando información sobre su enfermedad y relaciones sociales. Nadie además de la investigadora y su supervisora tendrán acceso a las grabaciones de su entrevista. Sin embargo, algunos temas incómodos o dolorosos pueden surgir durante nuestra discusión. Estos temas pueden hacer que se sienta triste o le hagan recordar momentos dolorosos de su vida.

¿Cuáles son los beneficios de participar en este estudio?

Esperamos que la información que obtengamos de este estudio sirva para mejorar nuestro entendimiento de las relaciones de los servicios de salud y los pacientes, para proponer mejoras de importancia para el bienestar de los pacientes. También ayudará a entender las dificultades que se dan en el hogar y la comunidad al brindar tratamiento de la desnutrición. Esta información puede ayudar a pacientes en el futuro.

Si desea recibir más información sobre el estudio, comuníquelo a la investigadora.

Más información o preguntas sobre este estudio

En caso de tener más preguntas o si quisiera comentar o sugerir algo puede contactar a la investigadora:

Ana Colón

Tel: (502) 50679229

Correo electrónico: anitacolongaspar@gmail.com

Universidad Rafael Landívar

Al firmar este consentimiento usted accede participar en este estudio y confirmar que usted leyó y que se le explicaron los detalles del estudio contenidos en este formulario, que usted tuvo la oportunidad de hacer preguntas y se las respondieron como usted quería y recibió una copia de este consentimiento informado

Iniciales del participante y Pseudónimo

Fecha

Investigadora

Fecha

Lugar y fecha: _____

**Anexo 5. GUÍA DE GRUPO FOCAL: IDENTIFICACIÓN ÉMICA DEL CONCEPTO DE
DESNUTRICIÓN CON CURADORAS DE NIÑOS**

“DESNUTRICIÓN AGUDA”

Fecha: _____

Nombre de la entrevistadora: _____

Código: _____

1. Identificación de la desnutrición aguda tipo marasmo

¿Atiende usted a niños muy delgados comúnmente?

¿Cómo se les dice a los niños que están muy delgados?

¿Por qué motivos los niños se mantienen delgados?

Cuando vienen estos niños, ¿Generalmente vienen por la delgadez o por enfermedades asociadas?

¿Hay consecuencias si los niños se mantienen delgados?

¿Cuál es el tratamiento que usted ofrece a estos niños?

¿Qué pasos sigue para diagnosticar esta condición?

2. Identificación de la desnutrición aguda tipo Kwashiorkor

¿Ha visto usted niños que tienen hinchazón en la piel?

¿Cómo se les dice a los niños que están con hinchazón en la piel?

¿Por qué motivos los niños se empiezan a hinchar?

Cuando vienen estos niños, ¿Generalmente vienen por la hinchazón por enfermedades asociadas?

¿Hay consecuencias si los niños se hinchan?

¿Cuál es el tratamiento que usted ofrece a estos niños?

¿Qué pasos sigue para diagnosticar esta condición?

¿Ha escuchado la palabra desnutrición?

¿Qué significa?

¿Por qué cree que le da desnutrición a los niños?

¿Conoce distintos tipos?

¿Qué síntomas presentan los niños que tienen desnutrición?

¿Cuál es el tratamiento para la desnutrición?

¿Cuándo aparece esta condición los manda al centro de salud o al hospital?

Anexo 5. Carta de aprobación del estudio en la Dirección de Área de Salud de Chimaltenango



Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social

DIRECCION DE AREA DE SALUD DE CHIMALTENANGO
6 Avenida 9-26 zona 1 La Alameda, Chimaltenango, Chimaltenango
PBX: 7961-4747 Correo Electrónico: direcdaschimal@gmail.com

OFICIO DIREC-DAS No. 247-2016

Rer.MLGC/vcfr

Chimaltenango, 02 de junio 2016

Licenciada
Ana Cecilia Colón Gaspar
Nutricionista
CRN Tecpán, Guatemala

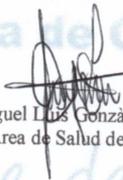
Licenciada Colón:

De manera atenta me dirijo a usted para referirme al Proyecto de Tesis "**Barreras que dificultan el uso de servicios de salud para recuperación Nutricional de niños de 6 meses a 5 años de Comunidades del Municipio de Tecpán**".

En tal sentido, le informo que el mismo fue revisado y analizado por lo que se autoriza su aplicación, solicitando que al concluirse el mismo se brinde información sobre los resultados finales del estudio a esta Dirección de Área de Salud.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente,


Dr. Miguel Luis González Cutzaj
Director de Área de Salud de Chimaltenango



cc. archivo.

República de Guatemala
SÍ sabe de salud!

