

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales



Relación del sistema frío-caliente en la sintomatología y  
dietan de recuperación por desnutrición en Tacaná, San  
Marcos.

Trabajo de investigación presentado por  
María Anaisabel Galindo Flores  
para optar al grado académico de Licenciada en Antropología

Guatemala

2017



Relación del sistema frío-caliente en la sintomatología y dietan de recuperación por desnutrición en Tacaná, San Marcos.

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales



Relación del sistema frío-caliente en la sintomatología y  
dietan de recuperación por desnutrición en Tacaná, San  
Marcos.

Trabajo de investigación presentado por  
María Anaisabel Galindo Flores  
para optar al grado académico de Licenciada en Antropología

Guatemala

2017

Vo. Bo.



---

Mtra. Tatiana Paz Lemus  
Asesora

Terna evaluadora:



---

Mtra. Tatiana Paz Lemus



---

Dra. Alejandra Colom B.

Dra. Alejandra Colom



MA. Andrés Álvarez Castañeda

Fecha de aprobación: Guatemala 2 de junio de 2017

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todas las personas que me apoyaron durante estos años a cumplir este proyecto de vida. A mi familia, principalmente a mi madre, Priscila Enohe Galindo, quien no desfalleció junto a mí todas esas noche y que junto a sus particulares rituales de sahumerio le dieron un olor característico a esta investigación. A mis amigos que no importando la distancia estuvieron pendientes y brindaron apoyo incondicional. A mi asesora Tatiana por haber aceptado esta tarea a pesar de tener un sinfín de cosas más que hacer, gracias por eso.

Definitivamente no puedo dejar de agradecer la coordinación y apoyo de la Asociación Hermana Tierra, quienes me guiaron y facilitaron la apertura con las familias que formaron parte de este proceso de investigación. Finalmente, un especial gracias a doña Clarita, cuya pasión por el cuidado de su hijo fue admirable y quien me ayudó a entender a profundidad la complejidad del frío y la pena.

Esta investigación se la dedico a mi abuelita Marta Isabel Flores García, quien desde lejos deseo ver culminado este proceso.

# ÍNDICE

Agradecimientos.....	vi
Siglas y acrónimos.....	ix
Lista de gráficas .....	ix
Lista de cuadros .....	x
Lista de tablas.....	x
Resumen.....	xi
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	13
III. METODOLOGÍA.....	10
A. Objetivos .....	10
B. Métodos y criterios de muestreo.....	11
C. Abordaje local .....	15
D. Consideraciones éticas.....	15
IV. MARCO TEÓRICO.....	12
A. Definiendo la desnutrición aguda .....	12
B. Antecedentes de desnutrición en Guatemala y en el municipio de Tacaná.....	13
C. Percepciones de la desnutrición. ....	16
D. Ministerio de Salud y Asistencia Social. ....	17
1. Sistema de Vigilancia Epidemiológica .....	17
2. Atención por Desnutrición Aguda.....	20
3. Tratamiento para la recuperación para la Desnutrición Aguda.....	21
E. Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional.....	22
F. Breve recorrido histórico de la antropología médica aplicada en Guatemala. ....	23
1. Modelos para la clasificación de enfermedades como punta de lanza.....	32
2. Las enfermedades como falta de equilibrio.....	38
3. Las condiciones internas susceptibles.....	40
4. Sistema de clasificación contemporáneo y participativo.....	41
G. La clasificación frío-caliente .....	43
1. Clasificación de alimentos.....	44
V. CARACTERIZACIÓN GENERAL DEL MUNICIPIO DE TACANÁ.....	47

A.	Datos socio-demográficos:.....	48
B.	Condiciones de vida: .....	49
C.	Servicios de Salud:.....	49
D.	Disponibilidad de alimentos:.....	50
E.	Servicios de salud no biomédicos .....	51
F.	Religión.....	51
G.	Caracterización de las madres participantes. ....	51
VI.	RECONOCIMIENTO DE ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS .....	54
A.	Conocimiento general .....	55
1.	Enfermedades más comunes en menores de 5 años.....	55
2.	Sintomatología por desnutrición.....	60
3.	Causas de la desnutrición.....	63
4.	Tratamiento.....	66
B.	El verdadero padecimiento .....	66
C.	Clasificación de la sintomatología y sus tratamientos .....	77
1.	Enfermedades y padecimientos con temperatura simbólica binaria .....	77
2.	Enfermedades y padecimientos calientes.....	79
3.	Enfermedades y padecimientos fríos.....	82
4.	Enfermedades y padecimientos sin temperatura simbólica.....	82
5.	Tratamientos .....	84
VII.	LA ENCRUCIJADA DE LAS MADRES .....	89
VIII.	CONCLUSIONES .....	93
IX.	RECOMENDACIONES .....	97
X.	BIBLIOGRAFÍA .....	99
XI.	ANEXOS .....	103
A.	Consentimiento informado .....	103
B.	Clasificación de sintomatología y tratamientos, características, tratamiento natural y tratamiento farmacéutico .....	105
C.	Listado de plantas .....	107

# SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ATLC	Alimento Terapéutico Listo para Consumir.
CAP	Centro de Atención Permanente
CE	Condición Externa.
CI	Condición Interna.
CRN	Centro de Recuperación Nutricional.
DA	Desnutrición Aguda.
DAM	Desnutrición Aguda Moderada.
DAS	Desnutrición Aguda Severa
DC	Desnutrición Crónica.
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.
MINEDUC	Ministerio de Educación.
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
OMS	Organización Mundial de Salud.
OPS	Organización Panamericana de Salud.
SAN	Seguridad Alimentaria y Nutricional.
SEGEPLAN	Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia.
SESAN	Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
SIGSA	Sistema de Información Gerencial de Salud.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

## Lista de gráficas

Gráfica 1: Total de menores de 5 años identificados con Desnutrición Aguda durante el 2012 a octubre 2015 en Tacaná, San Marcos.

Gráfica 2: Situación general de niños y niñas con desnutrición aguda en Tacaná en 2015.

Gráfica 3: Número de casos de menores de 5 años con DA y número de muertes por DA del 2013 al 2015 en Tacaná, San Marcos.

Gráfica 4: Sistema de clasificación de enfermedades de acuerdo a 67 especialistas Maya' de regiones etnolingüísticas distintas.

## Lista de cuadros

<b>Cuadro 1</b> Autores nacionales e internacionales que hablan sobre la salud en Guatemala .....	28
<b>Cuadro 2</b> Propuesta de clasificación de las enfermedades por Azzo Ghidinelly. ....	37
<b>Cuadro 3</b> Percepciones de mujeres entre 13-39 años sobre las enfermedades más comunes en menores de 5 años .....	56
<b>Cuadro 4</b> Percepciones de mujeres entre 40-60 años sobre las enfermedades más comunes en menores de 5 años .....	57
<b>Cuadro 5</b> Percepciones de hombres entre 13-39 años sobre las enfermedades más comunes en menores de 5 años .....	58
<b>Cuadro 6</b> Percepciones de hombres entre 40-60 años sobre las enfermedades más comunes en menores de 5 años .....	59
<b>Cuadro 7</b> Percepciones de mujeres entre 13-60 años sobre la sintomatología por desnutrición.....	61
<b>Cuadro 8</b> Percepciones de hombres entre 13-60 años sobre la sintomatología por desnutrición.....	62
<b>Cuadro 9</b> Percepciones de mujeres entre 13-60 años sobre causas de la desnutrición	64
<b>Cuadro 10</b> Percepciones de hombres entre 13-60 años sobre causas de la desnutrición	64
<b>Cuadro 11</b> Comunidades abordadas dentro del estudio, diagnóstico por parte de los centros de salud y padecimiento de los niños según las madres .....	67
<b>Cuadro 12</b> Causas y efectos de los verdaderos padecimientos de los menores, según las madres .....	76

## Lista de tablas

<b>Tabla 1</b> Resumen de métodos de recolección de datos y objetivos abordados por cada Método.....	9
<b>Tabla 2</b> Tratamientos naturales para contrarrestar padecimientos y enfermedades	86
<b>Tabla 3</b> Tratamientos médicos farmacéuticos para contrarrestar padecimientos y enfermedades .....	87

## RESUMEN

La desnutrición infantil en Guatemala es un fenómeno grave, resultado de varios problemas estructurales que afecta de manera negativa la salud, educación y economía de quien la padece. Para comprender un poco sobre cómo es percibida por la población, esta investigación se concentra en analizar cómo opera la clasificación frío-caliente en las percepciones de enfermedad, sintomatología y tratamiento, de madres cuyos menores de 5 años fueron diagnosticados con desnutrición aguda, sin complicaciones y con tratamiento ambulatorio, en el municipio de Tacaná, San Marcos.

La selección de la muestra fue de tipo no probabilístico, siguiendo los criterios de inclusión por cada uno de los métodos utilizado para la recolección de datos. Se realizó un trabajo de campo etnográfico viviendo 45 días en la región de Tacaná, y dónde las notas de campo y la observación participante fueron las principales técnicas de recolección de datos. Paralelo a esta convivencia se utilizaron tres métodos complementarios: 60 listados libres para la identificación de tres dominios culturales; 20 entrevistas semi estructuradas con preguntas abiertas dirigidas a las madres de los niños diagnosticados: y clasificación en pilas o pile-sorting.

Entre los resultados más significativos se resaltan es que la población en general del municipio no consideran que la desnutrición sea una enfermedad común que afecta mayoritariamente a menores de 5 años, afirmación que refuerza el argumento de que las madres entrevistadas no ven la desnutrición como una de las razones del deterioro nutricional de sus hijos e hijas que diagnosticados por el centro de salud. A su vez, consideran que sus padecimientos están mayoritariamente ligado a enfermedades no biomédicas como el mal de ojo, pena, parásitos, debilitamiento por nacimiento o a causa del enfriamiento de la leche.

Así mismo, es importante resaltar que las percepciones que las madres tienen sobre la desnutrición están directamente condicionadas por la calidad que el servicio de salud público ofrece en el municipio. Los malos tratos, el acceso y disponibilidad de atención y el abastecimiento de tratamiento, son algunos de los factores que influyen sobre la preferencia de las madres a acudir sobre ciertos servicios para realizar la consulta médica, sino la legitimidad sobre el diagnóstico y tratamiento para la recuperación nutricional de sus hijos e hijas.

# I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se laboró dentro del marco laboral de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, la cual tiene como objetivo principal evitar las muertes por desnutrición en el país. En labor a su cumplimiento en el 2015 planteó una investigación sobre *Percepciones que definen prácticas alimentarias en familias que presentan casos de desnutrición aguda*, plataforma que se aprovechó para plantear la presente investigación.

El objetivo de esta investigación fue analizar cómo opera la relación frío-caliente en las percepciones de enfermedad, sintomatología y tratamiento, de 16 madres con menores de 5 años diagnosticados con desnutrición aguda en el municipio de Tacaná. Para ello se utilizaron métodos y herramientas de abordaje cualitativo que permitieron identificar y profundizar aspectos que determinan el pensamiento, patrones de conducta y toma de decisiones en torno al estado nutricional de los y las menores.

El sistema simbólico de clasificación de alimentos y enfermedades que se aborda en esta investigación, permite reconocer que no es un sistema que opera únicamente entre la población indígena y muestra una base sólida para comprender la toma de decisiones en torno a la efectividad de los tratamientos y el consumo de alimentos para un buen equilibrio nutricional. Por otro lado los resultados revelan algunos de los factores que condicionan el reconocimiento de la desnutrición como una enfermedad que afecta directamente el estado nutricional de los/las menores. Todo esto fue de suma importancia para el planteamiento de recomendaciones para la mejora de programas e iniciativas dirigidas a fortalecer el estado nutricional de madres y menores de 5 años en el país.

## II. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se realizó dentro del marco laboral de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN) en donde la investigadora formaba parte del equipo de investigación cualitativa y había participado en estudios anteriores.

En su lucha para disminuir la prevalencia de desnutrición crónica y aguda en el país, en varias oportunidades la SESAN fomentó el abordaje de estudios cualitativos para determinar aspectos culturales, de género e interculturales que influyen en la eficacia de las acciones del PPH0. En el 2013 se lanzó la primera investigación antropológica para conocer los *Factores socioculturales que inciden en la desnutrición crónica* y en el 2015 el estudio sobre *Percepciones que definen prácticas alimentarias en familias que presentan casos de desnutrición aguda*. Es durante este último abordaje en donde la investigadora plantea la presente investigación para entender cómo influyen determinados aspectos socio-culturales en la manera de pensar, percibir y actuar de madres con menores diagnosticados con Desnutrición Aguda (DA) en relación a la sintomatología y dieta para su recuperación en el municipio de Tacaná.

El municipio de abordaje fue seleccionado por ser parte de los 166 municipios priorizados por la SESAN y por ser uno de los cuatro municipios de San Marcos beneficiados por el Programa Conjunto (PC)<sup>1</sup>. Si bien la investigación del 2015 se realizó en los municipios de Jalapa y Tacaná, este último fue asignado a la investigadora por razones puramente logísticas y de interés personal. Vale la pena mencionar que inicialmente el abordaje de esta investigación se pensó realizar en el municipio de Tajumulco, San Marcos, debido a que en previas investigaciones de la institución, se tuvo la oportunidad de identificar rasgos sobresalientes sobre la manera que opera la relación frío-caliente en la clasificación de alimentos de las comunidades El Terreno Pinalitos en Santa Ana Huista y Santa Isabel en San Juan Atitán del departamento de Huehuetenango. Con la finalidad de expandir los horizontes para esta nueva investigación se planteó realizar la investigación en el departamento de San Marcos, específicamente en el municipio de Tajumulco por tener características sociodemográficas y

---

<sup>1</sup> El Programa Conjunto (2015 – 2020) busca fortalecer el desarrollo rural e institucional de cinco municipios del departamento de San Marcos: Tacaná, Tajumulco, Esquipulas Palo Gordo y San Lorenzo. Regiones cuya población presenta un 90% de pobreza y una alta tasa de migración (OPS/OMS, 2017, pág. sp).

socioculturales similares a las comunidades estudiadas en el departamento de Huehuetenango. Sin embargo, por razones puramente administrativas, de seguridad y ajenas a la investigadora, se redireccionó a la región de Tacaná.

Los beneficios de esta investigación son varios. Si bien se puede tener acceso a numerosos datos estadísticos e investigaciones cuantitativas que describen los patrones de consumo alimenticio y el comportamiento nutricional de las personas, esta investigación permitirá presentar algunas de las razones de cómo surgen y por qué son así estos patrones y comportamientos. La información presentada en esta investigación permitirá aumentar conocimientos y la mejora en la comprensión de la situación del país en este tema tanto para organismos que interesados y que comprometidos en temas nutricionales; la comunidad científica y a la población en general. Por estas razones, la presente investigación busca generar una base sólida de evidencias para elaborar propuestas que aborden las barreras o limitantes en la implementación de los diferentes programas de intervención enfocados a mejorar la seguridad alimentaria y nutricional en las comunidades del interior del país.

### III. METODOLOGÍA

La presente investigación se ubica dentro del paradigma interpretativa, también llamado constructivista o fenomenológico. Según Geertz (1994: 75) este paradigma permite comprender procesos socio-culturales a través del punto de vista del actor social considerando dos planos de entendimiento: lo que el actor hace y lo que significa para el actor lo que hace. Se plantea como cualitativa, que según Yin (2011: 7 y 8) se caracterizan por estudiar el significado que tiene la vida para las personas en condiciones reales, representar la mirada o la perspectiva de los participantes en el estudio, cubrir las condiciones del contexto en el que viven, contribuir en el conocimiento con conceptos existentes o emergentes que pueden ayudar a explicar el comportamiento humano y usar fuentes múltiples de evidencia en vez de aprovecharse de una sola fuente.

A continuación se presenta en detalle la metodología utilizada en esta investigación. Inicialmente se plantean los objetivos, su diseños, los métodos utilizados y los criterios de selección para cada método, el abordaje local con actores influyentes tanto fuera como dentro de las comunidades y, por último, algunas consideraciones éticas que la investigadora discurre para aclarar la manera cómo se realizó la investigación, para referencia de futuras investigaciones interesadas en la temática de estudio.

#### A. Objetivos

Objetivo general: Analizar cómo opera la clasificación frío-caliente en las percepciones de enfermedad, sintomatología y tratamiento, de madres cuyos menores de 5 años fueron diagnosticados con desnutrición aguda, sin complicaciones y con tratamiento ambulatorio, en el municipio de Tacaná, San Marcos.

Objetivos específicos:

- Explorar las percepciones en torno a las enfermedades que padecen los menores de 5 años en el municipio.
- Conocer si existe un reconocimiento de la sintomatología y causas por desnutrición en menores de 5 años en el municipio.
- Describir las percepciones de las madres en torno al padecimiento de los menores diagnosticados con desnutrición aguda.

- Comprender la clasificación *frío-caliente* de la sintomatología y tratamiento para la recuperación del menor diagnosticado con desnutrición aguda.
- Describir los retos que enfrentan las madres al poner en práctica tanto los conocimientos ancestrales como los dictámenes del servicio de salud en el municipio.

## B. Métodos y criterios de muestreo

La selección de la muestra fue de tipo no probabilístico, siguiendo los criterios de inclusión por cada uno de los métodos utilizado para la recolección de datos. Para analizar cómo opera la relación frío-caliente en las percepciones sobre enfermedad, sintomatología y tratamiento por desnutrición aguda, se realizó un trabajo de campo etnográfico, donde las notas de campo y la observación participante fueron las principales técnicas de recolección de datos. Cabe mencionar que para cumplir con el objetivo de la investigación fue necesario vivir durante 45 días en la región de Tacaná dedicando tiempos específicos para convivir con cada participante de la investigación, generando una relación de confianza lo suficientemente próxima para obtener los datos necesarios. Paralelo a esta convivencia se utilizaron tres métodos complementarios: listados libres, clasificación en pilas y entrevistas semi estructuradas, de los cuales los primeros dos son puramente de la rama cognitiva. Según D'Andrade (1995) los métodos cognitivos permiten comprender "no solo cómo las personas organizan la cultura, sino cómo la utilizan" haciendo referencia a su manera de pensar y concebir el mundo. Una de las ideas principales es la generación de categorías que permitan conocer los consensos o dominios culturales que condicionan y motivan el comportamiento humano" (Simova, Rubertson, & Beasley, 2009, pág. sp).

El primer momento de abordaje metodológico fue durante los primeros días del trabajo de campo implementando el método de **listado libre** o **free-listing**. Este método permite estudiar dominios culturales, facilitando el análisis de conglomerados. La idea principal es que las personas hagan listados sobre una pregunta particular que permita conocer el dominio cultural sobre un tema determinado (Bernard, 1995, págs. 168 - 169).

Para los listados libres la selección de la muestra fue de tipo no probabilístico por conveniencia. Se hizo un total de 60 listados libres sobre tres dominios culturales descritos en detalle más adelante, dividiendo a la muestra en dos grupos; un primer grupo incluyendo a mujeres y hombres entre 15 a 39 años y un segundo grupo incluyendo a mujeres y hombres entre 40 a 60 años.

Previo al abordaje con los participantes, se establecieron tres criterios de inclusión para la sección de la muestra. El primer criterio contempló la sección de personas originarias del municipio de Tacaná, por lo que fue necesario asegurarse que los participantes hubiesen nacido en el municipio y que aún se encontraran viviendo dentro del mismo.

Posteriormente se tomó en cuenta que los participantes estuvieran entre las edades de 15 a 60 años, con la finalidad de dividir el grupo en dos: un primer grupo que abarcara las edades de 15 a 39 años y un segundo grupo entre las edades de 40 a 60 años. La razón de dividir la muestra en estos dos grupos se debió a que según datos obtenidos en la Encuesta Nacional Materno Infantil 2008-2009 el rango de edad de mayor fertilidad entre las mujeres se encuentra entre los 15 a los 39 años, disminuyendo drásticamente a partir de los 40 años y viéndose limitadas biológicamente a quedar embarazadas a partir de los 45 (MSPAS, *et al*, 2011, pág. 54). Según observaciones de campo en experiencias previas, se ha identificado que las mujeres arriba de los 40 años son fácilmente identificadas como posibles abuelas, edad que les permite tener juicio suficiente para transmitir a sus hijos los conocimientos sobre el cuidado de su familia y en algunos casos siendo ellas las responsables del cuidado de los nuevos miembros. Tomando en cuenta lo anterior, para mantener la comparabilidad de los resultados obtenidos entre las mujeres y los hombres, se aplicó el mismo rango de edad para el sexo masculino.

Finalmente se requirió una exhaustiva búsqueda de participantes que fueran madres y padres, esto, para poder mantener una mayor similitud con los contextos y características de las próximas poblaciones seleccionadas para las otras metodologías implementadas en esta investigación.

Los datos recolectados en los listados libres fueron recogidos por la investigadora durante un período de una semana, abordando a los participantes en la plaza central, servicios de salud, áreas cercanas a escuelas y dependencias gubernamentales, así como la municipalidad. Posteriormente, los datos fueron analizados en el programa Anthropac 1.0<sup>2</sup> para Windows, el cual permitió profundizar en el orden y estructura en que la población participante entiende los elementos de los dominios culturales abordados.

---

<sup>2</sup> Anthropac 1.0 es un software que permite la recolección y sistematización de información cualitativa y cuantitativa para el análisis de dominios culturales (Analytic Technologies, 2009, pág. sp)

La pregunta inicial estuvo pensada en ser abordada como “¿Cuáles son las enfermedades más comunes entre los niños pequeños?”, sin embargo, al hacer un abordaje inicial con las personas de Tacaná se concluyó que era más asertivo el remplazar “pequeños” por “chiquitos”, ya que para este último las personas asociaban a menores con características de tener de 0 a 4 años y que aún podrían estar lactando, mientras que para el primero visualizaban a niños que podrían estar entre un rango mayor a 5 años.

Se abordó a los participantes en lugares públicos como la plaza central, servicios de salud, áreas cercanas a escuelas y dependencias gubernamentales, realizando 30 entrevistas por grupo. Los resultados obtenidos a través de este método permitieron explorar la percepción que tiene la población de Tacaná sobre la desnutrición y otras enfermedades que pueden padecer los menores en el municipio. Vale la pena resaltar que los datos obtenidos durante este proceso ayudaron a brindar tópicos específicos para profundizar en la práctica de los siguientes dos métodos.

La segunda etapa de abordaje se realizó a partir de los resultados obtenidos en los listados libres, invirtiendo un total de cuatro semanas consecutivas y en donde se realizó 20 **entrevistas semi-estructuradas** con preguntas abiertas. Este método se basa en poseer una guía de preguntas y temas, permitiendo al entrevistador tener la libertad de abordarlas a manera de conversación. Debido a su flexibilidad esta metodología permite la apertura de nuevos tópicos de conversación que pueden ser de riqueza para el estudio (Bernard, 1995, pág. 148).

La muestra para este método fue de tipo no probabilístico por juicio, ya que con la colaboración del jefe de distrito, el personal de salud, autoridades locales y vecinos, se seleccionaron a 15 madres o responsables de menores diagnosticados con DA (fuese ésta moderada o severa), Los resultados obtenidos a través de este método contribuyeron a comprender y a profundizar en las percepciones entorno al concepto de enfermedad, sintomatología y tratamiento por desnutrición, así mismo, permitió identificar la existencia y operatividad de la clasificación frío-caliente en la en dichos conceptos.

Inicialmente se tenía contemplado realizar una tercera etapa de investigación que consistía en la implementación de la técnica de **clasificación en pilas** o **pile-sorting** con las mismas participantes entrevistadas. Según Bernard (1995: 174) esta técnica es mayormente utilizada cuando se quiere conocer información sobre un dominio cultural denso y para ello, es necesario el diseño y uso de cartas con dibujos o conceptos que deben ser clasificados en grupos según necesidades del estudio. Para el abordaje de la clasificación en pilas se usaron tarjetas ilustrativas de alimentos de la canasta básica y aquellos que la SESAN consideraba como fundamentales para tener un buen equilibrio nutricional<sup>3</sup>. La idea principal de este abordaje era que los participantes manipularan las tarjetas a lo largo del ejercicio, permitiendo el reconocimiento y clasificación de los alimentos en grupos de relación. Este ejercicio pretendía ayudar a comprender la existencia y operatividad de la clasificación frío-caliente de la dieta de recuperación por desnutrición aguda; sin embargo este ejercicio no se pudo realizar ya que, a diferencia de una participante, las madres no pudieron reconocer los alimentos de la mayoría de las tarjetas ilustrativas y no pudieron clasificar los alimentos en grupos de relación.

Durante las últimas semanas de campo, se tuvo oportunidad de conversar con uno de los curanderos del municipio y con una enfermera auxiliar que vivía en Tacaná, pero que laboraba en el Centro de Salud de Sibinal. Inicialmente no se tenía contemplado abordar a proveedores de salud, sin embargo, los datos fueron sumamente importantes para comprender específicamente sobre las enfermedades culturales en el municipio. Debido a que ambas conversaciones fueron de manera improvisada, no se tenía una guía de temas a tratar en específico. Sin embargo, se considera necesario que para futuras investigaciones se incorpore el abordaje de proveedores de salud tradicional como del área biomédica.

A continuación se detalla el método de recolección de información utilizado finalmente para cumplir con los objetivos específicos.

---

<sup>3</sup> Los alimentos fueron seleccionados a partir del listado de consumo aparente realizado por el equipo técnico de SESAN durante el 2014. Sin embargo, dicho documento no fue publicado sino fue usado puramente para fines internos de la institución.

**Tabla 1:** Resumen de métodos de recolección de datos y objetivos abordados por cada método.

OBJETIVO ESPECÍFICO	MÉTODO UTILIZADO
Explorar las percepciones en torno a las enfermedades que padecen los menores de 5 años en el municipio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación participante.</li> <li>• Notas de campo</li> <li>• Free-listing</li> <li>• Entrevistas semi estructuradas</li> </ul>
Conocer si existe un reconocimiento de la sintomatología y causas por desnutrición en menores de 5 años en el municipio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación participante</li> <li>• Notas de campo.</li> <li>• Listados libres</li> <li>• Entrevistas semi estructuradas</li> </ul>
Describir las percepciones de las madres en torno al padecimiento de los menores diagnosticados con desnutrición aguda.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notas de campo</li> <li>• Entrevistas semi estructuradas</li> </ul>
Comprender la clasificación <i>frío-caliente</i> de la sintomatología y tratamiento para la recuperación del menor diagnosticado con desnutrición aguda.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notas de campo</li> <li>• Listados libres</li> <li>• Entrevistas semi estructuradas</li> </ul>
Describir los retos que enfrentan las madres al poner en práctica tanto los conocimientos ancestrales como los dictámenes del servicio de salud en el municipio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notas de campo</li> <li>• Entrevistas semi estructuradas</li> </ul>

### C. Abordaje local

Previo al trabajo de campo se coordinó con representantes y personal de los servicios de salud, SESAN y autoridades locales sobre los objetivos y procesos de la investigación. Se solicitó su apoyo con respecto a la detección de los casos de menores con DA dentro del municipio y se acordó que durante la primera semana de investigación el personal del servicio de salud apoyaría a brindar información sobre la localización de los casos diagnosticados.

### D. Consideraciones éticas

Fue fundamental tomar en cuenta algunas consideraciones éticas antes de empezar con el proceso de recolección de información, ya que como investigadores y miembros del gremio académico de la Sociedad Antropológica Aplicada (SfAA por sus siglas en inglés) es nuestro

deber actuar de manera consciente al momento de hacer investigación, independientemente de las condiciones en las que se encuentre el investigador. Según el *Manual de ética del SfAA* (Ethical and Professional Responsibilities), el investigador debe:

1. <<Divulgar los objetivos y metodología de investigación con el participante. La participación de los informantes debe ser totalmente voluntaria, manteniendo la confidencialidad de aquellos que lo hagan. De esta manera, es obligación del investigador dejar claro desde el inicio los límites y riesgos que pueden traer a la comunidad su participación.
1. Mantener respeto, dignidad, valor e integridad con los participantes. Así como evitar hablar o recomendar actuar a favor de un patrocinador, lo que puede ser perjudicial para las comunidades.
2. Respetar las necesidades e intereses de los patrocinadores, sin dejar que esto influya la transparencia de los resultados de la investigación. Es decir, no optar por la falsificación o distorsión de la información obtenida que pueda afectar a los participantes con los que se trabaja.
3. Proporcionar información que sea relevante y precisa para que sea útil y de interés en la sociedad en general.
4. comunicar los resultados obtenidos con aquellas organizaciones que apoyan la realización de las actividades trabajadas.>> (Society for Applied Anthropology, 2015, pág. sp)

Tomando lo anterior en cuenta, para evitar confusiones o posibles inconvenientes durante el proceso de investigación, fue necesario establecer una buena comunicación con los participantes, autoridades comunitarias y otros actores relevantes, dejando claro desde el inicio: las metas, los objetivos, la dinámica de recolección de datos, la finalidad de los datos y el papel de la investigadora en todo el proceso. De esta forma, el abordaje temático con los participantes y actores clave permitió transparentar la información. Así mismo se hizo de su conocimiento el uso de la grabadora para registrar las respuestas de los participantes.

Antes de la recolección de datos se socializó a las participantes el formato de consentimiento informado (ver anexo No. A). El formato fue leído a todas las participantes en voz alta y se les

entregó una copia para su registro personal. Debido a que la presente investigación se realizó dentro de marco laboral de la SESAN, se acordó realizar solo un formato que fuera de utilidad tanto para la investigación del marco laboral de la SESAN como para esta investigación. Por lo tanto, el formato del consentimiento debía incorporar los logos tanto de la SESAN como de UNICEF<sup>4</sup>. Por otro lado se proporcionaron los datos del coordinador del investigador principal Luis Pedro Chang y de la investigadora de esta investigación para que los participantes pudieran resolver inquietudes o dudas con respecto a la lógica del estudio.

---

<sup>4</sup> Por ser la entidad financiera de la investigación, el logo de UNICEF debía de ser incorporado en cualquier formato que fuese entregado a los participantes e interesados del estudio.

## IV. MARCO TEÓRICO

En esta sección se discuten datos provenientes de fuentes tanto del ámbito antropológico como del ámbito médico nutricional. Inicialmente se abordarán temas relacionados a la desnutrición a nivel global y a nivel nacional, haciendo especial énfasis en la región de esta investigación. Posteriormente se presentará un breve recorrido histórico sobre el papel de la antropología aplicada en el ámbito médico, resaltando la labor de aquellos autores que han brindado nueva información para el conocimiento y comprensión de la relación frío-caliente tanto en enfermedades como en la alimentación.

### A. Definiendo la desnutrición aguda

Según UNICEF (2012: 5) <<a desnutrición aguda se caracteriza por un rápido deterioro del estado nutricional en un corto periodo, resultado de la falta de acceso y disponibilidad de alimentos que afecta la cantidad, la frecuencia y la calidad del consumo de alimentos provocando una poca absorción de nutrientes. Secundariamente al padecimiento de enfermedades severas como la diarrea o infecciones respiratorias, la desnutrición puede deberse mayoritariamente por la falta de saneamiento e higiene de las personas y de los hogares, resultante del poco recurso económico y/o de prácticas inadecuadas>>.

La desnutrición aguda puede manifestarse de dos formas según su gravedad; moderada y severa. Es desnutrición aguda moderada cuando la relación entre peso y talla se encuentra entre -2 y -3 de la desviación estándar según gráfica de peso para la talla según sexo y edad de la Organización Mundial de la Salud (OMS), mientras que cuando es desnutrición aguda severa la relación se encuentra debajo de -3. Esta última es considerada como el estadio más grave y clínicamente se muestra en forma de marasmo y kwashiorkor (MSAPAS, 2010, pág. 5).

- Marasmo: también llamada emaciación, se caracteriza por una grave deficiencia de calorías que afecta los procesos corporales, provocando un bajo peso en relación a la estatura y un retardo cognitivo para quien lo padece. Se manifiesta físicamente a través de una delgadez extrema, piel fina y flácida que se pega a los huesos, pelo fino y ralo que se cae fácilmente y provocándole un carácter irritable al paciente (ACF, 2015, pág. 2).

- Kwashiorkor: se caracteriza por la presencia de edemas debido a la retención anormal de agua y sodio en los tejidos, provocando lesiones en la piel, una apariencia hinchada con la piel estirada, cabello fino y frágil y un carácter apático y letárgico en el paciente (ACF, 2015, pág. 3).

“Este tipo de desnutrición es recuperable. Sin embargo, de no ser atendido oportunamente pone en alto riesgo la vida de los niños” (Her, 2015, pág. sp).

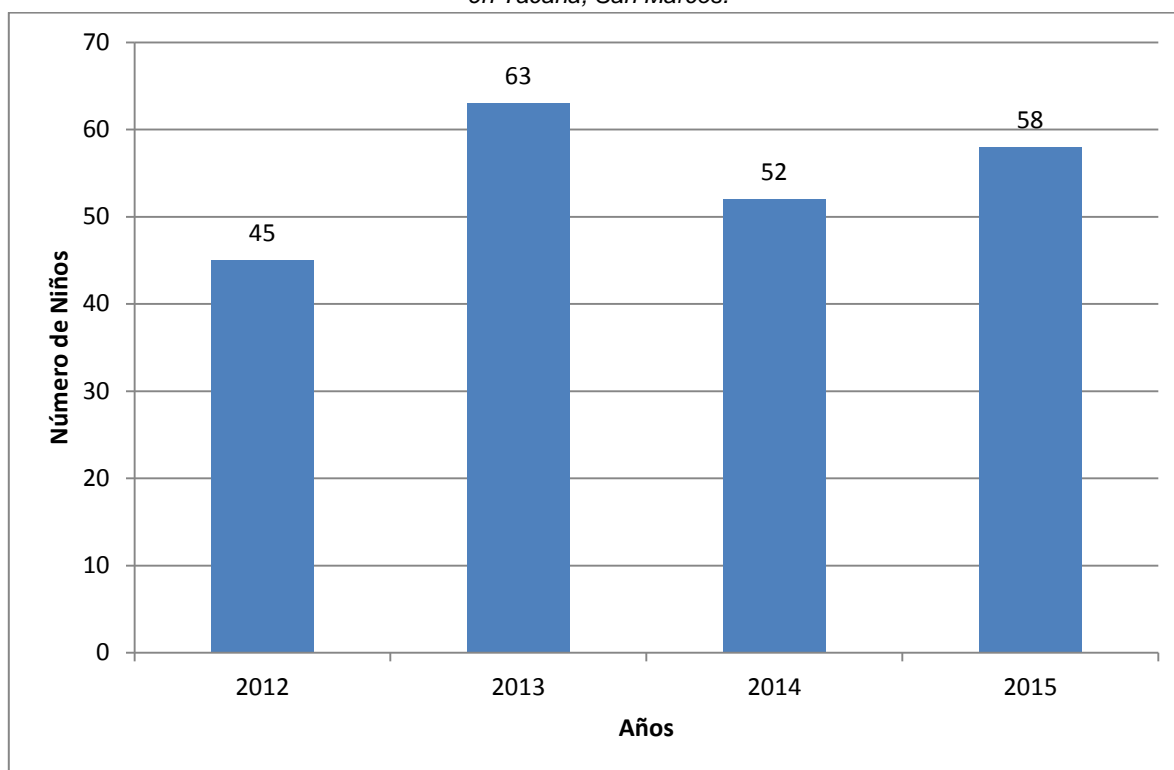
## B. Antecedentes de desnutrición en Guatemala y en el municipio de Tacaná.

La desnutrición infantil en Guatemala es un problema grave. Sus efectos negativos se ven reflejados a nivel de salud, educación e incluso a nivel económico por los altos costos y gastos del tratamiento en los servicios públicos y privados (MSPAS, 2010, pág. 295). En Guatemala, la desnutrición aguda es un fenómeno cuyo origen es producto de problemas estructurales que limitan la satisfacción de las necesidades básicas de la población, así como la escasez de alimentos a causa de los cambios climáticos que presenta el país (BID, 2012, pág. 26). Según reportes en la ENSMI 2008-2009 la prevalencia de desnutrición aguda en el país es de 1.4%, un dato bajo en relación a la media de América Latina. Sin embargo, puede llegar a aumentar hasta 10 veces el riesgo de mortalidad en la niñez (SESAN, 2014, pág. 14). De acuerdo a un estudio realizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), entre los años de 1960 y el 2000 medio millón de niños murieron por factores asociados a la desnutrición (Leiva, 2012, pág. 1).

Para el *Tercer Censo Nacional de Talla* elaborado en el 2008 se registró que San Marcos formaba parte de los departamentos con mayor vulnerabilidad por desnutrición, alcanzando un 55.5% de retardo de talla en relación a la edad de la población censada. Así mismo, se registró que Tacaná formaba parte de los municipios con mayor vulnerabilidad por desnutrición, alcanzando un 63.2% (MINEDUC, *et al*, 2009, págs. 27-31). A pesar que para el *Cuarto Censo Nacional de Talla* las cifras de Tacaná lograron disminuir 11.1%, continúa entre los cinco municipios con alta vulnerabilidad de desnutrición en el departamento (MINEDUC, *et al*, 2015, pág. 19).

En cuanto a la desnutrición aguda (DA), en relación a los últimos 4 años, Tacaná ha registrado datos altos en comparación a los demás municipios de San Marcos. Desde el 2012 hasta inicios de octubre del 2015 se registró un total de 218 casos de menores de 5 años con DA. Las comunidades de Tojchoc Chiquito, Tojchoch Grande, Nueva Independencia, Tacaná (cabecera municipal), Nueva Reforma Majadas, Tojcheche, El Rosario, Chanjule y Nueva Jerusalén presentan un número mayor o igual a 5 casos por DA acumulados en dicho periodo (SESAN, 2015, pág. 4).

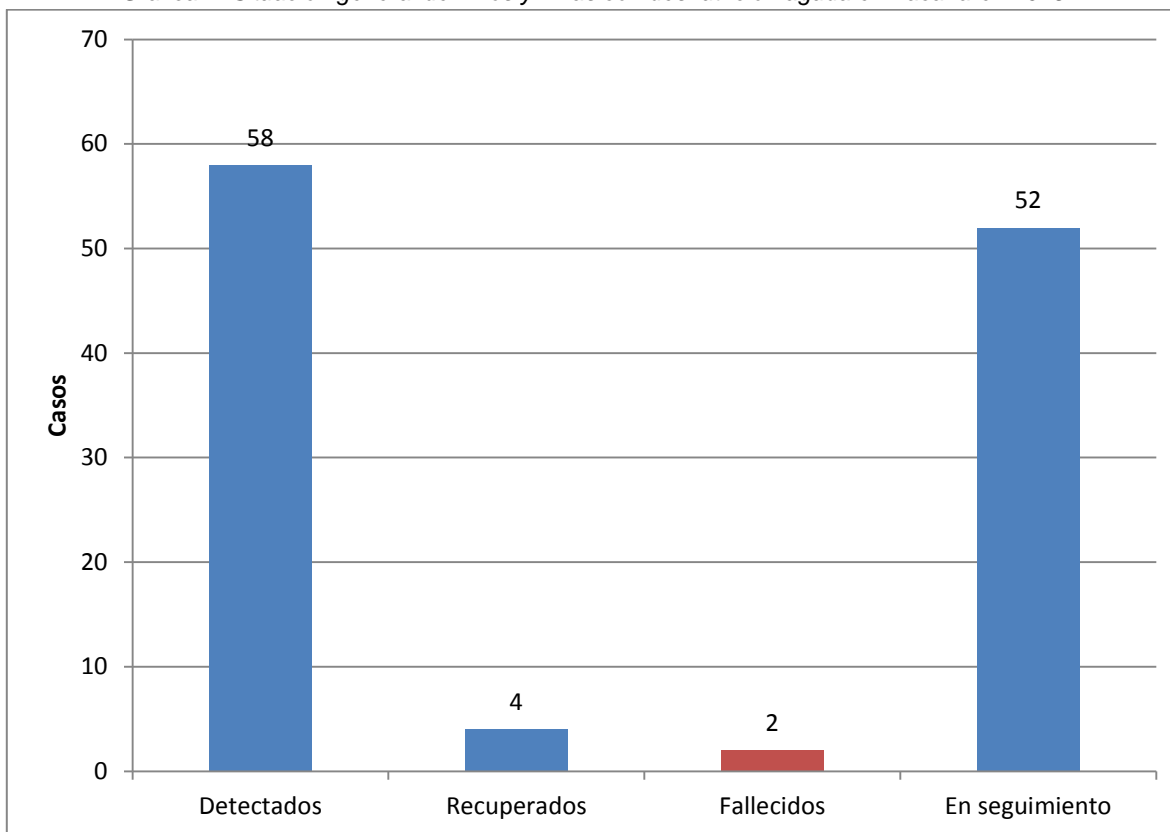
*Gráfica 1: Total de menores de 5 años identificados con Desnutrición Aguda durante el 2012 a octubre 2015 en Tacaná, San Marcos.*



*Fuente: Gráfica elaborada por SESAN utilizando datos registrados por el Distrito de Salud y Sala Situacional de enero a octubre 2015 (SESAN, 2015: 4).*

Si bien Tojchoch Grande y Tacaná son las regiones que presentaron mayor registro de DA en el municipio, llama la atención el caso de la cabecera municipal, ya que a pesar de contar con la disponibilidad de un Centro de Salud que funciona como Centro de Atención Permanente (CAP), registra altos índices de desnutrición aguda con la presencia de al menos un caso de DA desde el año 2012 a lo que va del año del 2015 (SESAN, 2015: 4).

Gráfica 2: Situación general de niños y niñas con desnutrición aguda en Tacaná en 2015.



Fuente: Gráfica elaborada por SESAN a partir de datos obtenidos por el Distrito de Salud y Sala Situacional hasta de enero a octubre 2015 (SESAN, 2015: 4).

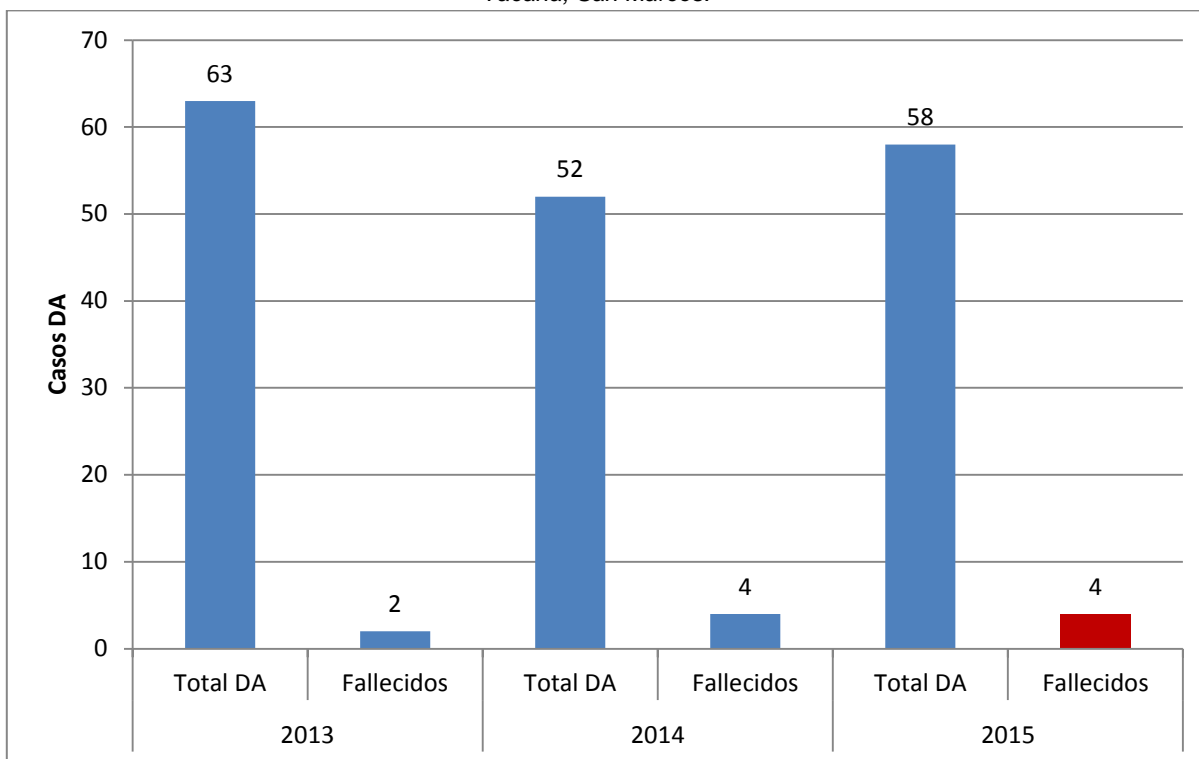
Según datos consolidados correspondientes a la última semana del mes de agosto del Sistema de Información Nacional de la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SIINSAN)<sup>5</sup> Tacaná registró un total de 58 casos de menores DA acumulados<sup>6</sup>, siendo el municipio con mayor número de casos beneficiado por el PC (SESAN, 2015, pág. 5).

Así mismo cabe mencionar que para el 2013 la tasa de mortalidad por DA en menores de 5 años fue de dos, subiendo a cuatro para los años 2014 y 2015 (SESAN, 2015, pág. 5).

<sup>5</sup> Consolidado de Datos Generales y Cierre de Caso

<sup>6</sup> La cifra incluye los casos recuperados y fallecidos para el año 2015

Gráfica 3: Número de casos de menores de 5 años con DA y número de muertes por DA del 2013 al 2015 en Tacaná, San Marcos.



Fuente: Gráfica elaborada por SESAN a partir de datos obtenidos por el Distrito de Salud y Sala Situacional de enero a octubre 2015 (SESAN, 2015: 5).

### C. Percepciones de la desnutrición.

Si bien se sabe que el estado nutricional de un niño se encuentra íntimamente relacionado con las prácticas alimentarias que este tenga durante sus primeros años de vida, pocos han sido las investigaciones en materia científica-social que se han interesado en estudiar las percepciones en torno a la desnutrición. Sin embargo, vale la pena resaltar los esfuerzos de científicos especialistas en el área de la salud que han documentado sobre la percepción en torno a la desnutrición crónica, entre ellos la labor de Dennys Ramos, Reyna Galindo, Hernández y López Yes en el 2012, quienes realizaron un estudio analítico sobre las prácticas alimentarias de madres de niños menores con desnutrición aguda, este estudio se realizó en 42 comunidades del municipio de San Juan Comalapa, Chimaltenango durante dos meses, abarcando un total de 385 casos estudiados. Según los resultados obtenidos el 78.9% de las madres de niños con desnutrición presentaron prácticas alimentarias inadecuadas, basándose para estos resultados en una relación del Chi2 entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de los niños (Ramos *et al*,

2012, pág. 63). Dos años después Diana de León realiza una investigación para aplicar a su título de licenciada en nutrición, evaluando las prácticas alimentarias de niños y niñas con desnutrición aguda. En esta investigación se proporcionan datos interesantes sobre algunos de los factores que influyen en la toma de decisiones para la alimentación de los niños diagnosticados, como la influencia que ejerce la suegra en la alimentación (De León, 2014, págs. 45-54) A pesar de que los resultados de estas dos investigaciones son un primer acercamiento para entender cómo el estado nutricional de los niños se ven condicionados por las prácticas de alimentación, tanto Ramos *et. al.*, como De León se centran únicamente en hacer un análisis del consumo de alimentos de niños menores de 2 años y no en torno a la alimentación de la familia en general

#### D. Ministerio de Salud y Asistencia Social.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) como ente responsable de implementar acciones dirigidas a la reducción de la desnutrición a nivel nacional, debe integrar modalidades de atención a la desnutrición infantil proporcionando medicamento nutricional y guías de alimentos locales que ayuden a mejorar la salud del menor diagnosticado. Así mismo, tiene la obligación de ofrecer diferentes servicios a la población afectada, siendo estos preventivos cuando el paciente se encuentra en los primeros años de vida (MSAPAS, 2010, pág. 4).

1. Sistema de Vigilancia Epidemiológica. El MSPAS a manera de cumplir con la función de estandarizar procesos, métodos e instrumentos que sean pertinentes para una vigilancia activa a corto, mediano y largo plazo, ha diseñado un sistema de Vigilancia Epidemiológica. Este sistema facilita la identificación de riesgos y daños de los grupos más vulnerables en función tiempo y espacio, permitiendo generar acciones a nivel local, municipal y departamental (MSPAS, 2010, págs. 12-13).

Basándose en una vigilancia activa y pasiva del crecimiento del menor, se ha designado al Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA) la labor de recolectar y procesar la información registrada en los Servicios de Salud a nivel nacional. Este sistema cuenta con un total de 27 formularios de uso obligatorio para el personal de los servicios de salud, en donde se registran de manera detallada las diferentes variables o situaciones que se presentan. Sin embargo para el presente estudio solo se abordarán tres (SIGSA 3,

SIGSA 5 DA y SIGSA 5 “DA”<sup>7</sup>), ya que corresponden al registro de menores de 5 años detectados con DA (MSPAS, 2010, pág. 11).

El **SIGSA 3** registra los datos del paciente, sus controles e información sobre la consulta como: el diagnóstico, el tratamiento entregado o no al paciente y el control de referencia. Este formulario es de suma importancia ya que a partir de su llenado se obtiene la morbilidad general de los pacientes según grupo de edad y sexo. También facilita mostrar el seguimiento y atención que brinda el personal de salud al paciente, permitiendo evaluar la producción del personal (MSPAS, 2013, pág. 11).

Todos los servicios de salud que presten atención directa al paciente deben de contar con este formulario, siendo el encargado del servicio o la persona que da la consulta directa al paciente el encargado de su llenado. El formato del SIGSA 3 varía en su formato según el servicio de salud en donde se encuentre, es por eso que este formulario se divide en tres: SIGSA 3 P/S que corresponde al registro diario de consulta y post consulta en Puestos de Salud y Centros de Convergencia, SIGSA 3 C/S al registro en el Centro de Salud y el SIGSA 3 H al registro en Hospital. Cada uno de estos formularios varía a partir de la sección “Tratamiento y/o medicamento formulado”, ya que se deben de llenar datos correspondientes a diferentes situaciones y/o protocolos de entrega (MSPAS, 2013, págs. 14-15).

Una vez llenado el SIGSA 3 y habiéndose detectado que el menor posee DA sus datos deben ser registrados en el Cuaderno de Seguimiento de Casos por DA para menores de 5 años **SIGSA 5 “DA”**, en donde se describen todas las acciones del tratamiento por DAM y DAS sin complicaciones a nivel comunitario. Este formulario es importante para brindar el seguimiento oportuno de la atención nutricional e identificar la evolución del menor, por lo que debe de encontrarse en todos los servicios de salud asignados a la atención y seguimiento de casos por DA de menores de 5 años. El responsable del llenado de este formulario son todas aquellas personas encargadas de realizar el seguimiento de casos, que por lo general son las enfermeras(os) del servicio y nutricionistas (MSPAS, 2013, pág. 56).

---

<sup>7</sup> Según formatos presentados en la página del SIGSA, el formulario SIGSA 5 DA corresponde al Consolidado Mensual de Casos de menores de 5 años con DA y el SIGSA 5 “DA” al Cuaderno de Seguimiento Diario de menores de 5 años con DA. Este último también se encuentra bajo el nombre SIGSA 5 DA CU.

Imagen 1: Portada del cuaderno SIGSA 5 "DA"






**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL - MSPAS**  
**PROGRAMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL**

**CUADERNO DE SEGUIMIENTO DE CASOS DE DESNUTRICIÓN AGUDA**  
**NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS**  
**SIGSA 5 "DA"**



AÑO: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_  
 Área de Salud: \_\_\_\_\_  
 Distrito Municipal de Salud: \_\_\_\_\_  
 Municipio: \_\_\_\_\_  
 Servicio de Salud: \_\_\_\_\_  
 Comunidad: \_\_\_\_\_

Fuente: Manual de llenado de formularios SIGSA por el MSPAS, 2013

Mensualmente los casos de menores de 5 años con DA sin complicaciones deben ser registrados y reportados en el Consolidado Mensual **SIGSA 5 DA**. Este formulario debe registrar la cantidad total de casos identificados según su edad y sexo, la cantidad de menores que han iniciado el tratamiento y la cantidad de menores que se encuentran en tratamiento posterior a una senda re consulta. Los datos registrados en este formulario facilitan a las entidades responsables por reducir la desnutrición la toma de decisiones con respecto a la temática (MSPAS, 2010, págs. 62-63).

Imagen 2: SIGSA 5DA

No.	Seguimiento de casos de niñas y niños con desnutrición aguda SIN complicaciones	De 6 meses a menores de 1 año		De 1 a menores de 2 años		De 2 a menores de 3 años		De 3 a menores de 4 años		De 4 a menores de 5 años		Total	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<b>INICIO DE TRATAMIENTO PRIMERA CONSULTA</b>													
1	No. De niñas y niños con desnutrición aguda moderada												
2	No. De niñas y niños con desnutrición aguda severa												
3	No. De niñas y niños con desnutrición aguda (moderada y severa) que vienen referidos únicamente del HOSPITAL												
4	No. De niñas y niños con desnutrición aguda (moderada y severa) clasificado como caso especial*												
5	No. De niñas y niños con desnutrición aguda moderada que inician tratamiento médico (vitamina "A", ácido fólico y cinc)												
6	No. De niñas y niños con desnutrición aguda severa que inician tratamiento médico (vitamina "A", amoxicilina, ácido fólico y cinc)												
7	No. De niñas y niños con desnutrición aguda moderada en tratamiento nutricional con Alimentos Terapéuticos Listos para su Consumo (ATL.C)												
8	No. De niñas y niños con desnutrición aguda severa en tratamiento nutricional con Alimentos Terapéuticos Listos para su Consumo (ATL.C)												
9	No. De niñas y niños con desnutrición aguda moderada y severa en tratamiento nutricional con alimentos locales												
<b>RECONSULTAS</b>													
10	No. De niñas y niños con aumento de peso												
11	No. De niñas y niños con desnutrición aguda moderada												
12	No. De niñas y niños con desnutrición aguda severa												
13	No. De niñas y niños referidos por no ganar peso o presencia de complicaciones												
14	No. De niñas y niños con desnutrición aguda moderada y severa en tratamiento con Alimentos Terapéuticos Listos para su Consumo (ATL.C)												
15	No. De niñas y niños con desnutrición aguda moderada y severa en tratamiento con Alimentos Locales												
16	No. De niñas y niños recuperados (estado nutricional normal en reconsultas)												

**\*1 Cargos:**  
**Responsable de la Información:**  
 1 Enfermera Graduada o Profesional      3 Auxiliar de Enfermería      5 Facilitador Comunitario      7 Otro  
 2 Enfermera Ambulatoria      4 Facilitador Institucional      6 Técnico en Salud Rural

\* Caso especial: 1. Anomalías del tubo neural, 2. Retraso psicomotor(parálisis cerebral), 3. VIH, 4. Otros

Fuente: Manual de llenado de formularios SIGSA por el MSPAS, 2013

2. Atención por desnutrición aguda. Con la finalidad de brindar atención oportuna a los grupos vulnerables por desnutrición, el MSPAS es responsable de proveer los servicios de salud necesarios para fortalecer la vigilancia nutricional en los tres niveles de atención (local, municipal, departamental y nacional) y la recuperación de la población afectada (MSPAS, 2010, pág. 13).

A continuación se describen los servicios que el MSPAS ofrece para la atención y recuperación por desnutrición:

- **Atención hospitalaria:** El menor es ingresado cuando presenta padecimientos de intensidad que pasan de ser moderados a severos o bien, cuando presenta complicaciones que lo llevan a un estado de desnutrición y que pueden poner en riesgo su vida. Algunos hospitales cuentan con equipos definidos en sus unidades

como médicos pediatras, nutricionistas, enfermeras, educadoras, trabajadores sociales, técnicos en salud, personal operativo y, en el mejor de los casos, con voluntarios en salud de las mismas instituciones o fuera de ellas (MSPAS, 2009, pág. 13).

- **Atención en Centro de Recuperación Nutricional (CRN):** El CRN es un espacio definido que en algunas ocasiones se encuentra dentro de las instalaciones hospitalarias y en otras, como institución aislada. Su función es brindar un seguimiento adecuado a menores que se encuentran inmunológicamente deprimidos, proporcionando tratamiento y atención necesaria para que completen su recuperación nutricional o que lleguen a condiciones deseables para continuar el tratamiento en su hogar (MSPAS, 2010, pág. 13).
- **Atención ambulatoria:** Este tipo de atención se refiere a que el menor puede continuar el tratamiento de desnutrición aguda moderada o severa en su hogar, siempre y cuando no presente complicaciones que pongan en riesgo la salud y vida del menor (MSPAS, 2010, pág. 14).

Según indicaciones del protocolo de atención por DA, cuando un menor es detectado con desnutrición aguda severa (DAS) debe ser ingresado a un Hospital o a un Centro de Recuperación Nutricional (CRN) y por lo general es egresado hasta su recuperación o cuando alcanza un nivel moderado que le permita terminar de recuperarse con tratamiento ambulatorio (MSPAS, 2009: 21). Cuando es detectado con desnutrición aguda moderada (DAM) para la mayoría de los casos el tratamiento es ambulatorio, siendo el responsable del menor con DAM quien administra la dosis recetada para su recuperación o bien, con base a una dieta de alimentos locales (MSPAS, 2010, págs. 17-22).

3. Tratamiento para la recuperación para la desnutrición aguda. El tratamiento por DA del MSPAS está dividido en tres protocolos, de los cuales cada uno se divide según el grado de DA que presente el menor:

- **Tratamiento hospitalario y en CRN:** este tratamiento es específico para menos de 5 años con DA y que presentan complicaciones que ponen en riesgo su salud y vida. Su duración depende del tipo de atención que se le pueda dar en los

servicios de salud correspondientes y de la respuesta de cada paciente ante los medicamentos proporcionados.

- **Tratamiento ambulatorio con Alimento Listo para su Consumo (ATLC):** Este tipo de tratamiento inició en Guatemala a partir del 2010, para aquellos menores con DAM sin complicaciones. El tratamiento consta de un sobre de ATLC por día y por lo general no debe durar más de dos semanas, esperando que el menor logre su recuperación.
- **Tratamiento ambulatorio con alimentos terapéuticos locales:** Este tratamiento es únicamente para niños menores de 5 años con DA sin complicaciones. Se basa en brindar cierto tipo de alimentos en diferentes medidas, presentaciones y preparación para lograr la recuperación del menor<sup>8</sup>. (MSPAS, 2010, págs. 21-27).

Es importante reconocer, que si bien existe un protocolo de atención y tratamiento para la recuperación de los menores con DA, cada paciente es diferente presentando condiciones únicas según la situación o padecimientos.

## E. Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

La Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN) es la entidad responsable a nivel nacional de diseñar, implementar y operar el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINSAN) para facilitar la toma de decisiones en los diferentes ámbitos político-administrativos, permitiendo el monitoreo y evaluación de los avances y efectos de los planes y programas estratégicos de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) (Her, 2015, pág. sp). A través del Plan del Pacto Hambre Cero (PPH0) tiene como objetivos disminuir la prevalencia de desnutrición crónica, promover la seguridad alimentaria y nutricional, prevenir y atender las emergencias alimentarias relacionadas con el cambio climático y los desastres naturales y reducir las muertes por desnutrición aguda en niños menores de 5 años (SESAN, 2014, pág. 10).

Tomando en cuenta que Guatemala es uno de los países más vulnerables a nivel mundial de las secuelas ocasionadas por el cambio climático, la SESAN ha priorizado durante años a este fenómeno, fomentando el análisis de factores determinantes de la

---

<sup>8</sup> Para conocer las preparaciones de los alimentos consultar la Guía Operativa para el protocolo del tratamiento ambulatorio de menores de 5 años con DA sin complicaciones. 2010

desnutrición para establecer una mejor comprensión de las variaciones estacionales en relación a los ingresos del hogar, el acceso a alimentos nutritivos, el aumento de los precios y el estado de salud de los niños diagnosticados con desnutrición (MSPAS, 2010, pág. 14).

Siendo la desnutrición aguda una problemática que afecta coyunturalmente todos los años a miles de menores de 5 años por ser la población más vulnerables durante el hambre estacional, la SESAN ha asumido la responsabilidad de realizar Monitoreo al Tratamiento de la Desnutrición Aguda (MODA) a nivel nacional. Siendo este un proceso que inició con la recuperación de información en el servicio de salud para realizar la búsqueda activa de casos de DA en las comunidades, CRN y hospitales, con el objetivo de identificar el estado nutricional de menores de 5 años, verificar el tratamiento oportuno y dar seguimiento a las acciones indicadas por el personal para la recuperación de estos niños (Her, 2015, pág. sp)

Es importante aclarar que quienes brindan tratamiento y la consejería para la recuperación nutricional de los menores diagnosticados con DA es el MSPAS, mientras que la función de la SESAN es únicamente el de verificar que las acciones se estén llevando a cabo correctamente a través del MODA (Her, 2015, pág. sp).

Es necesario resaltar que ante la preocupación por entender los factores que impiden la disminución de la desnutrición en Guatemala, la SESAN a partir del 2013 ha realizado estudios con enfoque socio-antropológico para conocer las dimensiones socioculturales que inciden en la alimentación y nutrición de familias rurales de diferentes áreas del país, así como en sus condiciones de vida, costumbres y creencias. Los resultados de estas investigaciones han lanzado valiosa información para mejorar las propuestas enfocadas en SAN, permitiendo conocer a profundidad el impacto que tiene el consumo de alcoholismo y las relaciones de género sobre el acceso y disponibilidad de alimentos en los hogares.

## F. Breve recorrido histórico de la antropología médica aplicada en Guatemala.

En esta sección se plantea el desarrollo y rol que la antropología ha *desempeñado dentro de la disciplina de la salud, tomando como referencia el planteamiento sobre*

*Médicos y antropólogos que descifran y tratan males* de María T. Moquera (2007). Se utilizó esta propuesta por ser la que mejor se adaptaba a las necesidades del estudio y por ser la versión disponible sin restricción de lectura en el país. Sin embargo, esta propuesta es complementada con otras investigaciones que en su momento la autora no incorpora o que surgen posterior a la misma.

El interés por la antropología médica inicia en los años de 1940 a 1950, cuando empiezan a llegar a Guatemala varios investigadores estadounidenses interesados en realizar estudios de campo en comunidades indígenas. Debido al limitado desarrollo y carencia de plataformas sólidas que impulsaran la temática de estudio, los investigadores centraron sus esfuerzos en realizar extensas monografías en comunidades que trataban sus enfermedades con terapeutas tradicionales<sup>9</sup> (Mosquera, 2007: 226). Richard N. Adams (2010, pág. 152) agrega diciendo que parte de esta tendencia se debió al fuerte impacto que tuvo la creación *The Journal of Applied Anthropology* y el establecimiento de un código de ética oficial para finales de la década de los 40.

Inicialmente la antropología aplicada en Guatemala parte hacia un total interés por conocer culturas del exterior y no enfocadas en la gobernabilidad y control de las poblaciones, como inicialmente fue el enfoque que autores como Oliver La Farge II y Drouglas Byers en 1927. Partiendo de este nuevo interés de conocimiento los aportes de Sol Tax y Robert Redfield fueron de suma importancia para el vasto conocimiento sobre etnografía en Guatemala (Adams, 2010, pág. 152).

En 1950 se forma el Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá (INCAP), siendo de fuerte impacto para el crecimiento de la antropología médica, ya que funge como plataforma para que científicos nacionales y extranjeros impulsaran estudios antropológicos relacionados con salud y/o medicina. La labor de esta institución se ve marcada a través de dos etapas de desarrollo: la primera se sostuvo ente los años de 1950 a 1965, basándose en los aportes de los estadounidenses Richard Adams<sup>10</sup> y

---

<sup>9</sup> Jonh Gillin fue el primer antropólogo estadounidense que realiza una investigación en Guatemala en la que se relaciona a la antropología con los terapeutas tradicionales, publicando un artículo 1959 sobre “El espanto mágico”.

<sup>10</sup> Richard Adams propone el modelo condicional sobre las enfermedades tradicionales y su clasificación, siendo ésta la base de todas las investigaciones de índole antropológica realizadas en Guatemala hasta la década de 1980.

Nancie L. Solien, y de guatemaltecos como Lynda Rosales y Juan José Hurtado. Los aportes de estos autores permiten comprender sobre las prácticas médicas entre los indígenas e intenta explicar la eficacia que tiene la asignación simbólica en las enfermedades tradicionales. Paralelo al desarrollo de esta primera etapa, empiezan a surgir otras instituciones académicas y de investigación interesadas en el tema; entre ellas el Instituto Indigenista Nacional (IIN). (Mosquera, 2007, págs. 227-2229).

Durante esta primera etapa la presencia de investigadores del INCAP en las comunidades trajo consigo variedad de retos, entre ellos afrontar conflicto de intereses entre los mismos pobladores y el rechazo ante la presencia extranjera por temor a que los niños fueran secuestrados. Sin embargo, vale la pena mencionar que parte de la metodología de estos estudios conllevaba el realizar pruebas de sangre con menores. Para 1955 los estudios de INCAP revelaron que la deficiencia nutricional infantil conocida como kwashiorkor era una de las principales causas de muerte entre los menores. Por lo tanto, se decidió que la imagen de investigadora sería más apropiada para conocer las prácticas que afrontaban las madres. Fue así como la antropóloga Judith Freedman induce al sistema de salud a fortalecer el conocimiento de las madres en comprender que el deterioro nutricional de los menores diagnosticados con kwashiorkor se debía puramente a problemas nutricionales y cómo lidiar con ellos, debido que cuando el menor presentaba diarrea había una reducción considerable en la alimentación del menor (Adams, 2010, pág. 154).

Antes de iniciar detallar sobre la segunda etapa de desarrollo, vale la pena mencionar los esfuerzos de Nevin Scrimshaw en la década de 1949. La propuesta de Mosquera lamentablemente no ahonda sobre el interés y esfuerzos del antropólogo por incursionar en el área de la salud pública. El argumento de Scrimshaw era que el sistema de salud pública en la región de Centroamérica poseía grandes retos por el hecho de contar con una variedad de grupos culturales y lingüísticos que hacían difícil la comunicación y comprensión de la asistencia en salud, siendo Guatemala uno de los países con mayor retos por su alto porcentaje de población maya monolingüe. Su argumento surge a partir de los esfuerzo de Juan de Dios Rosales y Austin Pop, asistentes de Sol Tax, quienes en 1945 realizaron una encuesta nutricional en el altiplano central del país, lamentablemente no se tuvo acceso al documento de análisis pero valdría la pena que en futuras investigaciones se pueda evidenciar y discutir de alguna manera los resultados (Adams, 2010, pág. 153).

Uno de los trabajos que vale la pena mencionar durante esta primera etapa de desarrollo, son los de Nancie Gonzales realizados durante la década de los 60. González realizó investigaciones enfocadas en comprender el desarrollo de las enfermedades en menores y sobre el cuidado de madres y menores en temas de destete, lactancia y menstruación. Los estudios de la antropóloga también se encaminaron en identificar los procesos de aculturación nutricional entre los indígenas de Sacatepequez para conocer cuáles son las adopciones que estas poblaciones adquirirían de las prácticas urbanas occidentales. Junto al Dr. Juan José Hurtado, identificaron que en el municipio la población no relacionaba la alimentación con salud, ya que la alimentación es vista únicamente como un determinante para la estatura y no como un canal para la buena salud. Así mismo, menciona que las poblaciones urbanas adaptan con mayor rapidez las nuevas prácticas y conocimientos en salud y que independientemente de que fueran rurales o urbanas, la búsqueda de un diagnóstico y tratamiento en los servicios de salud biomédicos dependerá del éxito empírico que este tenga (Adams, 2010, págs. 155-156).

Para la segunda etapa de desarrollo del INCAP, que data ente los años de 1975 e inicios de 1980, se continua bajo la influencia de Richard Adams y el Juan José Hurtado, pero liderada principalmente por los aportes de Sheila Cominsky con un enfoque de antropología aplicada. Los aportes de Cominsky permitieron ampliar el panorama a la temática de estudio, sumando las experiencias emocionales y otros factores de la condición interna como determinantes importantes para entender la enfermedad. Si bien el INCAP como institución no tuvo una política de investigación antropológica, sí tuvo una orientación teórica-metodológica orientada a las ciencias sociales (Mosquera, 2007, págs. 229-231)

Los aportes de Cosminsky durante la década de los 70 permiten tener un mejor entendimiento de los planteamientos de Gonzales sobre los procesos de aculturación de prácticas y creencias médicas entre poblaciones indígenas y ladinas. En su estudio *The changing food and medical beliefs and practices in Guatemala community*, Cosminsky plantea el uso de las categorías *fresco* y *alimento* para comprender el entendimiento cultural de la población en el tema de alimentación y salud. La autora expone que el término *fresco* es utilizado para identificar aquello que “ni es caliente ni es frío” sino “regular”, “medio”, “mitad caliente y mitad frío” (Cosminsky, 1977, pág. 203). El uso de este término en la alimentación, también hace referencia a alimentos que pueden considerarse como “mejores” o “buenos”, e incluso, con un contenido nutricional alto.

Según la autora, son los indígenas más aculturados los que hacen mayor uso de este término; (Mosquera, 2007, pág. 14) y (Adams, 2010, pág. 157).

Paralelo a estas dos etapas y sobre todo en la década de 1980 se realizaron más estudios de autores nacionales y extranjeros que intentaron hacer una clasificación de las enfermedades entre los indígenas en Guatemala. A pesar de que ya existían las propuestas de Richard Adams y Juan José Hurtado, estos nuevos planteamientos permitieron un mayor entendimiento de la clasificación (Mosquera, 2007: 233). Sin embargo, por razones de esquema, las ideas de estos autores se describirán más adelante.

Si bien en la propuesta de Mosquera no se menciona mayor información sobre los aportes de Isabel Nieves, es oportuno mencionar que la antropóloga durante los años de 1976 a 1991 se enfoca en brindar insumos para el entendimiento de los comportamientos en temas de cuidado, alimentación y estado nutricional en la etapa de la niñez. Por otro lado, hace una valiosa aportación sobre el rol que las madres tienen sobre la alimentación y nutrición en el hogar, argumentando que es un tema puramente de género que hay que prestar especial interés (Adams, 2010, pág. 158).

A continuación se detalla una propuesta histórica de autores nacionales y extranjeros que incursionaron en la temática de salud en Guatemala. Esta propuesta corresponde en su mayoría a la planteada por Mosquera. Sin embargo, a manera de completar, se incorporó otras investigadores detallados en *Social Anthropology in INCAP* de R. Adams.

*Cuadro 1: Autores nacionales e internacionales que hablan sobre la salud en Guatemala.*

<b>AUTOR</b>	<b>AÑO</b>	<b>ARTÍCULOS PUBLICADOS</b>
Richard Adams	1955	<i>Un análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala.</i>
	1955	A nutritional research program in Guatemala
	1955	On the effective use of anthropology in public health programs
	1955	Notas sobre el uso de la antropología en el campo de la salud pública
	1956	Un programa de investigaciones sobre nutrición en Guatemala
Judith Freedman	1957	The social factors in the etiology of kwashiorkor in Guatemala. Health Information.
Nancie L. Solien y Nevin Scrimshaw	1957	<i>Public Health Significance of child feeding practices observed in a Guatemalan village.</i>
Alfredo Méndez Domínguez	1962	Organización social y prevalencia de la malnutrición proteica en una comunidad de Guatemala.
Nancie L. Solien	1963	<i>Breast-feeding. Weaning and Acculturation.</i>
	1963	<i>Creencias médicas de la población urbana en Guatemala.</i>
	1966	<i>Costumbres sobre la crianza de los niños y su relación con la nutrición y salud.</i>
Lydia Rosales <i>et al.</i>	1964	<i>Epidemiología popular de las enfermedades en el medio rural de Guatemala: Operación Nimiquipalg.</i>
Juan José Hurtado	1969	<i>El ojo, creencias y prácticas médicas populares en Guatemala.</i>
	1973	<i>Algunas ideas para un modelo estructural de las creencias en relación con la enfermedad en el altiplano de Guatemala.</i>
	1979	<i>La mollera caída.</i>

## Continuación cuadro 1

AUTOR	AÑO	ARTÍCULOS PUBLICADOS
Instituto Indigenista Nacional	1969	<i>Prácticas médicas tradicionales de los indígenas de Guatemala.</i>
	1978	<i>Aspectos de la medicina popular en el área rural de Guatemala</i>
Sheila Cominsky	1975	<i>Changing Food and Medical Beliefs and Practices in a Guatemalan Community.</i>
	1977	<i>The impact of Methods on the Analysis of Illness Concepts in a Guatemala Community.</i>
	1977	<i>Alimento and Fresco. Nutritional Concepts and their Implication in Health Care.</i>
	1978	<i>La atención del parto y la antropología médica.</i>
Helen Neuenswander <i>et al.</i>	1980	El síndrome caliente-frío, húmedo-seco entre los quichés de Joyabaj: dos modelos cognitivos.
Helen Neuenswander	1983	El pluralismo médico en Mesoamérica.
Azzo Ghidinelly	1981	La investigación etnomédica y su sectorización
	1986	Sistema de ideas sobre la enfermedad en Mesoamérica
Alfredo Méndez Domínguez	1983	La enfermedad y la teoría médica entre los indios de Guatemala.
Elba Villatoro (compilación)	1984	Etnomedicina en Guatemala.
Tedlock B.	1987	An interpretative solution to problema of humoral medicine in Latin America
Berlin E. y Jara V.	1993	Me´winik: discovery of biomedical equivalence for a Maya Ethnomedical syndome
Oscar Reyes	1998	Modelos conceptuales para la interpretación de la enfermedad tradicional en Mesoamérica.
Cosmimksy S.	2001	Maya Midwives of Southern Mexico and Guatemala
Sandstrom A.	2001	Mesoamerican Healers and Medical Anthropology

## Continuación cuadro 1

AUTOR	AÑO	ARTÍCULOS PUBLICADOS
Eder K. y García Pu M.M.	2002	Modelo de la medicina indígena en Guatemala: investigación participativa en Sipacapa, San Marcos, Sanigo y San Juan Ixcoy, Huehuetenango.
Mosquera Saravia	2006	Lógicas y Racionalidades entre Comadronas y Terapeutas tradicionales.
Yukes J.	2007	No one wants to become a healer: Herbal medicine and Ethnobotanical knowledge in Nahualá.
Adams, W y Hawkins J.P. (compilación)	2007	Health Care in Maya Guatemala: Confronting Medical Pluralism in a Development Country
Consejo Mayor de Médicos Maya'ob' por nacimiento	2015	Raxnaq'íl Nuk'aslemal: Medicina Maya' en Guatemala

Fuente: propuesta elaborada por María T. Mosquera en el 2007 y complementada por autores propuestos por R. Adams en 2010 y M. Berger 2015.

De acuerdo con Mosquera, la década de 1980 fue de suma importancia para la historia de la antropología médica, ya que a partir de la publicación del libro *Etnomedicina en Guatemala* compilado por Elba Villatoro en 1984, se impulsan tres tendencias de investigación en esta área:

**Primera etapa de desarrollo:** Liderada por Elba Villatoro en el Centro de estudio Folclóricos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y en donde se ve claramente una fuerte influencia por la conformación de equipos multidisciplinarios integrados por especialistas de salud. Durante esta etapa Villatoro hace una fuerte referencia a trabajos a estudio biomédicos publicados mayoritariamente por médicos y demás profesionales del INCAP. En su publicación del libro *Etnomedicina en Guatemala*, se puede ver el trabajo de especialistas ajenos a la carrera de antropología pero con una clara conciencia sobre otras formas de atender los padecimientos. Posteriormente se ve que en sus publicaciones (1983, 1986 y 1987) ella hace referencia a planteamientos de influencia

extranjera, ya que, para ese momento, se estaba conformando la primera generación de antropólogos que incursionarían posteriormente en la antropología médica. Debido a que inicialmente Villatoro no tenía una clara definición de su orientación teórica metodológica, sus publicaciones se limitaron a informar y describir procesos, y no es sino hasta de 1988 a 1994 cuando dicha orientación se ve influenciada por especialistas estadounidenses vinculados en el INCAP. No es sino hasta en sus publicaciones de 1996 y 1997 en donde se puede ver una madurez en su enfoque, asociada a marcos conceptuales elaborados por instituciones como la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de Salud (OMS) (Mosquera, 2007, págs. 237-240).

**Segunda etapa de desarrollo:** Liderada por Elena Hurtado en el INCAP y enfocada en continuar con investigaciones de carácter multidisciplinario en la institución, la antropóloga agrega un componente importante; la *educación en salud*. Elena Hurtado y Susan C.M Scrimshaw desarrollan una guía sobre conocimientos, aptitudes y prácticas de salud y nutrición, específicamente para investigaciones de carácter multidisciplinario. Pero no es sino hasta la publicación de *Procedimientos de asesoría rápida para programas de nutrición y atención primaria en salud* (1986) que se sientan las bases de una política que abarca el componente social para futuras investigaciones en el INCAP. Si bien, posteriormente E. Hurtado se desvincula de la institución, su papel como asesora se ve reflejado en numerosas publicaciones que aportan al desarrollo de políticas de salud de diferentes sectores nacionales e internacionales (Mosquera, 2007, págs. 240-241).

**Tercera etapa de desarrollo:** Liderada por Armando Cáceres y Lidia Girón en la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la USAC, fundadores del Centro de Estudios Mesoamericanos sobre Tecnología Apropriada (CEMAT) y el programa de Empresa Rural de Plantas Medicinales (ERPLAM). A pesar que Cáceres es ajeno a las ciencias sociales, ha publicado artículos relacionados a plantas medicinales, fitoterapia, encuestas etnobotánicas y variedad de temas referentes a la medicina popular. Además ha escrito documentos que señalan las problemáticas de los servicios de salud en Guatemala, puntualizando en la “jerarquía especializada y rígida de los trabajadores de salud” y los altos costos de los servicios de atención. Las publicaciones de Cáceres han aportado otras perspectivas interesantes a la antropología médica al hacer una clasificación de prácticas médicas tradicionales de origen maya, tomando como base el uso de plantas medicinales y técnicas de curación de proveedores de salud comunitaria, explicando una articulación entre la medicina tradicional y medicina “oficial” en

Guatemala. Vale la pena resaltar el esfuerzo que él y su equipo han logrado al identificar y clasificar todas las plantas medicinales que se utilizan en Guatemala, ya que no solo es de interés para la población científica sino para el desarrollo farmacéutico del país (Mosquera, 2007, págs. 241-243).

Para los años de 1990 a la fecha se han publicado múltiples documentos patrocinados por instituciones interesadas en comprender y abordar los procesos de salud/enfermedad/atención en Guatemala, entre ellos: el Instituto de Estudios Interétnicos (IDEI) de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que abre un área específica en salud que retoma las orientaciones teórico-metodológicas sobre los saberes, prácticas e ideologías del proceso salud y enfermedad/atención; la Asociación de Servicios Comunitarios (ASECSA), organización que cubre y se interesa por las demandas del movimiento maya; el Instituto Nacional de Salud, que a través de un análisis de elementos que han formado una barrera en la atención de salud en Guatemala, fomenta su interés por establecer una política alternativa de atención médica; y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) que impulsado por el compromiso que tiene el Gobierno de Guatemala con la firma de los Acuerdos de Paz, entre sus limitaciones, es la primera propuesta oficial que pretende regir la política de legislación en torno a los terapeutas tradicionales y sus recursos (Mosquera, 2007, págs. 243-245).

1. Modelos para la clasificación de enfermedades como punta de lanza. A continuación se presenta las propuestas de estudio que más influyeron en la manera de entender las enfermedades entre los indígenas de Guatemala:

El modelo condicional de Richard Adams: basado en las premisas de Robert Redfield<sup>11</sup> plantea una propuesta del modelo condicional, discutiendo que toda enfermedad puede expresarse por medio de dos tipos de condiciones: la condición interna (CI) del cuerpo, que abarca todos los aspectos personales de la persona y su organismo;

---

<sup>11</sup> Robert Redfield propone el término de *medicina folk* en 1941, en donde argumenta que la clasificación de las enfermedades responden a factores culturales, siendo la asignación del binomio frío-calor a la condición interna y externa un ejemplo de estos. Si bien hace una clasificación en torno a parámetros culturales, no proporciona mayor interpretación sobre la ideología, saberes y prácticas de la cultura indígena en relación a la manera de entender y actuar sobre la salud, enfermedad y atención (Redfield, 2013, pág. 306).

y la condición externa (CE), refiriéndose al mundo terrenal y natural. También propone una ecuación para entender el origen de las enfermedades, basándose en la suma de estas dos condiciones:

$$\begin{array}{ccccc} \text{Condición interna (CI) +} & & \text{Condición externa(CE)} & = & \text{Enfermedad} \\ & & & & \\ & \text{(Cuerpo)} & & & \text{(Serie de síntomas)} \\ & & \text{(Ajeno al cuerpo)} & & \end{array}$$

La idea básica de esta ecuación es que la CI sumada a una CE produce una serie de síntomas que llevan a la enfermedad. Esta CE que puede ser natural o sobre natural, es aquella que se encuentra fuera del organismo del individuo y que en presencia de una condición crítica de la CI resulta en el deterioro del estado de salud de quien la padece (Adams, 1952, págs. 17-18).

Es importante aclarar que ninguna de estas dos condiciones por sí solas puede inducir a una enfermedad seria, pero si el síntoma se prolonga o se le suman otros síntomas, entonces se determina que existen otras condiciones ajenas a la CI (Adams, 1952: 18).

A continuación se describe uno de los ejemplos que plantea el autor para explicar la dependencia de ambas categorías:

$$\begin{array}{ccccc} \text{Condición interna (CI) +} & & \text{Condición externa(CE)} & = & \text{Enfermedad} \\ & & & & \\ \text{Calentura proveniente de} & & \text{Aire frío de la noche} & & \text{Dolor de estómago.} \\ \text{tomar café.} & & \text{que lo atacó.} & & \end{array}$$

Poniendo como ejemplo esta situación, el autor explica la dependencia de cada categoría para causar una enfermedad y que tan solo combinándolas temporalmente la persona puede experimentar una serie de síntomas. Según este planteamiento el individuo no es consciente de estas categorías, sino más bien son categorías que radican en el subconsciente, por lo que Adams parte de un modelo emic para explicar estas enfermedades. Dicho en palabras de Adams (1952, págs. 19-21):

“Debe notarse que el Magdaleño no piensa de estas categorías en términos precisos. No se podría preguntarle cuál es la condición interna o externa de su enfermedad. Son categorías sin

nombre, subconscientes, pero no por eso menos básicas a su proceso de pensamiento en lo relativo a los asuntos de enfermedades (...) Por esto en ninguna forma aminora la importancia del uso de las categorías”.

Así mismo argumenta que una vez completada la fórmula, los familiares o allegados del paciente pueden pensar en tomar acciones para su recuperación; consultar a un proveedor de salud tradicional, familiares expertos, vecinos o la preparación de remedios (Adams, 1952, pág. 19).

Adams (1952: 23 - 35) también plantea la existencia de ciertos patrones en las enfermedades que forman parte de un sistema mucho más específico. Explica como a través de la asignación del binomio frío-caliente y otras particularidades culturales, los padecimientos y remedios para contrarrestarlos pueden variar. A continuación se describen la clasificación de las enfermedades que explica el autor:

**Enfermedades calientes:** Resultante del exceso de calentura en el cuerpo y que cuando ésta se encuentra localizada en alguna parte del cuerpo puede producir enfermedad<sup>12</sup>. Por lo general se manifiesta a través de inflamaciones. Algunos ejemplos de enfermedades calientes son la inflamación del estómago, inflamación en un diente e infección de la vejiga.

**Enfermedades de enfriamiento:** Es el resultado de una mayor entrada de frío en el cuerpo. El frío es considerado siempre como una señal de enfermedad y representa una amenaza mucho mayor a la del calor. Algunos ejemplos de enfermedades por enfriamiento son: el catarro, la tos, la influenza y el paludismo.

Estas dos enfermedades también pueden afectar órganos como los pulmones, espalda baja, hombros y riñones. Se atribuye principalmente a actividades que implican la ejecución de un trabajo físico en el campo que modifica la CI de la persona.

**Enfermedades debidas a perturbaciones físicas:** Producto de un desbalance del estado físico o emocional de la persona, generando debilidad prolongada. A pesar que el autor menciona que estas enfermedades son tratadas en forma física, no detalla cómo

---

<sup>12</sup> No se debe de confundir con la CI normal del cuerpo que es caliente, resultado de un perfecto equilibrio ente el calor y frío.

hacerlo. Algunos ejemplos de esta enfermedad son las lombrices, la mollera caída y el estiramiento de las venas.

**Enfermedades a causa de espíritus:** Se atribuye a condiciones generadas por espíritus. Adams identifica tres:

- Susto o espanto: El autor expone que este tipo de enfermedad es complicada de tratar y puede provocar la muerte de la persona. La explicación es que la persona experimenta un choque o una impresión repentina y lo suficientemente fuerte como para provocar el desprendimiento de su alma. Posteriormente la persona presenta síntomas como dolor de cabeza, caída de cabello, calentura, engordamiento con falta de apetito y menor consumo de alimentos, emudecimiento, sueño, dolor de estómago, parálisis lateral o de un miembro, entre otros. Cuando una persona sufre de susto, se debilita fuertemente estando vulnerable a sufrir otras dolencias.
- Molestias por los espíritus de los muertos: Ocurren cuando no se les ofrece suficiente tributo o porque se sienten molestos por la falta de atención, es decir por no haber demostrado la importancia religiosa que se debe a los difuntos para que estos puedan descansar. Entre los síntomas están el dolor de cabeza y de corazón, náuseas y depresión general.
- Molestias por los espíritus malos y los ángeles: Por lo general son enfermedades que se asignan al mal cuidado de la madre hacia los hijos, dejándolos indefensos y vulnerables a que espíritus como los ángeles los puedan molestar. Esa idea parte de la premisa que todos los niños son débiles y susceptibles, por lo que pueden ser más afectados a enfermedades que los adultos.

**Enfermedades practicadas por los humanos:** Esta es la última categoría asignada por el autor, en donde hace referencia que las enfermedades también pueden ser provocadas por personas, ya sea de manera intencional o sin intención. Las principales variaciones de esta categoría son el mal de ojo y la brujería y/o hechizos.

- Mal de ojo: Cuando un menor es *ojeado* es fácil identificarlo debido a los síntomas que presenta, por lo general el menor presenta un constante debilitamiento, llora mucho o con facilidad sin razón aparente y pierde el apetito. Según el autor esta enfermedad es más frecuente en niños menores de dos años, que es cuando su CI se encuentra en un estado de debilidad natural e inaptitud para contrarrestar

cualquier circunstancia. En esta situación, la CE vendría siendo representada por la mirada o contacto físico de personas que cumplen con características como tener la sangre fuerte<sup>13</sup>, desear de manera apasionada un niño/a o ser mujeres embarazadas. Es importante tomar en consideración que un menor puede ser ojeado sin intenciones, cuando una persona le demuestra afecto o cariño, pero debido a la CI del menor es propenso a ser ojeado.

- Brujería y/o hechizos: Aborda muy poco sobre esta categoría debido a la limitación de testimonios con respecto al tema. Sin embargo hace alusión que a diferencia del ojo, los hechizos conllevan una intensión negativa hacia otra persona, que por lo general es adulta. Si el hechizo no es ejecutado de manera adecuada, los menores allegados a la persona son los más vulnerables o afectados, recayendo en ellos toda la maldad.

Habiendo entendido la dinámica de cada una de las clasificaciones, el autor también asegura que muchas de las enfermedades y sus causas pueden ser evitadas tomando ciertas precauciones:

“Hay algunas enfermedades que pueden evitarse controlando la condición externa, mientras que otras pueden evitarse con el debido control de la condición interna de la persona. Todas las dolencias que se consideran tener un origen físico u orgánico pueden evitarse regulando la condición externa; por otra parte... todas aquellas dolencias que un médico determina como sobrenaturales y <<supersticiosas>>, pueden evitarse por un ajuste de la condición interna” (Adams, 1952, pág. 43).

A manera de resumen el autor explica sobre la existencia de ciertas condiciones tanto dentro como fuere del organismo que dependiendo de las circunstancias pueden que no combinen, dando como resultado una enfermedad. Basado en esta misma ecuación Adams explica las razones del por qué ciertas personas no se ven afectadas ante la misma CE, argumentando que es una condición que se produce dependiendo de la CI de la persona. Por ejemplo, personas con sangre fuerte son menos propensas a caer en alguna enfermedad (Adams, 1952, págs. 30-35).

---

<sup>13</sup> El autor no explica las características de una persona con sangre fuerte, pero se hace alusión a personas con temperamentos fuertes y capaces de soportar adversidades que implican algún grado de dolor.

Si bien Adams hace un estupendo trabajo en clasificar las enfermedades indígenas de Guatemala, Azzo Ghidinelly (Ghidinelly, 1984, págs. 238-239) aporta interesantes propuestas desde el enfoque etnobotánico. Sin embargo, por razones de la temática de estudio no se abordarán, pero vale la pena mostrar brevemente la clasificación que hace de las enfermedades propuestas por Adams, estableciendo dos grandes categorías *Enfermedades naturales* y *Enfermedades sobre naturales*, siendo la primera todas aquellas que son intrínsecas al cuerpo y que están relacionadas al medio ambiente, mientras que la segunda se refiere a todas aquellas a las que se atribuye una condición generada por espíritus o humanos.

*Cuadro 2: Propuesta de clasificación de las enfermedades por Azzo Ghidinelly*

<b>Tipo de enfermedad</b>	<b>Síndrome, enfermedad o padecimiento</b>
Enfermedades naturales	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enfermedades de calentura.</li> <li>2. Enfermedades de enfriamiento.</li> <li>3. Enfermedades debido a perturbaciones físicas.</li> </ol>
Enfermedades sobrenaturales	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Susto o espanto.</li> <li>2. Malos vientos, aires o remolinos.</li> <li>3. Molestias causadas por espíritus muertos.</li> <li>4. Molestias causadas por espíritus malos.</li> <li>5. Mal de ojo.</li> <li>6. Daños infligidos por brujería</li> </ol>

*Fuente: Cuadro elaborado por Teresa Mosquera (2007, pág. 235).*

2. Las enfermedades como falta de equilibrio. **Juan José Hurtado** bajo la línea del IIN, retoma algunos de los elementos de la construcción de Richard Adams para hacer una enumeración y clasificación de las enfermedades de la medicina folk. El detalle de esta clasificación se encuentra presente en su obra “Algunas ideas para un modelo estructural de las creencias en relación con la enfermedad en el altiplano de Guatemala”. Con esta publicación, el objetivo de Hurtado era demostrar cómo las personas han creado un “sistema perfectamente estructurado para hacer frente a sus problemas de salud y enfermedad” (Hurtado, 1973, págs. 10-22).

Vale la pena resaltar el esfuerzo que hace Hurtado al exponer que la construcción de clasificación solo pudo ser posible partiendo de categorías conceptuales que emplean las personas. A continuación se describen las seis categorías que el autor logra establece para entender las enfermedades:

- a. **Enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio mecánico del cuerpo:** son resultado de una alteración en la mecánica del cuerpo y por ende, solo pueden ser tratadas de manera mecánica. Debido a esta razón el autor explica la alta demanda de proveedores de salud tradicional capaces de curar a través de tratamientos específicos estas enfermedades. Algunas de las enfermedades que entran en esta categoría serían la “mollera caída”, el “cuajo caído” y los “cachetes caídos” (Hurtado, 1973: 16).
- b. **Enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio emocional:** son enfermedades que fácilmente podrían entrar dentro de una categoría cognitiva, ya que se relacionan a cuestiones de índole psiquiátrica. Sin embargo, el autor aclara que no son los problemas usuales que un psiquiatra describiría. Para explicar más en detalle este tipo de enfermedades, el autor explica:

“Una madre en período de los 40 días posteriores al parto está en una situación emocional particular durante la cual hay una serie de comportamientos que debe de seguir, así como tabús que debe cumplir. Debe además gozar de tranquilidad, no presenciar disputas, pleitos, etc. Cualquier situación particular que altere su estado emocional, disgustándola o asustándola puede tener como resultado la aparición de la fiebre de sobre parto” (Hurtado, 1973: 18).

- c. **Enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio frío-calor:** Hace alusión a la ingesta de alimentos que pueden alterar el estado normal del cuerpo. “Se trata de mantener un ajuste particular en relación a conceptos de “frío” y de “calor” no solamente orgánicos sino extra orgánicos” (Hurtado, 1973: 19).

Debido a que algunas enfermedades pueden ser “frías” y otras “calientes”, prescripciones dietéticas y médicas que pueden contrarrestar esta situación, también son calificadas como “frías” y “calientes”. Siendo determinadas medicaciones que entran dentro de la categoría “frías”, las que contrarrestan enfermedades con características “calientes” y viceversa.

Lamentablemente el autor explica que por razones de tiempo no detalla en ejemplos, pero afirma que una enorme cantidad de enfermedades, tratamientos, precauciones, indicaciones dietéticas e indicaciones terapéuticas pueden ser explicados con base a este concepto de equilibrio frío-caliente.

- d. **Enfermedades causadas la pérdida del alma:** Al igual que Adams, menciona que es resultado de intenso nivel de temor o pánico que expone al individuo a la pérdida de su alma y de no ser recuperada puede llevarlo a la muerte. Sin embargo, el autor explica la lógica de esta idea:

“Estamos manejando premisas totalmente diferentes, para el ladino el alma y el cuerpo están indisolublemente ligados desde el momento de la concepción hasta la muerte (...) completamente diferente a la que sustenta el indígena, de acuerdo a la cual la unión alma-cuerpo no es indisoluble durante la vida del individuo” (Hurtado, 1973: 19-20).

Vale la pena resaltar que Hurtado es el primero en clasificar la enfermedad de la desnutrición, brindando detalle de una interpretación particular en Patzún y Patzicía:

“encontramos una interpretación muy particular para la desnutrición. Esta enfermedad es interpretada como el robo del alma por los ángeles o por los espíritus de los antepasados: para el tratamiento hay una ceremonial particular conocido con el nombre de <<cena de ángeles>> en el cual participan el niño enfermo y otros niños y tiene por objeto honrar a los ángeles para convencerles de que devuelvan el alma que han robado al niño enfermo y éste pueda recobrar su salud” (Hurtado, 1973: 19-20)

- e. **Enfermedades causadas por la influencia de otros seres, naturales o sobrenaturales:** Considerada como la categoría más frecuente para explicar desórdenes en niños provocadas por individuos que cumplen con las características de: personas en estado de ebriedad, mujeres embarazadas y mujeres durante su período menstrual. “La proximidad de estas personas es suficiente para producir la enfermedad en el niño” (Hurtado, 1973: 20).
- f. **Enfermedades causadas por parásitos intestinales:** Este tipo de enfermedad es bastante peculiar puesto que no radica en el hecho de tener lombrices sino en el hecho de alterar su estado natural. Esta premisa parte de la idea que todo ser humano tiene *lombrices de leche* en su cuerpo, es decir, son otorgadas por Dios desde la concepción. Sin embargo, debido a ciertas circunstancias que hacen que se salgan de su bolsa, en donde se encuentran de manera natural, puede producir “alboroto de lombrices”. El tratamiento para esta enfermedad no radica en expulsarlas del cuerpo, sino más bien en volverlas a “embolsar”.

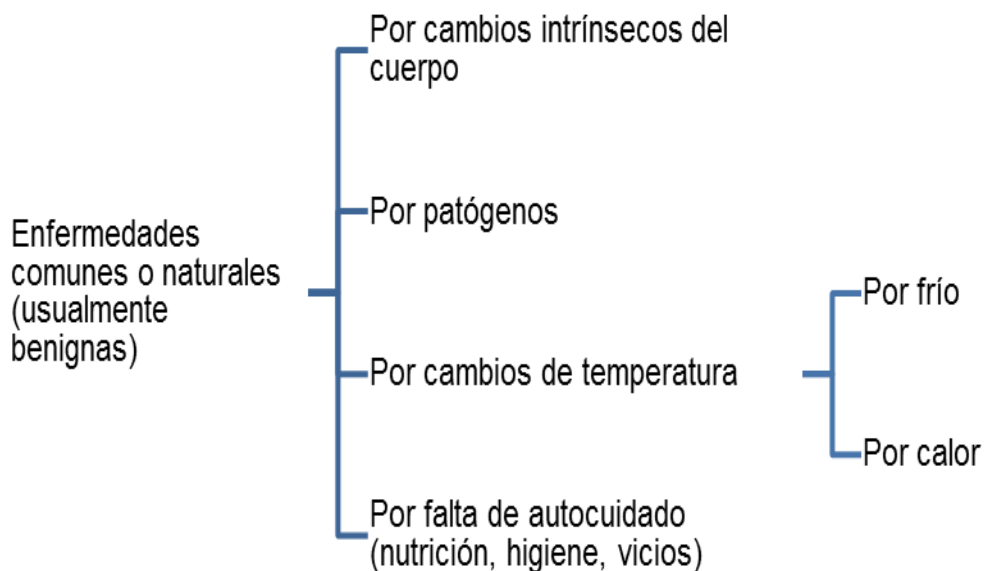
Finalmente Hurtado argumenta que el interés en el tema no solo permite comprenderlo mejor la temática de estudio, sino facilita el nivel de comunicación y atención dentro de una cultura ajena al que conocen los especialistas de la salud no tradicional (Hurtado, 1973: 22).

3. Las condiciones internas susceptibles. Sheila Cominsky (1977, pág. 2 quien propone el término de “condición interna susceptible”, con esta expresión la autora resalta el importante papel que juegan las emociones y otros factores de índole psicosocial en el origen de padecimientos o enfermedades, siendo entonces los aspectos emocionales parte importante de los factores que pueden exponer a la persona a un estado de vulnerabilidad. Partiendo de esta premisa, la autora agrega que un padecimiento o una enfermedad se originan a partir de condiciones multicausales y que la combinación de la condición interna y externa sumada a la condición interna susceptible, permite comprender la variabilidad de efectos que pueden presentarse de un individuo a otro, estando éstos expuestos a las mismas condiciones o factores externos (Remorini, 2009, pág. 315).

4. Sistema de clasificación contemporáneo y participativo. Para finalizar este recorrido, es menester hacer referencia a la labor de Mónica Berger y 67 abuelas y abuelos especialistas Maya', quienes crearon un esquema de varios niveles para explicar la clasificación de enfermedades de acuerdo a su experiencia cultural y empírica propia de cada lugar de origen.

Antes de exponer el esquema propuesto, los especialistas Maya' y Berger parten de la idea que la enfermedad debe ser entendida como <<consecuencias de un desequilibrio material, mental, emocional, energético y espiritual, por lo que su clasificación en categorías específicas se centra en entender el origen de dicho desequilibrio>> (Berger, 2016: 108).

*Gráfica 4: Sistema de clasificación de enfermedades de acuerdo a 67 especialistas Maya' de regiones etnolingüísticas distintas.*



Continuación Gráfica 4



Fuente: Esquema obtenido de Berger 2016: 109

A diferencia del resto de autores Berger (2016:108) expone lo que hace diferente la clasificación de enfermedades dentro sistema maya versus el sistema biomédico occidental, argumentando que la clasificación de enfermedades se basa principalmente en una lógica de formación cultural y empírica que no sigue una estructura universal compartida entre todos los especialistas en el tema y, por ende, la diversidad de su tratamiento.

## G. La clasificación frío-caliente

La dicotomía frío-caliente es un sistema de clasificación tradicional de origen antiguo y presente en diversas culturas del mundo como la griega, china y por supuesto, las mesoamericanas. Su origen es tema de discusión entre autores como George M. Foster (1979), que plantean que dicha dicotomía es un legado hipocrático de su doctrina humoral (frío-caliente y húmedo-seco) y que posteriormente a la conquista se introdujo en la región latinoamericana. Según el autor, esta concepción logró ser aceptada por la población hasta llegar a ser utilizada en la práctica médica tradicional abriendo paso a la clasificación de salud y enfermedad que se conoce hoy día. Por otro lado está el planteamiento de Alfredo López Austin (1980), quien asegura que esta dicotomía se encontraba presente previo a la conquista y no es sino hasta después que el sistema hipocrático se incorpora para adaptar elementos a este sistema (Rojas, 1996, pág. sp).

Independientemente de cuál haya sido el origen de la utilización de esta dicotomía, lo que sí se puede asegurar es el fuerte impacto que esta dualidad ha tenido en la manera en como la cultura maya entendía la vida y el bienestar. El cosmos formaba parte de una dualidad concebida como arriba-abajo/caliente-frío, en donde la parte del gran padre Cielo y Sol se encontraban en un plano horizontal y superior, mientras que la gran madre Tierra se encontraba en la parte baja y representaba el frío. De la misma manera la concepción del bienestar personal en las culturas mesoamericanas requería del equilibrio del cuerpo y por eso la alimentación formaba parte fundamental para lograrlo (Coria, 2009, pág. 5).

La categorización *frío - caliente* es un componente de clasificación que aún se encuentra presente en la cultura maya. Es utilizada para caracterizar enfermedades y prescribir sus remedios, que en su mayoría son alimentos que ayudan a mantener la temperatura simbólica del cuerpo. Ésta categorización no se refiere a la temperatura en sí del alimento, si está crudo o cocido, caliente o enfriado, sino más bien a la esencia o la

naturaleza del mismo, buscando mantener la temperatura simbólica del cuerpo, que es *caliente* (López, 2012, pág. 38).

La dependencia a esta dicotomía, en parte, explica el consumo de ciertos alimentos y el rechazo de otros. La gran mayoría de las personas coinciden en que los alimentos clasificados como *calientes* son todos aquellos que benefician al cuerpo, ya que mantienen su *temperatura* e impiden que se *enfríe*. Los alimentos clasificados como *fríos*, por otro lado, son aquellos que deben consumirse con moderación, ya que pueden disminuir la temperatura simbólica del cuerpo, ocasionando alteraciones físicas como dolor de estómago y diarrea. En la investigación que realizamos con el equipo de Antropología en SESAN se encontró que por esta razón muchas madres no recomiendan el consumo de estos alimentos a los niños y a las mujeres embarazadas o en período de lactancia (SESAN, 2014, pág. 10).

Partiendo de este sistema cognitivo, la temperatura simbólica del cuerpo no debe ser alterada por un consumo significativo de alimentos *fríos*, ni por la ingestión excesiva de alimentos *calientes*, sino buscar y mantener un equilibrio dentro del cuerpo, a través de la alimentación (Vargas & Casillas, 2003, págs. 4-5). Esta clasificación puede contribuir a un consumo de alimentos diferentes que varían de un miembro a otro en la familia, tanto por edad, género, estado de salud o condiciones físicas particulares, como una mujer que haya tenido un aborto (Galindo, 2014, pág. 6).

1. Clasificación de alimentos. Para lograr comprender las percepciones en torno a los alimentos es necesario saber que ésta no solo depende de la calidad, cantidad, disponibilidad y tipo de alimento, sino de factores culturales y características organolépticas que hacen a aún más complejo. Como ya se ha mencionado el sistema dicotómico también se ve reflejado en la clasificación de alimentos fríos y calientes (Galindo, 2014, págs. 4-5). Esta premisa parte de la idea de alcanzar un equilibrio simbólico cuidando el consumo excesivo de alimentos fríos, así como de alimentos calientes. La idea básica es buscar y mantener una alimentación equilibrada para lograr una buena salud (Vargas & Casillas, 2003, págs. 4-5).

El consumo de alimentos también parte de lo que Hurtado llama *el principio de los opuestos*, que consiste en la combinación de los alimentos según su categoría, es decir,

un alimento frío sumado a un alimento caliente puede ser consumido sin provocar ningún daño al sistema (Hurtado, 1973, pág. 6).

Es importante aclarar que la clasificación de alimentos varía de una persona a otra según su experiencia o circunstancias, esto puede contribuir a un consumo diferente según el miembro de la familia, así como por la edad, género, estado de salud o condiciones físicas particulares, por ejemplo: una mujer que haya tenido un aborto, mujer embarazada, menores en etapa de lactación, ancianos, entre otros. Una familia puede considerar el tomate como un alimento frío y otra como un alimento caliente aunque ambas sean originarias de la misma comunidad o incluso de la misma familia. A pesar que esta categorización ha sido transmitida de generación en generación, en la actualidad, gran parte de la población que la utiliza no pueden explicar las razones del por qué un alimento frío o caliente (Hurtado, 1973, pág. 6) y (Galindo, 2014, pág. 5).

Se ha dicho anteriormente que la enfermedad es concebida como el desequilibrio simbólico, por lo que el tratamiento debe ser la restauración de éste. Muchos autores han detallado los tratamientos que terapeutas y personas particulares han utilizado para contrarrestar síntomas. Tratamientos cuya lógica radica en no realizar acciones o consumir alimentos que puedan empeorar el desequilibrio de la persona, así pues, si se tiene una enfermedad caliente es recomendable no salir de noche, exponerse a la lluvia, no tocar ni beber agua fría, ni comer alimentos que se caractericen por ser fríos. De la misma manera los tratamientos también pueden cumplir *el principio de los opuestos*, en donde el tratamiento para cierta enfermedad puede consistir en el consumo de preparaciones que contengan alimentos tanto fríos como calientes.

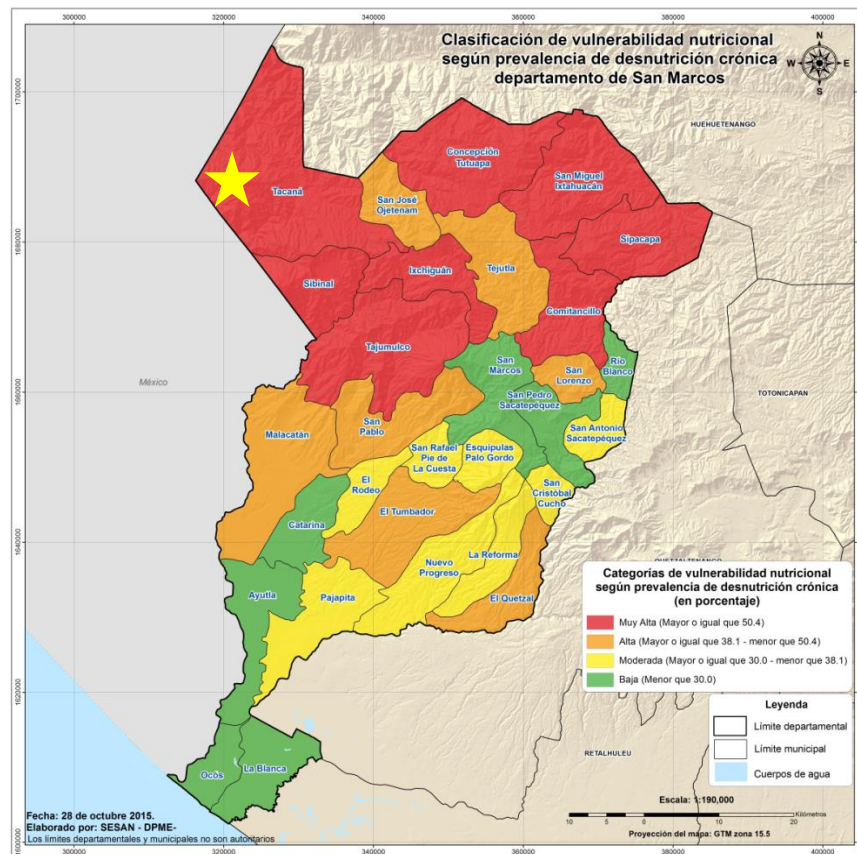
Sin embargo, vale la pena mencionar que investigadores en México han detallado testimonios de personas que aseguran que dependiendo de las circunstancias las enfermedades frías pueden curarse con remedios calientes o fríos y de la misma manera con las enfermedades calientes. Partiendo de esto último, Foster explica que el binomio frío-calor no es tan importante en la prescripción del tratamiento, sino más bien, la importancia radica en una lógica empírica que juega a favor, independientemente de su característica intrínseca. Dicho en otras palabras, “la teoría frío-calor valida el tratamiento a posteriori y no a priori” (BDMTM, 1994, pág. sp).

Al binomio tradicional en la clasificación de alimentos también se han planteado ajustes. Sheila Cominsky aporta valiosa información para la comprensión del funcionamiento de la medicina y nutrición maya en la región de Santa Lucía Utatlán, Quiché, donde identifica una tercera categoría cognitiva para la clasificación de alimentos. Vale mencionar que los aportes de “condición interna susceptible” y “fresco” de Cominsky fueron conocidos por quien suscribe posterior al trabajo de campo que sostiene esta tesis. Es por dicha razón que al momento de hacer la investigación no se tomó en cuenta el término fresco como una categoría ajena al término frío; a lo largo de las entrevistas con las madres, ninguna hizo una diferenciación entre ambas categorías por lo que la investigadora asocia a lo largo de esta investigación ambos términos como parte del mismo espectro

## V. CARACTERIZACIÓN GENERAL DEL MUNICIPIO DE TACANÁ.

Tacaná es uno de los 29 municipios que conforman el departamento de San Marcos. Su cabecera municipal se encuentra ubicada a 72 kilómetros de la cabecera departamental y a 322 kilómetros de la ciudad de Guatemala. Al norte colinda con el municipio de Tectitán del departamento de Huehuetenango; al sur con el municipio de Sibinal del departamento de San Marcos y con el Estado de Chiapas de la República Mexicana; al este con los municipios de San José Ojetenam e Ixchiguán del departamento de San Marcos y Tectitán en Huehuetenango; y al oeste con el Estado de Chiapas, México (SEGEPLAN, 2010, pág. 9).

Imagen 1: Municipio de Tacaná, San Marcos.



Fuente: Mapa elaborado por SESAN el 28 de octubre del 2016.

Cuenta con una extensión territorial de 302 kilómetros cuadrados, ubicado a una altura de 2,416 metros sobre el nivel del mar. Su topografía es montañosa a excepción del área de la costa sur y por ser una región cercana a volcanes activos, los terremotos suelen ser frecuentes generando condiciones de vulnerabilidad. Se caracteriza por su clima frío y por ser uno de los municipios con mayor índice de exportación de alientos en el departamento. Tacaná está conformado por 18 micro-regiones que se dividen en aldeas, caseríos, cantones, barrios y colonias, haciendo un total de 161 lugares poblados (SEGEPLAN, 2010, pág. 9).

#### A. Datos socio-demográficos:

La población total registrada en el municipio para el año 2010 era de 87,998 habitantes, de los cuales 43,911 eran hombres (49.90%) y 44,087 mujeres (50.10%). Actualmente la población es de 78,450 habitantes, según la INE para finales del año 2025 se proyecta un aumento poblacional cercano 114,997 habitantes. Es importante mencionar que Tacaná es un municipio altamente rural siendo tan solo el 9.62% área urbana (SEGEPLAN, 2010, pág. 12).

Según el informe municipal de SEGEPLAN, para el año 2010 la mayoría de la población se consideraba indígena, siendo el 9.4% hablantes mam. El idioma predominante es el español (97%), siendo el 3% de la población bilingüe del idioma mam y español (SEGEPLAN, 2010: 17). Según las observaciones se identificó una notable carencia del idioma entre la generación de las “nuevas madres”, muchas mencionaron no dominar el idioma debido a la falta de interés personal y el de sus padres por enseñarles. Por lo tanto, la mayoría de la población en Tacaná son los “nietos del idioma”, ya que en varias ocasiones las personas mencionaron que su relación más cercana con el idioma mam era la del dominio de sus abuelos, pero que para ellos era mucho más difícil aprenderlo cuando ni sus padres lo hablaban.

Con base en las observaciones en el municipio, existe un pensamiento compartido en cuanto a la identidad que asume la población. La mayoría identidad está mayormente concentrada en una diferenciación hacia la población mexicana, más que una diferenciación entre indígenas y no indígenas, en parte, esto se debe a que Tacaná es un municipio fronterizo con México y en donde existe una fuerte presencia de dicho territorio en las actividades del día a día de los pobladores. La relación entre ambas poblaciones se fortalece durante las actividades que se realizan los fines de semana en la cabecera

municipal; día de mercado, venta e intercambio de animales y participar en actividades de la iglesia.

## B. Condiciones de vida:

De acuerdo a la última medición realizada en el 2002, la pobreza general en el municipio afecta al 84.35% de los habitantes, siendo 32.35% de dicha cifra correspondiente a pobreza extrema. Para el 2011 se calculó que la población rural de Tacaná representaría índices de pobreza extrema del 37.8, sin embargo, no se han realizado esfuerzos por actualizar dicho conocimiento. Agregado a esto, debido a los deterioros en las condiciones laborales, una gran parte de la población se desplaza al Estado de Chiapas para laborar en las plantaciones de café durante los meses de septiembre a enero (SEGEPLAN, 2010, pág. 14) y (INE, 2013, pág. 18).

## C. Servicios de salud:

Según datos del SEGEPLAN (2010) el municipio cuenta con un Centro de Salud que funciona como un Centro de Atención Permanente (CAP) y cinco Puestos de Salud en las comunidades de San Pablo Toaca, Chactelá, Chequin Grande, La Esperanza Tuicoche y San Rafael. Durante el trabajo de campo se identificaron tres principalmente lugares de atención pediátrica: El Dispensario, atendido por religiosas y del cual se sabe muy poco; el Centro de Recuperación Nutricional - CRN, iniciativa privada con orientación religiosa; y el CAP del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS. Estos últimos dos son los más frecuentados y en donde se realizan específicamente los monitoreos de peso y talla para la identificación de casos con desnutrición infantil.

El CAP cuenta con personal capacitado e instalaciones específicas para la atención en salud de la población el municipio. Según el MSPAS, el CAP es la institución oficial para la identificación y tratamiento de los casos de desnutrición reportados en el municipio. En teoría, todos los casos detectados con desnutrición deberían de ser referidos al CAP, sin embargo, este no se da abasto por la falta de tratamiento y personal que brinde atención y seguimiento oportuno a todos los casos detectados.

Debido a la falta de cobertura del CAP, la necesidad de crear una institución que pudiera satisfacer la necesidad de la falta de servicios básicos de salud y entre estos, un especial interés por cumplir con la cobertura necesaria para la detección y seguimiento de

casos con desnutrición en el municipio. En febrero de 2015 se crea CRN dirigido por la Asociación Hermana Tierra, organización sin fines de lucro, y que lleva como nombre “Los Angelitos”. Por el momento el equipo del CRN tiene capacidad para atender 22 lugares poblados de los 168 que conforman el municipio. A pesar que el propósito principal del Centro es reducir las muertes por desnutrición aguda y crónicas en el municipio, también realiza consulta interna atendiendo a personas de diferentes edades y con otras enfermedades. A pesar que el protocolo de atención a la desnutrición menciona que únicamente los casos con DAS que presenten signos clínicos deben de ser internados, el CRN cuenta con las instalaciones necesarias para internar casos de DAM y DAS que no presenten signos clínicos. Esta lógica parte ante la necesidad de poder dar un seguimiento cercano adecuado y efectivo del tratamiento médico y nutricional.

A pesar de los esfuerzos de las instituciones por cubrir las necesidades de la población en atención de salud, las barreras geográficas aún siguen siendo una de las limitaciones más fuertes para el acceso y disponibilidad de estos servicios. Por lo tanto, las poblaciones que se encuentran ubicadas en la región norte del municipio se les es más viable cruzar la frontera con México que viajar a la cabecera municipal. Por otro lado, existe la escases de medicamentos y personal capacitado hace que parte de la población prefiera cruzar la frontera, algunos argumentan que los

#### D. Disponibilidad de alimentos:

Los principales cultivos en el municipio son maíz, frijol, papa, trigo, café y cebada. También se consume un 25% de habas, manzanas, peras, duraznos y aguacates, sin embargo esto solo puede ser posible en cierta temporada del año. Es importante mencionar que el 86% del producto como hortalizas, árboles frutales, granos básicos y cereales que se produce en el municipio es de autoconsumo familiar, siendo el 14% destinado a la venta en el mercado local, cercanos e incluso en el área de la frontera con México (SEGEPLAN, 2010: 25-27).

En las tiendas y abarroterías es mucho más común encontrar alimentos procesados de origen mexicano que guatemalteco. Entre los productos que más se consumen son las papalinas fritas a pesar de su alto precio. Sin embargo, las personas que prefieren comprar ya sea en el mercado o en las abarroterías producto mexicano expresaron que es debido a su variedad, sabor y precio, por lo que es común escuchar comentarios

relacionados a que el producto mexicano es más barato si se consigue en la frontera o viajando directamente a Motozintla, Chiapas.

## E. Servicios de salud no biomédicos

No existe un registro actualizado y preciso que documente la cantidad de proveedores de salud tradicional en el municipio, sin embargo, la presencia de estos actores se encuentran principalmente ubicados en comunidades en donde el acceso a los servicios de salud son limitados. Se pudo observar que la primera opción de atención es acudir a estos proveedores de salud tradicional en vez de uno biomédico. Entre los proveedores de salud tradicional que se pudo identificar están: las comadronas, los hueseros y los curanderos. Estos últimos juegan un papel importante durante el proceso de recuperación de niños diagnosticados con desnutrición, más adelante se detallará cómo la población en general, incluyendo personal de la rama biomédica, aducen a estos proveedores cuando los niños son cargados de algún mal.

## F. Religión

Según reporte de SEGEPLAN, se reporta que el municipio es principalmente católico siendo representado por el 60%, mientras que el 40% son no católicos (SEGEPLAN, 2010, pág. 16). En base a las observaciones y notas de campo, existe una fuerte presencia de la religión católica que se ve reforzada por las actividades que lidera el padre Ángelo, sacerdote asignado a la región de Tacaná. Este actor es de procedencia italiana y tiene a su cargo la Asociación de Hermana Tierra, programas de transmisión en radio y la coordinación de CRN. La opinión del sacerdote ha llegado a tener un fuerte impacto en el municipio que en el 2015 el ex alcalde realizó diferentes llamados para que lo destituyeran de la región, ya que a su parecer éste influyó en que no fuera reelecto.

## G. Caracterización de las madres participantes.

Las madres participantes en este estudio tenían un rango de edad de 20 a 45 años, con un promedio de 3.5 hijos, todas hablantes únicamente del idioma español. De las 16 madres, tres habían completado segundo primaria, una tercero primaria, dos sexto primaria, una un bachillerato en computación y las nueve restante nunca asistió a la escuela. Doce madres eran amas de casa, dos comerciantes, una estudiante y una agricultora en las fincas de café de México. La mayoría de las madres era de religión católica, a diferencia de tres que practicaban la religión evangélica.

Sobre el tema de etnicidad, se pudo observar que la mayoría de las madres se identificaba a sí mismas como indígenas, sin embargo, el componente lingüístico forma parte fundamental sobre su identificación como indígenas mam. Debido a que ninguna de las madres dominaba el idioma mam, de las diez madres que mencionaron identificarse como indígenas, no se consideraban a sí mismas como indígenas mam y las seis restantes se consideraban ladinas. Como se mencionó anteriormente, existe una notable claridad con respecto a hacer una diferenciación entre la identidad guatemalteca con la mexicana, más no así por una diferenciación entre lo indígena y no indígenas dentro del municipio.

En cuanto a los datos generales de las viviendas<sup>14</sup>, cuatro eran viviendas improvisadas, diez viviendas semi formal y dos viviendas formales. Dos viviendas contaban con inodoro con sistema de drenaje, seis con letrina conectada a un pozo séptico, cuatro con letrina abonera, tres con pozo ciego y una no contaba con una estructura para los desechos fecales. Quince casas contaban con servicio de agua para consumo e higiene del hogar y una obtenía debía transportar agua a tres kilómetros de su vivienda. En cuanto a los desechos sólidos, doce quemaban su basura y el resto lo depositaban en una fosa comunitaria. Todas las casas contaban con servicio de electricidad.

Con respecto al espacio para la preparación y almacenamiento de alimentos, doce hogares contaban con comal, dos contaban con estufa eléctrica y refrigeradora que utilizaban eventualmente, y dos no contaban con una estructura adecuada para la preparación de alimentos, sino que lo hacían en ollas de barro que calentaban a fuego directo en el piso.

Cuatro familias vivían en hogares conformados únicamente por la familia nuclear y el resto estaba conformado por integrantes de la familia extendida. Dos hogares no contaban con una figura masculina en el hogar y tres sus esposos migraban a México para realizar trabajo en fincas o de comercialización. Tan solo una familia era propietaria de dos camiones y un caballo que era utilizado como medio de transporte.

---

<sup>14</sup> El modelo de las tres viviendas se obtuvo del estudio realizado por la SESAN 2014, en donde se especifica las viviendas improvisadas son aquellas construidas totalmente con material de desecho (plástico, cartón, madera y/o lámina), son vivienda semi formal cuando 1 de 3 materiales de construcción son formales (piso, techo, pared) y son viviendas formales cuando todos los materiales de construcción son formales (piso, techo, pared).

En cuanto a la caracterización de los menores con desnutrición, a continuación se presenta una tabla de las características que resume su perfil.

<b>Características generales de los menores</b>	
<b>Cantidad</b>	16 menores
<b>Sexo</b>	5 niñas 10 niños
<b>Rango de edad</b>	2 menores de 0 a 5 meses cumplidos 2 menores de 6 a 11 meses cumplidos 7 menores de 12 a 23 meses cumplidos 4 menores de 24 a 35 meses cumplidos 1 menores de 36 a 47 meses cumplidos
<b>Diagnóstico nutricional según medidas antropométricas del estudio.</b>	2 menores con puntaje Z de -2 a 2. 8 menores con desnutrición aguda moderada con puntaje Z de -2 a -3 6 menores con desnutrición aguda severa con puntaje Z de -3 y menor
<b>Tratamiento recetado por servicios de salud.</b>	10 menores recibieron ATLC en el pasado 6 menores recibieron ATLC durante el levantamiento de datos

## VI. RECONOCIMIENTO DE ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS

Partiendo de la premisa que la enfermedad es el resultado de múltiples condiciones que al relacionarse unas con las otras en situaciones específicas alteran o desequilibran el estado natural del cuerpo (Adams, 1952 y Hurtado, 1973), se solicitó a los participantes a través de múltiples metodologías que describieran sus percepciones en torno a dicho concepto.

El primer proceso de descripción de enfermedades permitió conocer las percepciones de la población en general de Tacaná. Para ello, se realizaron un total de 60 listados libres dividiendo la muestra en dos grupos. La población estuvo representada en un 50% hombres y un 50% mujeres. La información obtenida a través de este método fue de suma importancia para conocer los elementos o artículos correspondientes a tres dominios culturales<sup>15</sup>: a) enfermedades comunes en menores de 5 años, b) sintomatología de la desnutrición c) y causas de la desnutrición.

Para conocer el primer dominio cultural correspondiente a las enfermedades de menores de 5 años se planteó abordar una pregunta generadora de conceptos, siendo esta: “¿Cuáles son las enfermedades más comunes entre los niños pequeños en Tacaná?”. Sin embargo, en el momento de la práctica fue mucho más asertivo remplazar la palabra “pequeños” por “chiquitos”, ya que para este último concepto las personas asociaban a la palabra “chiquitos” a menores entre las edades de 0 a 4 años y que aún se encontraban en período de lactancia, mientras que para la palabra “pequeños” visualizaban a menores que superaban la edad de 5 años, siendo estos no lactantes y con la posibilidad de adquirir enfermedades “muy distintas” a las que un menor de 4 años podría tener, como por ejemplo: paperas, diabetes y varicela.

Posteriormente para conocer el dominio cultural correspondiente a la sintomatología por desnutrición, se solicitó a los participantes que mencionaran todos los síntomas que pudieran asociar a la desnutrición. Por último, para el tercer dominio cultural se solicitó que enlistaran las causas que provocaban que un menor tuviera desnutrición. A pesar que la metodología estuvo enfocada a que las personas se limitaran a enlistar las

---

<sup>15</sup> Los dominios culturales son “un conjunto organizado de palabras, conceptos o frases que se encuentran en el mismo nivel de contraste y que se refieren conjuntamente a una sola esfera conceptual” (Weller & Rommey , 1998, pág. 9).

enfermedades, sintomatología y causas de la desnutrición, la mayoría de los participantes se sintió en la libertad de mencionar algunos de los tratamientos que les han sido efectivos para contrarrestar las enfermedades y los síntomas por desnutrición. Esta información fue fundamental para plantear un cuarto dominio cultural que se abordó a manera de entrevista no estructurada. Así mismo, brindó temas específicos a profundizar y abordar con las madres cuyos menores fueron diagnosticados con desnutrición aguda.

## A. Conocimiento general

1. Enfermedades más comunes en menores de 5 años. Los resultados de los listados libres muestran que no todos los padecimientos y síntomas asociados a la desnutrición son considerados dentro del dominio cultural “enfermedades comunes en menores”, mayoritariamente aquellas que se atribuyen a carácter psicológico o emocional como carácter irritable y apático.

A continuación se detallan los atributos mencionados por los participantes, dividiendo las respuestas por género y edad; mujeres entre 13 a 39 años, mujeres entre 40 a 60 años, hombres entre 13 a 39 años y hombres entre 40 a 60 años. A pesar que los atributos están por orden de frecuencia, también se puede visualizar su rango e índice de prominencia.

### **Mujeres 13 – 39 años:**

Las mujeres de 13 a 39 años listaron un total de 12 atributos, mencionando un promedio de 3.5 atributos por persona, siendo la lista más corta de 3 atributos y la más larga de 8. Según las menciones, la gripe, la diarrea, la tos y la calentura son las enfermedades más sobresalientes y con rango saliente, siendo nombradas un 92.3%, 84.6%, 46.2% y 46.2% respectivamente. El 100% de las mujeres entrevistadas en este rango de edad mencionaron la gripe, en promedio la gripe fue mencionada como el primer atributo en los listados.

Cuadro 3: Percepciones de mujeres entre 13-39 años sobre las enfermedades más comunes en menores de 5 años

No.	ATRIBUTOS	FRECUENCIA (%)	RANGO	ÍNDICE DE PROMINENCIA
1	Gripe	92,3	2,42	0,714
2	Diarrea	84,6	3,09	0,475
3	Tos / Catarro	46,2	3	0,221
4	Temperatura / Calentura	46,2	4,17	0,196
6	Vómito	30,8	3	0,188
5	Neumonía	30,8	4	0,16
7	Mal de ojo	23,1	4,67	0,112
12	<b>Desnutrición</b>	<b>7,7</b>	<b>1</b>	<b>0,077</b>
9	Dolor de estómago	15,4	4,5	0,051
8	Varicela	15,4	5	0,049
10	Dolor de oído	7,7	4	0,019
11	Brujería	7,7	4	0,019

Fuente: Creación propia

### Mujeres 40 – 60 años

Las mujeres de 40 a 60 años listaron un total de 19 atributos, mencionando un promedio de 2.9 atributos por persona, siendo la lista más corta de 2 atributos y la más larga de 7. Según las menciones, la gripe, la diarrea, la tos y la calentura son las enfermedades más sobresalientes y con rango saliente, siendo nombradas un 69.2%, 61.5%, 46.2% y 46.2% respectivamente. El 61.5% de las mujeres entrevistadas en este rango de edad mencionaron la gripe, siendo esta el primer atributo mencionado en los listados.

Cuadro 4: Percepciones de mujeres entre 40-60 años sobre las enfermedades más comunes en menores de 5 años

No.	ATRIBUTOS	FRECUENCIA (%)	RANGO	ÍNDICE DE PROMINENCIA
1	Gripe	69,2	2,44	0,481
3	Temperatura / Calentura	46,2	1,67	0,392
2	Diarrea	61,5	2,88	0,354
4	Tos / Catarro	46,2	2,5	0,288
5	Dolor de estómago	38,5	3,4	0,206
6	<b>Desnutrición</b>	<b>15,4</b>	<b>1</b>	<b>0,154</b>
14	Bronquitis	7,7	1	0,077
16	Infección	7,7	1	0,077
17	Hepatitis	7,7	1	0,077
7	Mal de ojo	15,4	4	0,07
9	Neumonía	15,4	3,5	0,058
15	Agua en la nariz	7,7	3	0,046
11	Varicela	7,7	4	0,044
12	Vómito	7,7	3	0,038
19	Derrame	7,7	2	0,038
13	Agua en los ojos	7,7	4	0,031
8	Ronchas	15,4	5,5	0,03
10	Brujería	7,7	6	0,022
18	Debilidad	7,7	5	0,015

Fuente: Creación propia

Ambas poblaciones mostraron un consenso en que las cuatro enfermedades más comunes en menores de 5 años eran la gripe, la diarrea, la temperatura / calentura y la tos / catarro. Existe una diferencia de 7 atributos mencionados por el grupo de mujeres adultas, por lo que se puede asegurar con firmeza que son éstas las que poseen un mayor conocimiento sobre el tema. Estos atributos hacen referencia a enfermedades como la bronquitis, agua en los ojos, agua en la nariz, infección, hepatitis, debilidad y derrame. Algunas de las madres hicieron la aclaración que los atributos como agua en los ojos, agua en la nariz, debilidad y derrame, no eran necesariamente una enfermedad en sí que los menores padecían, sino más bien un síntoma a consecuencia de una enfermedad. Así mismo, se hizo la aclaración que los niños que padecen de derrame son aquellos cuyas condiciones en el hogar hacen que éstos lleguen a presentar niveles altos de estrés. Una de las madres mencionó <<Los niños que no son bien cuidados les da

fácilmente un derrame, eso puede hasta matar a los niños. Cuando el papá toma mucho y la mamá no los cuida o no puede alimentarlos como es entonces los niños sufren mucho de eso>>.

### Hombres 13 – 39 años

Los hombres entre 13 a 39 años listaron un total de 15 atributos, mencionando un promedio de 3.5 atributos por persona, siendo la lista más corta de un atributo y la más larga de 5. Según las menciones, la diarrea, calentura gripe y vómitos son las enfermedades más sobresalientes y con rango saliente, siendo nombradas un 84.6%, 61.5%, 61.5% y 46.2% respectivamente.

*Cuadro 5: Percepciones de hombres entre 13-39 años sobre las enfermedades más comunes en menores de 5 años*

No.	ATRIBUTOS	FRECUENCIA (%)	RANGO	ÍNDICE DE PROMINENCIA
1	Diarrea	84,6	1,64	0,712
3	Gripe	61,5	2,13	0,488
2	Temperatura / Calentura	61,5	2,75	0,353
4	Vómitos	46,2	2,5	0,307
6	Tos / Catarro	30,8	2,5	0,179
5	Mal de ojo	30,8	4,25	0,114
7	Infección	23,1	4,33	0,112
8	Neumonía	15,4	3	0,069
15	Estreñimiento	7,7	3	0,055
11	Dolor de estómago	7,7	4	0,038
14	Dolor de oído	7,7	3	0,038
12	Dolor de cabeza	7,7	5	0,026
13	Amigdalitis	7,7	4	0,019
10	Bronquitis	7,7	5	0,015
9	Sangrado en la nariz	7,7	6	0,013

*Fuente: Creación propia*

### Hombres 40 – 60 años

Los hombres entre 40 a 60 años listaron un total de 12 atributos, mencionando un promedio de 2.4 atributos por persona, siendo la lista más corta de 2 atributos y la más

larga de 5. Según las menciones, la diarrea, la desnutrición y la gripe son las enfermedades más sobresalientes y con rango saliente, siendo nombradas un 46.2%, 46.2% y 23.1% respectivamente. Vale la pena mencionar que a diferencia de los grupos anteriores, se menciona el atributo “no sé”, posicionándose como un atributo con un porcentaje de frecuencia por encima del 50%.

*Cuadro 6: Percepciones de hombres entre 40-60 años sobre las enfermedades más comunes en menores de 5 años*

No.	ATRIBUTOS	FRECUENCIA (%)	RANGO	ÍNDICE DE PROMINENCIA
2	No sé	46,2	1	0,462
1	Diarrea	46,2	2,5	0,272
3	<b>Desnutrición</b>	<b>38,5</b>	<b>2,2</b>	<b>0,272</b>
4	Gripe	23,1	1,33	0,205
11	Infección	7,7	1	0,077
5	Neumonía	7,7	2	0,062
7	Tos / Catarro	7,7	3	0,046
12	Labio leporino	7,7	3	0,046
9	Derrame	7,7	2	0,038
6	Ronchas	7,7	3	0,026
8	Vómito	7,7	3	0,026
10	Mal de ojo	7,7	5	0,015

*Fuente: Creación propia*

A diferencia de la población femenina, la población de hombres joven posee un mayor conocimiento sobre el tema de enfermedades en comparación a la población adulta, ya que, si bien, la diferencia de atributos mencionada por los jóvenes no es significativa, éstos describieron atributos como el sangrado en la nariz, bronquitis, dolor de estómago, dolor de cabeza, amigdalitis, dolor de oído y estreñimiento, enfermedades que los adultos no mencionaron y que en su mayoría, son padecimientos que pueden inducir a la desnutrición.

Por primera vez surge el atributo “no sé” en el listado de hombres adultos, el cual requiere un análisis mucho más profundo que al hecho de limitarse a decir que es por falta de conocimiento de la temática abordada. Su presencia podría deberse a múltiples causas como el síntoma de la página en blanco, timidez e incluso falta de interés sobre la actividad realizada, éstos, solo por mencionar algunos. Sin embargo, el que esté presente solamente en el listado de hombres adultos evidencia una importante diferencia en el

dominio y conocimiento sobre el tema, no solo en comparación femenina, sino con la población masculina joven.

La presencia y ausencia del atributo desnutrición dentro de los listados revela un importante resultado con respecto al dominio cultural estudiado “enfermedades comunes en menores”. El análisis de este atributo no solo revela una significativa diferencia de percepción según género sino también por edad. A pesar que el atributo se encuentra presente en los listados femeninos, su índice de prominencia es bajo en relación a otras enfermedades como la gripe, diarrea, catarro y temperatura. Por otro lado la ausencia del atributo dentro del listado masculino de los jóvenes y la presencia de éste representado por un índice de prominencia bajo en el listado de los adultos masculinos, evidencia que la desnutrición no es considerada como una enfermedad del dominio cultural estudiado. Estos datos resultan oportunos, ya que refuerza el argumento de que las madres no consideran a la desnutrición como una enfermedad sustancial durante los primeros años de vida del menor o la menor, argumento que será explicado en talle más adelante.

Por lo tanto, en base a estos resultados, vale la pena insistir sobre la necesidad de fortalecer las acciones de los servicios de salud con respecto a proporcionar información sobre la desnutrición en el municipio, no solo con la población masculina sino en general.

2. Sintomatología por desnutrición. Los resultados muestran que la sintomatología por desnutrición está mayormente asociada a signos clínicos y no a padecimientos o síntomas que pueden empeorar paulatinamente el estado nutricional del infante. A continuación se detallan los atributos mencionados por los participantes, dividiendo las respuestas por género; mujeres entre 13 a 60 años y hombres entre 13 a 60 años. Al igual que en los primeros listados, los atributos están ordenados por su frecuencia pero también se puede visualizar el rango e índice de prominencia.

### **Mujeres de 13 – 60**

Las mujeres listaron un total de 19 atributos, mencionando un promedio de 3.3 atributos por persona. La lista más corta fue de una mención, mientras que la más larga fue de 11. El síntoma con más frecuencia y saliente fue el de apariencia delgada siendo este representado por un 30.8% de su frecuencia. Vale la pena mencionar que el atributo más sobresaliente fue el término “no sé” con un 46.2%. Como se puede visualizar en el

listado de síntomas, ninguno se atribuye a condiciones que pueden conllevar a un proceso de desnutrición paulatino como lo es el caso de la diarrea y los vómitos, sino más bien, son padecimientos y síntomas puramente relacionados a condiciones de apariencia física o de estado emocional que, a la larga, son el resultado de una desnutrición que ya se encuentra en estado avanzado.

*Cuadro 7: Percepciones de mujeres entre 13-60 años sobre la sintomatología por desnutrición*

No.	ATRIBUTOS	FRECUENCIA (%)	RANGO	ÍNDICE DE PROMINENCIA
1	No sé	46,2	1	0,462
2	Delgados	30,8	2,38	0,222
3	Se ven pálidos	26,9	3,14	0,149
4	Bajos en peso	23,1	3,5	0,129
5	Falta de apetito	19,2	4,4	0,084
6	No están normales	11,5	4,67	0,064
7	Ojos amarillos	7,7	6	0,042
8	Pelo colorado	3,8	3	0,013
9	Sin ganas de hablar	3,8	3	0,026
10	Sin fuerza para caminar	3,8	2	0,019
11	Pequeño	3,8	1	0,038
12	Se enferman mucho	3,8	4	0,028
13	Sin ganas de jugar	3,8	1	0,038
14	Kwashiorkor porque están muy gordos	3,8	2	0,026
15	Dolor de cabeza	3,8	6	0,006
16	No quieren hacer nada (Desganado)	3,8	8	0,014
17	No están vitaminados	3,8	3	0,023
18	Marasmo porque están muy delgados	3,8	1	0,038
19	No caminan luego	3,8	4	0,01

*Fuente: creación propia*

### **Hombres de 13 – 60**

Los hombres listaron un total de 17 atributos, 2 menciones menos en relación a las mujeres, siendo la lista más corta de una mención, mientras que la más larga fue de 4. Al igual que el listado femenino, el síntoma con más frecuencia y saliente fue el de apariencia delgada siendo este representado por un 34.6% de su frecuencia. Así mismo, vale la pena mencionar que el atributo “no sé” fue el más sobresaliente representando un

38.5% de su frecuencia. A diferencia del listado femenino, los hombres sí mencionaron la diarrea como un síntoma de la desnutrición. Sin embargo, su posicionamiento revela que no es una enfermedad saliente en comparación del resto de síntomas.

*Cuadro 8: Percepciones de hombres entre 13-60 años sobre la sintomatología por desnutrición*

No.	ATRIBUTOS	FRECUENCIA (%)	RANGO	ÍNDICE DE PROMINENCIA
1	No sé	38,5	1	0,385
2	Delgado	34,6	1,56	0,281
3	Se ven pálido	30,8	1,88	0,248
4	Débil	19,2	2,4	0,111
5	No crecen (Pequeños)	11,5	2	0,083
6	Ojos hundidos	7,7	2	0,051
7	Estómago hundido	7,7	2,5	0,049
11	Pelos parados	3,8	2	0,019
12	Tienen ronchas	3,8	3	0,019
14	Falta de apetito	3,8	2	0,019
16	Lloran mucho	3,8	2	0,019
8	Ojos amarillos	3,8	4	0,015
15	No tienen buena la sangre	3,8	4	0,015
10	Tienen manchas	3,8	4	0,01
13	Diarrea	3,8	4	0,01
17	No es sano	3,8	4	0,01
9	Piel arrugada	3,8	5	0,008

*Fuente: creación propia*

A pesar que el listado de la agrupación femenina posee más atributos mencionados, no quiere decir que son las que poseen mayor conocimiento sobre el dominio cultural “sintomatología por desnutrición”. De los 19 atributos enlistados por las mujeres, 11 fueron nombrados por una sola persona, esto evidencia que no hay consenso cultural ya que el conocimiento estuvo concentrado en una persona que poseía dominio en el tema.

Como se mencionó los atributos asociados de la sintomatología por desnutrición están mayormente relacionados a signos clínicos, siendo únicamente el dolor de cabeza y la diarrea los únicos padecimientos o síntomas enlistados por las personas. Sin embargo,

de estos dos padecimientos, solamente la diarrea es considerada como un síntoma directo de la desnutrición.

A diferencia de la única madre que mencionó el kwashiorkor como atributo de la sintomatología de la desnutrición, ninguno de los participantes hizo referencia a signos clínicos como rostro hinchado y enemas en el cuerpo que caracterizan al kwashiorkor. Esto evidencia que de la poca información que se tiene sobre abordado, las personas solo serían capaces de identificar que un menor podría tener desnutrición si presentasignos clínicos que caracterizan al marasmo. Según referencia de las notas de campo de la investigadora, una de las madres cuya hija padecía de kwashokor mencionó<sup>16</sup> <<yo no sé por qué los doctores dicen que mi hija está con bajo peso y que está enferma, si mire cómo está... ella está gordita, mire los cachetes que tiene. Ella de seguro algo más tiene, porque no quiere caminar y no quiere jugar así como los demás niños>>.

El atributo “no sé” fue el más mencionado en ambas listas, así como su aparición puede deberse a múltiples causa anteriormente mencionadas, se pudo observar que era un tema que ambas poblaciones no dominaban, habiendo la investigadora presentando pausas continuas y presenciando expresiones como <<ay no sé, de eso no sé nada>>, <<no se me ocurre nada>>, <<de eso no sabría decirle>>, <<con esa sí me agarro porque no sé>> o “no sé señorita, mejor pregúnteme algo más>>.

3. Causas de la desnutrición. Para conocer el último dominio cultural, se solicitó a los participantes enlistar las causas que generan la desnutrición. Ambos grupos señalaron la mala alimentación y la falta de recursos económicos entre las causas más frecuentes por desnutrición. Sin embargo, las listas de ambos grupos fueron muy cortas y se saturaron pronto, induciendo a una evidente falta de conocimiento y dominio sobre este dominio.

---

<sup>16</sup> Por razones de tiempo y de logística al momento de realizar la investigación, no se pudo tomar en cuenta este caso dentro de la metodología de entrevistas, solo se realizó observación participante.

## Mujeres de 13 – 60 años

Cuadro 9: Percepciones de mujeres entre 13-60 años sobre causas de la desnutrición

No.	ATRIBUTOS	FRECUENCIA (%)	RANGO	ÍNDICE DE PROMINENCIA
1	No sé	61,5	1	0,615
2	Mala alimentación	23,1	1,33	0,205
3	Falta de recursos económicos	11,5	1,67	0,09
4	Mal cuidado de los niños	7,7	2	0,045
5	Niños con bajo peso	3,8	1	0,038
8	Falta de leche materna	3,8	1	0,038
6	Alcoholismo	3,8	2	0,026
7	La madre no se alimenta/cuida correctamente	3,8	2	0,019

Fuente: Creación propia

## Hombres de 13 a 60 años

Cuadro 10: Percepciones de hombres entre 13-60 años sobre causas de la desnutrición

No.	ATRIBUTOS	FRECUENCIA (%)	RANGO	ÍNDICE DE PROMINENCIA
1	No sé	46,2	1	0,462
2	Mala alimentación	42,3	1,36	0,375
3	Falta de recursos económicos	19,2	3	0,093
6	Mal cuidado de la madre	7,7	1,5	0,067
4	La madre no se alimenta/cuida correctamente	15,4	2,75	0,058
5	“Ya vienen así”	7,7	2,5	0,045
7	No están nutridos	3,8	2	0,019

Fuente: Creación propia

Vale la pena mencionar que para ambos grupos el atributo “no sé” fue el que mayor frecuencia presentó, siendo este el 64.5% para las mujeres y el 46.2% para la masculina. A pesar que ya se ha mencionado anteriormente que esto puede deberse a múltiples

causas, no pasa desapercibido que sigue siendo la población femenina la que presenta mayor porcentaje en los dos grupos.

Aunque ambas poblaciones tuvieron respuestas similares, es interesante notar que la población masculina atribuye la responsabilidad que tiene la madre sobre el cuidado del menor como una causa de la desnutrición, mientras que la población femenina lo atribuye al mal cuidado del menor por parte de los padres sin importar el género de éstos. Si bien la antropóloga N. Gonzales ha realizado estudios que describen el rol que tiene la mujer sobre la alimentación y nutrición del hogar, es necesario que las instituciones responsables en la temática realicen acciones para informar que la desnutrición es responsabilidad de todos sin importar género y edad.

A pesar que la frecuencia del resto de atributos para ambas agrupaciones no fue alta en comparación a los primeros tres, vale la pena resaltar dos atributos que llamaron la atención:

**Alcoholismo:** A pesar que en esta investigación no se abordó sobre el tema, en investigaciones anteriores en donde la investigadora tuvo la oportunidad de trabajar, se pudo identificar que este es uno de los factores que genera mayor amenaza sobre la nutrición y cuidado del menor, limitándolos no solo económicamente sino privándolos al acceso de alimentos y cuidados, mayoritariamente durante los primeros años de vida (SESAN, 2014, pág. 25). Según anotaciones de campo, el municipio cuenta con una alta presencia de cantinas en el área rural como en el área urbana; sin embargo durante las entrevistas, ninguna de las madres hizo referencia a que fuera una problemática en sus hogares.

**Cuidado de la madre sobre su persona:** No solo en esta metodología sino en las entrevistas se identificó que el cuidado de las madres durante el embarazo es visto como una de las causas principales que condicionan el bienestar del menor. Si bien, más adelante se ahondará sobre este tema, vale la pena mencionar que este atributo no solo se enfoca al componente médico nutricional en donde la madre debe estar nutricionalmente estable, sino también se atribuye a condiciones emocionales que pueden causar enfermedades como la pena en el menor.

4. Tratamiento A pesar que inicialmente no se tenía contemplado abordar el tema de tratamiento como un dominio cultura, vale la pena mencionar que durante el primer ejercicio de listados libres, los participantes brindaron información adicional a la solicitada, pues mientras listaban los síntomas que podía padecer el menor, la mayoría de los participantes aprovechaban para mencionar algunos de los tratamientos para contrarrestar dichos síntomas o enfermedades.

Por razones de formato, los tratamientos serán descritos más adelante; sin embargo, vale la pena mencionar que hubo un patrón de repetición en cuanto a la lógica de cada síntoma y/o enfermedad y su correspondiente tratamiento. Si bien se sabe que el sistema simbólico de clasificación del tratamiento suele ser opuesta a la temperatura simbólica del síntoma y/o enfermedad y que muchas veces la temperatura de los alimentos depende de su preparación, los participantes aclararon que los síntomas podían pertenecer a ambos grupos simbólicos dependiendo de las características físicas de cómo éste se manifieste en el paciente. Es decir, la diarrea puede ser tanto fría como caliente y la manera en cómo se sabe a qué grupo pertenece dependerá principalmente de su color, textura e incluso olor.

## B. El verdadero padecimiento

Posteriormente al abordaje con los participantes del listado libre, se realizaron 15 entrevistas con madres cuyos menores fueron diagnosticados con desnutrición aguda por el Centro de Salud y el Centro de Recuperación Nutricional de Tacaná. De los 16 niños identificados con DA: ocho presentaban DAM, siete DAS y dos bajo peso. Los casos de bajo peso se tomaron en cuenta dentro de la muestra debido a que se encontraban recibiendo tratamiento preventivo<sup>17</sup> para la desnutrición aguda.

---

<sup>17</sup> Se tomó en cuenta los dos casos que presentaron bajo peso como parte de la muestra ya que en las instituciones de salud decidieron brindar tratamiento preventivo contra la desnutrición agua. Así mismo, vale la pena mencionar que estos dos casos contaban con un historial en donde los niños ya habían sido identificados con bajo peso en antiguas ocasiones y volvieron a recaer más de dos veces.

*Cuadro 11: Comunidades abordadas dentro del estudio, diagnóstico por parte de los centros de salud y padecimiento de los niños según las madres*

No.	COMUNIDAD	DIAGNÓSTICO	PADECIMIENTO
1	Esperancita Majadas	DAM	Mal de ojo
2	Majadas	DAS	Parásitos
3	Barrio los Ángeles	DAM	Pena
4	El Tesoro	DAM	Parásitos
5	Tojchoc Chiquito (CRN)	DAS	Pena
6	Nueva Jerusalén	Bajo peso	Desnutrición
7	Plan Grande	DAS	Mal de ojo
8	Chiquilau	DAM	Mal de ojo
9	Tojchoc Chiquito (CRN)	DAM	Pena
10	La Democracia	DAM	Pena
11	Belesquizón (CRN)	DAS	Mal de ojo
12	Tuismil	Bajo peso	De Nacimiento
13	Tojcheche	DAM	Frío
14	Aldea Pie de la Cuesta	DAS	Frío
15	El Tesoro	DAM	Destete
16	Belesquizón	DAS	De nacimiento

*Fuente: Creación propia*

Se realizaron entrevistas semi estructuradas con las madres para conocer las percepciones en torno al verdadero padecimiento del menor. Los datos lanzaron resultados interesantes no solamente sobre el padecimiento en sí, sino de los principales agentes causantes de los padecimientos, síntomas, así como de tratamientos para contrarrestarlos. Aunque a todas las madres se les había brindado consejería sobre la desnutrición y cómo brindar tratamiento oportuno para contrarrestarla, casi la totalidad de las madres no asoció dicha enfermedad con el malestar del menor. Siete de las dieciséis madres conoce plenamente qué es la desnutrición y cómo se presenta en los niños y niñas. Al momento de preguntarles a las madres acerca del peso del menor, once de ellas refirió que consideraban que el menor tenía problemas de bajo peso, mientras que las cinco restante veía con normalidad el peso en el que se encontraba el menor. Salvo una madre, todas asociaron la enfermedad de sus hijos a enfermedades culturales como el mal de ojo, pena, parásitos, de nacimiento o a causa del enfriamiento de la leche.

Partiendo del modelo condicional de Adams (1952: 17-18), la enfermedad no es más que la suma de la condición interna y condición externa, que en circunstancias específicas provocan una serie de síntomas que conducen a la alteración del estado natural del cuerpo. Si bien los testimonios de las madres afirman esta teoría, vale la pena resaltar que una de las razones por las que las madres no asocian la desnutrición como el verdadero padecimiento de sus hijos es porque sus respuestas reflejan la desconfianza hacia las instituciones de salud en la región y siendo más específicos, la desconfianza que existe hacia su personal. Es decir, más allá del ámbito ideológico o económico, es un problema social, ya que existe cierto grado de duda sobre la legitimidad del diagnóstico de las instituciones de salud en Tacaná.

A continuación se describen las percepciones con respecto al *verdadero padecimiento* de los menores y las razones por las que ellas creen que así es:

Mal de ojo:

De las 12 madres entrevistadas, cinco mencionaron que sus hijos padecían de **mal de ojo**. La causa más frecuente de este padecimiento se debe a la visita o presencia de una persona con *sangre fuerte* y que al estar en contacto con el menor, altera su estado natural. <<Las personas con sangre fuerte así son, tienen un carácter fuerte. Algunas es porque están embarazadas, otras porque así son de nacimiento, pero cuando miran a los niños, más cuando están así chiquitos, los ojean. Así como a mi niña estaba en el patio cuando *ella* entró y la vio, y desde entonces que mi niña está así>> (Plan Grande, 2015). Las personas también mencionaron que los menores son propensos a que esto les pase cuando éstos son muy *coquetos*. El que sean coquetos hace que las personas se sientan atraídas por ellos, como fue el caso de una madre en la comunidad de Chiquilau <<a mi hija le dio ojo porque ella se pone bien coqueta y se pone a reír con todas las personas. Yo digo que por eso ella está así porque luego todas las personas quieren tocarla y como es de regalada luego para enferma de ojo>> (Chiquilau, 2015). El mal de ojo es una enfermedad que puede darse en varias ocasiones, pero es más frecuente cuando los niños están enfermos porque están débiles <<El mal de ojo no se cura definitivamente, a un niño le puede dar mal de ojo muchas veces, puede pasar toda su infancia así, pero eso se debe también porque el niño o la niña están muy débiles, o sea que cuando están ya enfermos y alguien pasa o los tocan, es muy fácil que les transmitan el calor de esa persona y los niños así todo lo jalan>> (Curador en Tacaná, 2015).

Los síntomas más frecuentes del mal de ojo son los vómitos, intranquilidad, llantos constantes sin razón aparente y pierde el apetito. Esta enfermedad, por lo general, tiene varios tratamientos, pero en Tacaná el tratamiento más común para el mal de ojo es la pimienta y el agua de ruda. Esta enfermedad se caracteriza por ser muy caliente, por lo que si el menor no es tratado a tiempo puede producirle la muerte. <<El mal de ojo es muy caliente, por eso es que aquí nos hemos dado cuenta que cuando los niños se han muerto por el mal de ojo, se les revientan los hielitos<sup>18</sup> porque se hinchan, luego se les revienta el corazón y se mueren, por eso cuando mi nene se pone así, yo por lo general le doy pimienta y agua de ruda>> (Belezquizón, 2015).

El tratamiento para el mal de ojo se basa en elementos puramente fríos para contrarrestar su sintomatología. Algunos de los elementos que se utilizan son la pimienta, ruda, sal y huevo, así mismo en algunas ocasiones se recita una pequeña oración en donde se pide eliminar todo mal que esté afectando al menor. Vale la pena mencionar que las madres que mencionaron que no utilizan la oración para curar a sus hijos, fue porque ellas consideran que debe ser un especialista el que debe recitarla y no ellas mismas, por lo que acuden con curanderos que las ayudan a contrarrestar dicha enfermedad en sus hijos e hijas.

Así pues, se cumple con la premisa de Adams (1952) en donde la CI del menor representada por el debilitamiento y vulnerabilidad del menor, ya sea por su corta edad o por un estado de enfermedad previo, se suma una CE que es representada por la presencia o mirada de una persona ajena y que cumple con ciertas características como lo es tener la sangre fuerte, produciendo el desequilibrio del estado natural del menor, haciendo que éste absorba ya sea la envidia o el calor de esa persona.

#### Pena:

La segunda razón más frecuente sobre el padecimiento del menor fue la **pena**. A diferencia del mal de ojo, la pena es un pensamiento que se comparte mayoritariamente entre los hombres. Sin embargo, en este estudio no se profundizó en este patrón. Existen dos formas de transmitir la pena a los menores, la primera se da cuando la madre se encuentra embarazada y la segunda cuando está dando de mamar. Independientemente de cuál sea la vía de trasmisión, lo que se afirma es que la madre al escuchar una noticia

---

<sup>18</sup> Los hielitos hacen referencia a los ojos de los niños cuando se ponen cristalinos.

fuerte o presenciar un acontecimiento que le genera preocupación o sufrimiento emocional, es seguro que será transmitido al menor ya sea al momento en que éste se encuentre en el vientre o cuando esté lactando.

Todas las madres que mencionaron la pena como el verdadero padecimiento de sus hijos, coincidieron a que se debía a que ellas habían presenciado la muerte de un ser querido. El caso de una madre de la comunidad de Tojchoc Chiquito fue bastante revelador, ya que sus dos hijos fueron diagnosticados con desnutrición aguda, siendo el más grande un caso de DAS y la más pequeña un caso DAM. Sin embargo, la madre mencionó que ambos hijos padecían de pena <<lo que realmente pasó fue que mi suegra se murió cuando yo estaba embarazada y como el más grande le estaba dando chiche, él lo mamó y la más pequeña pues así nació>> (Tojchoc Chiquito, 2015). La madre aseguró que sus hijos no tenían desnutrición, sino más bien pena por la muerte de su suegra. Ella aseguró que fue una noticia que la afectó fuertemente y por dicha razón sus hijos se encontraban en ese estado. Parecido fue el caso de la madre de la comunidad La Democracia quien mencionó <<El año pasado se murió mi varoncito, yo como lo he llorado... por eso es que ésta está así, porque yo lloraba mucho mientras le daba de mamar y ahora que ya no quiere nada porque anda con pena, toda deprimida por la muerte del hermano también. Los doctores dicen que eso no es así, pero mi mamá y nosotros sabemos que lo que ella tiene es pena>> (La Democracia, 2015).

Las madres aseguraron que la leche materna es la vía más fuerte para transmitir la pena <<Yo creo que la leche que le di a mi nene le hizo mal porque cuando uno escucha algo y se preocupa es cuando uno le hace mal al niño, pero yo creo que algo mamó de mi pena porque si nosotros escuchamos cosas malas ellos lo maman de volada>> Así mismo aseguraron que la pena puede cambiar el estado natural caliente de la leche materna a un estado frío, generando enfermedades o afectando el estado de bienestar del menor que la bebé, siendo una de las razones del por qué madres prefieren destetar a sus hijos. <<Mi hermana me dijo que mejor le dejara de dar chiche a mi hijo cuando me enteré de la muerte de mi tía porque cuando uno anda triste la leche se pone fría y rápido lo mama el niño, la pena y el frío>> (Barrio los Ángeles, 2015).

Los síntomas de la pena son que el niño pierde el apetito, llora con frecuencia y se encuentra desganado, como en estado de depresión. Por ser una enfermedad de carácter frío, su tratamiento debe contrarrestarse puramente con elementos calientes. Algunos de

los tratamientos incluyen el agua de apazote, la hierba buena o de manzanilla. Las madres fueron bastante claras al mencionar que si bien estas hierbas son naturalmente calientes, todo depende de su preparación haciendo énfasis en que las hierbas deben de ser preparadas hervidas <<Para eso hay que dar agua de apazote porque es muy caliente, así como la hierba buena o la manzanilla, pero usted lo tiene que preparar hervido porque si lo hace apagado se le pone frío y así puede lastimar al niño, o sea que frío no cura frío>> (La Democracia, 2015).

La pena es un claro ejemplo de lo que Hurtado (1973) se refiere a una enfermedad causada por la ruptura del equilibrio emocional de la persona, enfermedades que fácilmente podrían entrar dentro de una categoría cognitiva, una noticia con un alto contenido emocional para la persona receptora hace que esta pierda su equilibrio. Sin embargo, vale la pena mencionar un componente aún más atrayente que es a lo que Sheila Cominsky se refiere sobre el *aspecto personal psicológico*, ya que la pena no solo lo sufre la madre, sino que llega a ser tan fuerte que puede llegar a afectar al menor a través de la leche o en el vientre.

#### Parásitos:

La tercera razón del padecimiento de los menores estuvo relacionada con los parásitos. Según Hurtado (1973) las enfermedades causadas por parásitos intestinales se derivan a que las *lombrices de leche* son alteradas, provocando que se salgan de su bolsa y es en este estado cuando se presentan síntomas de malestar en el cuerpo. Las madres aseguraron que independientemente de cómo llegan los parásitos al cuerpo del menor, aseguran que existen ciertos alimentos que pueden hacer que se alboroten con mayor frecuencia. <<A los niños no hay que darles mucha leche o fruta de café porque rapidito se le alborotan las lombrices... cuando nosotros estábamos trabajando en la finca de café allá en la frontera mi niño comía mucho la fruta, nosotros trabajábamos mucho bajo la lluvia y como a él lo tenía todo el tiempo cargadito en mi espalda yo no me daba cuenta cuando lo comía>> (Majadas, 2015)

Si bien ninguna de las madres pudo describir los síntomas de esta enfermedad uno de los curanderos del municipio mencionó <<cuando los niños les da la lombriz, todo lo que es del medio cuerpo para arriba a los niños les da fiebre y del medio cuerpo para abajo el cuerpo se mantiene frío, entonces ahí es cuando se sabe que las lombrices ya están alborotadas en el cuerpo>> (Curador de Tacaná, 2015). Además los relatos

mencionados por las madres y el curandero aclaran que una de las razones por las que las lombrices no se calman es porque los doctores brindan medicamento al paciente sin antes embolsar nuevamente a las lombrices. <<Los doctores aquí no entienden que las lombrices no se calman con medicamento, a esas hay que volverlas a meter en su saco ya ellas afuera solo con medicina natural, se le da agüita de ajo y luego se le soba la pancita>> (El Tesoro, 2015). Embolsar las lombrices es necesario para que estas se regresen a su estado natural y el paciente pueda mejorar, para ello, es necesario un medicamento caliente para que éstas se mantengan tranquilas y luego regresen a su estado natural <<ya después de que estén tranquilas se le puede dar remedio para las lombrices porque si no están tranquilas uno hasta puede matar al niños porque empiezan a morirse las lombrices y se alborotan asta afectar al niño>> (Majadas, 2015).

A pesar que el argumento de Hurtado menciona que las lombrices no causan daño a la persona cuando se encuentran embolsadas, las madres mencionaron que es necesario que estas salgan del cuerpo y solo es posible cuando se les da medicamento recetado por las instituciones de salud. Sin embargo, es necesario aclarar, que el medicamento solo es efectivo una vez se haya dado un remedio natural que las calme y haga que regresen a su estado natural, ya que de lo contrario la vida del paciente puede correr peligro y provocar la muerte. <<Se coloca el ajo en los ojos, nariz, oídos, pies y en las manos. Se le coloca en esas partes porque cuando se alborotan las lombrices y se están curando ellas buscan salida, pero antes que nada hay que embolsarlas para luego darle tratamiento. Así ya puede salir y se mueren>> (Curador de Tacaná, 2015).

### De nacimiento

Dos madres mencionaron que el verdadero padecimiento de sus hijos se debía a que *ya venían así desde la panza* y por más que ellas les dieran de comer y les dieran tratamiento genéticamente los niños ya eran así. Una de las madres mencionó que el niño no quería crecer y si lo hacía era de manera lenta, comparando el estado y aspecto físico del niño con el del padre y el de algunos hermanos de su familia. <<Éste no va a crecer porque así es, su papá es igual de pequeño y mis hermanos también, entonces de donde le va a salir la altura y lo gordito... Mis hermanos así eran cuando eran pequeños>> (Belesquizón, 2015).

De los dos testimonios, llamó bastante la atención el caso de la segunda madre. Su hijo fue diagnosticado con DAS cuando tenía tres semanas y media de haber nacido. Sin

embargo, la madre atribuía el estado del menor a una condición de nacimiento, ya que en todo caso aseguró que ella ya tenía conocimiento que el menor iba a nacer así porque <<desde que yo estaba embarazada me tronaba mucho mi panza, entonces a mí me dijeron que mi nene iba a ser muy pequeño y delgadito y que de plano nunca iba a crecer>>. Cuando se evaluó la alimentación del menor, se identificó que éste no recibía lactancia materna y tampoco leche en polvo, sino que solo agua de arroz. Este caso fue particular, ya que según registros del CRN la madre posee un historial de múltiples pérdidas: tres abortos naturales y dos muertes de menores de un año en menos de 5 años. Cuando se le preguntó a la madre las razones por las que no se le daba leche al menor ella mencionó <<yo no le doy de mamar porque mi leche es muy fría, a mí ya se me han muerto dos niños porque les doy leche... lo que pasa es que mi leche es muy fría y eso hace que los niños se me mueran. Mire a estos dos (refiriéndose a sus dos hijos mayores), a ninguno de ellos les di leche...>> (Tuismil, 2015). Además mencionó en múltiples ocasiones que ella no daba leche en polvo al menor debido a las limitaciones económicas por las que estaba pasando.

A diferencia de la pena, este tipo de enfermedad las madres lo atribuyen a condiciones puramente de carácter físico, en donde el menor no llegará a desarrollarse adecuadamente porque así son sus genes. Así mismo vale la pena aclarar, que para la pena existen múltiples tratamientos que pueden contrarrestarla y hacer que el menor recupere su estado normal, pero con las enfermedades de nacimiento las madres mencionaron que yo existe tratamiento para contrarrestarlo y por más que ellas llegaran a alimentar al menor o llegaran a darles tratamiento, el menor tendrá esa condición por el resto de su vida o hasta que muera.

### Frío

La enfermedad causadas por el frío, como bien Adams y Hurtado mencionaron, son el resultado de una mayor porción de frío en el sistema corporal de la persona. Según Adams estas enfermedades se atribuyen principalmente a actividades que implican la ejecución de un trabajo físico, Hurtado agrega diciendo que se debe a la ingesta de alimentos que pueden alterar el estado normal del cuerpo. Una de las madres aseguró el *verdadero padecimiento* del menor se debía a que ella lavaba con agua fría en la pila cuando ella tenía a su hijo cargado en la espalda. <<Mi suegra me dijo que yo le pasé el frío a mi nene. Cuando uno lava con agua fría, eso se le pasa a los pulmones y como uno

tiene cargado a la cría por atrás el niño lo recibe. También así se enfría la leche y me imagino que cuando yo le daba de mamar a mi hijo le pasé la leche fría>> (Tojcheche, 2015).

Por lo general es común ver a las madres usar guantes cuando están lavando ropa o trastos, esto lo hacen para evitar que el cuerpo se les enfríe <<Yo ahora ya no lavo nada con agua fría y si lo hago me tengo que poner los guantes, si uno no se los pone de seguro la leche se le enfría>> (Aldea pie de la cuesta, 2015). Otras de las razones por las que la leche puede cambiar su temperatura son los baños diarios, por lo que algunas madres evitan bañarse todos los días para evitar esta condición.

Al igual que los autores anteriormente mencionados, las madres atribuyeron a la idea que las enfermedades causadas por el frío representan una mayor amenaza que las enfermedades calientes, ya que si éstas no se controlan a tiempo y de manera adecuada pueden causar la muerte del menor. Sin embargo, existe una excepción cuando al niño le da frío a causa de haber ingerido leche fría, ya que cuando esto llega a suceder la opción más acertada y viable, es dejar que el cuerpo del menor la deseche evitando el consumo de la leche materna que se encuentra en ese estado. Así mismo, tampoco mencionaron remedios concretos para evitar que la leche se enfríe más que recomendaciones como evitar exponer ciertas partes del cuerpo al frío o el consumo de ciertos alimentos como el aguacate y en algunos el tomate.

### Destete

Como ya se ha mencionado, existen muchas razones por las que las madres quitan el pecho a sus hijos o evitan dárselo. El frío, es una de las razones más comunes, sin embargo, hubo una madre que mencionó que por orden del personal del Hospital de San Marcos, ella le quitó el pecho a su hija. <<Yo llevé a mi hijo más grande al Hospital de San Marcos y cuando entré a la consulta la enfermera me preguntó por qué yo seguía dando de mamar a mi niña pequeña, entonces me dijo que yo le tenía que dejar de dar de mamar a mi niña porque si no yo me iba a morir>> (El Tesoro, 2015). Luego de las capacitaciones recibidas en el CRN la madre comprende que no debió haberle quitado el pecho a la menor, pero que ahora era muy tarde para que la leche le volviera a salir.

En Tacaná laboran tres instituciones que brindan atención a la desnutrición. Sin embargo, en base a las conversaciones realizadas con madres y persona locales del municipio, se identificó que el personal del Centro de Salud del municipio y más común en el sanatorio administrado por monjas, recomiendan a las madres destetar a los menores cuando las madres se encuentran en período de embarazo. <<Una de las monjitas del sanatorio me dijo que le debía de quitar la chiche a mi niño porque esa leche ya no le pertenecía a él, que ahora esa leche la tenía que guardar para el próximo porque si no lo hacía le iba a hacer mal a mi bebé que estaba mamando y al que venía>> (Esperancita Majadas, 2015).

### Desnutrición

De las madres entrevistadas, solo una mencionó que su el verdadero padecimiento e su hijo se debía a la desnutrición, haciendo referencia que se había enterado cuando ella asistió a la consulta en el Centro de Salud, siendo el personal quien se lo había notificado. A pesar que la madre mencionó que su hijo tenía desnutrición, no negó el hecho de haber acudido primeramente con miembros de su familia para preparar remedios caseros que pudieran contrarrestar los síntomas que el menor padecía. Así mismo, mencionó que la mayoría de sus familiares y vecinos le mencionaron que lo que probablemente tenía su hijo era mal de ojo y pena. Sin embargo, al ver que los tratamientos que sus familiares y vecinos le aconsejaron no resultaron, ella acudió al Centro de Salud para que le brindaran un segundo diagnóstico.

A continuación se presenta a manera de resumen los padecimientos que las madres describen que tiene sus hijos e hijas, las principales causas y los efectos que estos generan en el menor:

Cuadro 12: Causas y efectos de los verdaderos padecimientos de los menores, según las madres

PADECIMIENTO	CONDICIÓN INTERNA	CONDICIÓN EXTERNA	SÍNTOMAS
<b>Mal de ojo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Estado de vulnerabilidad del menor ya sea por enfermedad o por su corta edad.</li> <li>› Coquetería por parte del menor.</li> </ul>	Presencia de una persona de sangre fuerte o en estado de embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de apetito.</li> <li>• Llantos sin razón alguna.</li> <li>• Vómitos</li> </ul>
<b>Pena</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Madre embarazada.</li> <li>› Madre en estado de lactancia.</li> </ul>	Madre expuesta a presenciar o enterarse de acontecimientos fuertes como la muerte de un familiar, accidente o cualquier tipo que altere su estado emocional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de apetito.</li> <li>• Llantos frecuentes.</li> <li>• Desganado como en estado de depresión.</li> </ul>
<b>Parásitos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La existencia de parásitos o lombrices de leche en el cuerpo.</li> </ul>	Consumo de alimentos que alteren el estado natural de las lombrices, haciendo que éstas se salgan de su bolsa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor de estómago.</li> <li>• Fiebre del medio cuerpo para arriba.</li> </ul>
<b>Enfermos de nacimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debilitamiento o anomalía por causas genéticas.</li> </ul>	NA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crecimiento lento.</li> <li>• Desarrollo incompleto durante toda su vida.</li> </ul>
<b>frío</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado de vulnerabilidad del menor ya sea por enfermedad o por su corta edad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajas temperaturas del clima.</li> <li>• Ingesta de leche materna fría.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de mucosidad.</li> <li>• Desganado.</li> </ul>

Fuente: Creación propia

## C. Clasificación de la sintomatología y sus tratamientos

En esta sección se presenta cómo las madres clasificaron las enfermedades y padecimientos de sus menores en relación de frío y caliente. Inicialmente se describen todas aquellas que fueron agrupadas dentro de una clasificación binaria, es decir, enfermedades y padecimientos que se manifiestan como fríos y como calientes. Posteriormente se describirán las que fueron las clasificadas como calientes, luego como frías y para finalizar, todas aquellas que a las que no se les asignó una categoría en específico.

### 1. Enfermedades y padecimientos con temperatura simbólica binaria

#### Diarrea

Los remedios para la diarrea fueron de los más mencionados por las madres ya que todas indicaron que sus hijos o hijas en algún momento desde que fueron diagnosticados la habían padecido. La mayoría de las madres hicieron énfasis en que existen dos tipos de diarrea, la fría y la caliente. La diarrea fría se caracteriza por tener un aspecto verde o blanco y se da cuando hace mucho frío y el menor no es abrigado correctamente. Según indicaciones de las madres, a diferencia de la diarrea fría, la caliente presenta mayor grado de complicación ya que su aspecto es amarillento y viene con sangre; signo de infección. Si esta última no se controla a tiempo el niño o niña puede presentar altos niveles de temperatura y conllevar a su muerte.

Existe una gran variedad de plantas que ayudan a contrarrestar ambas diarreas, sin embargo, <<todas las plantas deben de darse en agüitas>> (Belesquizón, 2015), es decir, la preparación debe ser en forma de té y dependiendo de cómo se prepare así se manifestará su temperatura simbólica y contrarrestará el tipo de diarrea. Entre las plantas que mencionaron están: manzanilla, albahaca, mil en ramos, pericón, hinojo, terrusa o romero, buscapina<sup>19</sup>, apazote, flor muerta, hierba buena, altamisa y ajo. <<Cuando a ella le da diarrea yo le doy albahaca porque dicen que cuando le da mucho purgante eso

---

<sup>19</sup> La parietaria o mejor conocida como Buscapina en la región de Tacaná, es una planta ideal para tratar heridas debido a su potente composición que permite una rápida cicatrización y evasión de infecciones. La planta posee fuertes propiedades para tratar problemas respiratorios y de bronquitis, así como problemas de hemorroides y dolencias ocasionadas por la gota (Bruno, 2017, pág. sp)

lastima la flora intestinal... eso se lo hago apagadita así tipo tecito. A veces le cae bien y a veces no>> (Plan Grande, 2015).

Algunas madres sí hicieron la aclaración que independientemente de su preparación, existen plantas puramente frías y otras puramente calientes. Entre las plantas calientes están la manzanilla, el pericón y el apazote para contrarrestando la diarrea fría. <<Cuando la diarrea es de infección no se les debe de dar plantas calientes como el pericón y manzanilla porque si no, les da temperatura>> (Chiquilau, 2015). Mientras para contrarrestar la diarrea caliente, algunas plantas frías son la hierba buena, mil en ramos, hinojo y buscapina.

A pesar de que la mayoría de las madres mencionaron que utilizan mayoritariamente las plantas para contrarrestar la diarrea, algunas también han acudido a productos farmacéuticos como Traguinil<sup>20</sup>, Gentamicina, Acetaminofén, Metronidazole y sueros de hidratación, sin embargo ninguna supo clasificar estos tratamientos como fríos o calientes. Vale la pena hacer la aclaración que algunas madres mencionaron que cuando la diarrea es caliente a causa de la infección, es mejor ir al Centro de salud para que le den antibiótico <<A mi niño le dio diarrea de infección porque comía café, pero cuando le dan esas cosas debe de darle antibióticos, pero esos si no sé si son fríos o calientes. Yo solo le di *Metronidazole* que fue lo que me dio la enfermera, dos veces al día, pero mejor me vine para acá para que lo ayudaran>> (Esperancita Majadas, 2015).

### Catarro y gripe

Al igual que la diarrea, el catarro y la gripe pueden ser fríos o calientes. A pesar de que ninguna de las madres supo explicar con claridad cómo se adquiría el catarro y la gripe caliente, explicaron que el cuándo son fríos se adquieren fácilmente cuando el ambiente está muy frío, mayoritariamente nublado. Así mismo, mencionaron que se da cuando la madre se baña con agua fría y se lo transmite al menor ya sea a través de la leche o por tenerlo cargado en la espalda. Por lo general, el catarro y la gripe fría se dan simultáneamente, mientras que cuando son calientes, solo padecen uno.

---

<sup>20</sup> No se encontró información sobre este medicamento, se hizo referencia en el texto ya que se mencionó más de dos veces en las entrevistas. Las madres no supieron cuál era el componente del medicamento pero sí manifestaron que era recetado por el Centro de Salud y CRN.

En cuanto a su caracterización, el catarro frío se singulariza por presencia abundante de flema haciendo que la garganta suene *pesada*, mientras que el catarro caliente genera resequedad y carraspera en la garganta. Entre los productos naturales que se dan para el catarro, independientemente de su temperatura simbólica, están: la canela, clavo, pericón, orégano, hierba mora y manzanilla. Algunos de los productos farmacéuticos que utilizan para el catarro son la amoxicilina y zinc.

Algunas madres mencionaron que cuando les da catarro a los niños prefieren ir al Centro de Salud, mientras que la gran mayoría primero prueba la preparación de agüitas y solo si estas no funcionan, visitan al Centro de Salud. <<Cuando le di agüita de hierba mora o manzanilla nadie me lo recetó yo lo aprendí de la gente de antes, los abuelos le daban así a sus bebés. Lo escucha uno y lo aplica. Ahora cuando no funciona ya lo lleva uno al Centro de Salud>> (Tojcheche, 2015).

Con respecto a la gripe, cuando es fría se identifica rápidamente porque el niño estornuda con mucha frecuencia, el moco es de aspecto verdoso y por lo general éste es espeso. Cuando es caliente, la gripe se presenta por la constante presencia de moco en la nariz del menor conocida mayormente como “candelitas”, las cuales no presentan color y son menos espesas que la mucosidad de la gripe fría. Para contrarrestar la gripe fría, las madres mencionaron el uso de productos como el ocote, miel y flor de bugambilia. Mientras que para contrarrestar la caliente, ninguna de las madres mencionó utilizar un remedio en específico sino más bien dejar que se curara con el tiempo, ya que no representa una amenaza lo suficientemente fuerte para que ellas proporcionen un tratamiento en específico. Si bien las madres mencionaron preferir el uso de plantas para contrarrestar la gripe, el uso de medicinas también es común, entre los medicamentos están la Neomicina, Acetaminofén, Bebetina, Panadol y el Tabcín.

2. Enfermedades y padecimientos calientes. Entre las enfermedades y padecimientos que las madres mencionaron como puramente calientes está el mal de ojo, la temperatura y los parásitos. A diferencia de las primeras dos enfermedades, la mayoría de las madres no estuvo segura si los parásitos eran una enfermedad puramente caliente, sin embargo, se agrupó dentro de esta caracterización ya que siguiendo la lógica de tratamientos dicotómicos, todas las madres coincidieron que los tratamientos para los parásitos eran puramente fríos.

### Mal de ojo

El tratamiento para el mal de ojo se basa en elementos puramente fríos para contrarrestar su sintomatología. Como ya se mencionó la pimienta y la ruda son los tratamientos más frecuentes en el municipio. Este tratamiento consta de quemar pimienta negra y soplar el humo en todo el cuerpo del menor mientras éste toma sorbos de té de ruda. Cuando no se posee pimienta se puede utilizar la sal <<la pimienta tiene una reacción en el fuego, si explota o chispea es porque le está saliendo el calor, si no explota y no hace nada entonces es otra enfermedad>>. Algunas personas también recurren al huevo, ya que si la madre lo solicita y está de acuerdo, se le pasa un huevo en todo el cuerpo al menor recitando a través de una oración que el niño pierda toda la envidia o la energía que altera su estado natural. El rezo por lo general lo realiza una persona conocedora como un curandero o algún adulto de confianza que tenga la legitimidad suficiente para recitar la oración.

<<Ahora ya casi nadie pide el huevo, pero mi mamá me decía que hay que usar huevo porque eso usaban los abuelos y uno puede ver que es ojo cuando el huevo tira otro color. Cuando se le pasa el huevo en todo el cuerpo hacemos una oración a Jesús, empezamos a preguntar por qué el niño lo está sufriendo, después le pedimos a Dios que el niño ya no esté sufriendo y que le quite el mal si es que tiene enviada de alguien más. Luego se dice un padre nuestro, se saluda a la virgen María y al final se hace una cruz al niño con el huevo. Se reposa el huevo en su pecho por un minuto, luego se quiebra el huevo y se mete en un cristal. Al niño se le debe quitar toda la ropa y meterla en agua fría y la ropa junto con el huevo se deja toda la noche en el sereno. Mi mamá decía que si sale muchas burbujitas en el huevo es porque el niño tenía bastante calor y cuando el huevo cae y empiezan a salir candelitas o rajaduras en su alrededor es porque era envidia de la gente y por eso es que no paran de llorar. Al día siguiente se hay que ir a traer el huevo y hay que irlo a tirar a una esquina que esté retirado de la casa, una cuadra de la casa porque dicen que es un secreto para que el calor del niño sí se vaya>> (Curador en Tacaná, 2015).

Existe una nueva tendencia para contrarrestar el mal de ojo. Varias madres mencionaron que utilizan medicamentos como el Alka-Seltzer y el Sal de Andrews, ya que

tiende a aliviar los síntomas de esta enfermedad. No se identificó una dosis en específico o la frecuencia con la que se lo dan a sus hijos e hijas, pero todas aseguraron que es algo que no aprendieron de sus madres sino que entre vecinas se escucha. Vale la pena resaltar que las madres que mencionaron utilizar este tratamiento eran menores de 28 años; podría decirse que es un tratamiento más frecuente en la generación de madres jóvenes.

### Temperatura

En cuanto a la temperatura, para la mayoría de las madres fue bastante fácil clasificar esta enfermedad, pues para ellas no había otra opción. Según observaciones de la investigadora, las madres asociaban esta enfermedad con la clasificación caliente por el estado físico en el que el paciente se encontraba. Según anotaciones del diario de campo una de las madres mencionó <<la calentura se sabe que es una enfermedad caliente porque el muchachito rápido empieza a sudar y cuando uno le siente su carita y estómago rapidito se siente el calor salir por su cuerpo>> (Majadas, 2015). Si bien, todos los autores coinciden que la temperatura simbólica no hace referencia al estado físico, las madres aseguraron que en este caso sí es así.

Los tratamientos que las madres utilizan para contrarrestar la temperatura son paños de agua fría para liberar el calor del cuerpo y plantas frescas como la hierba buena, hinojo y el limón. Algunas de las madres mencionaron que más allá de hacer preparaciones de té, ellas prefieren aprovechar los paños de agua fría mezclándose con la esencia de las plantas para sobrar en todo el cuerpo al paciente. Así mismo, vale la pena resaltar que algunas madres mencionaron usar medicamentos como jarabe y las pastillas de acetaminofén para alivianar la temperatura.

### Parásitos

Cuando el menor sufre de parásitos, las madres aseguraron que el mejor tratamiento para volver a embolsarlos es la agüita de hierba buena y colocar ajo en puntos específicos del cuerpo. Como se mencionó anteriormente, la mayoría de las madres no creen que los medicamentos puedan generar algún efecto positivo para contrarrestar dicho padecimiento, ya que aseguran que el medicamento no cumple su efecto si los parásitos no regresan a su estado natural antes de consumir el medicamento. Una de las madres mencionó con tono burlón sobre el esfuerzo en vano que realizan los doctores al

brindar medicamento a los pacientes cuyos parásitos no están embolsados <<Eso que les dan los doctores de nada sirve si las lombrices no regresan a su bolsita, porque yo he visto que el medicamento pasa como si fuera agua en el cuerpo de mi nene. Una vez un doctor le dio desparasitante e igual se quedó mi niño porque al día siguiente igual estaba... como si fuera agua, cosquillas le hace a las lombrices>> (El Tesoro, 2015).

3. Enfermedades y padecimientos fríos. La única enfermedad que las madres clasificaron como fría, fue el frío. Al indagar sobre los síntomas del frío las madres hicieron referencia a un estado en donde el menor presenta síntomas como el catarro y la gripe. Vale la pena aclarar que cuando el catarro y la gripe son clasificadas como enfermedades independientes, las madres agruparon estas enfermedades dentro de la clasificación binaria, pero cuando las describen como padecimientos del frío, las agruparon dentro de la clasificación frío. Así mismo mencionaron que el menor puede presentar aspecto *desganado* presentando piel pálida y sin motivación para jugar.

Existen dos formas de adquirir esta enfermedad, la primera cuando el menor es expuesto a bajas temperaturas que hacen que el cuerpo pierda calor, situación que las madres asemejaron cuando a los niños les da catarro o gripe fría. Y la segunda forma de adquirirlo, es a través del alto consumo de alimentos con temperatura simbólica fría, mayormente atribuido al consumo de leche materna fría.

4. Enfermedades y padecimientos sin temperatura simbólica. Vale la pena mencionar que la presente clasificación se formó por dos razones: en primera instancia porque las madres desconocían su clasificación y segundo porque algunas de las enfermedades y padecimientos descritos a continuación no poseen una clasificación simbólica frío-caliente. Las enfermedades que las madres agruparon dentro de esta clasificación fueron la pena, el estreñimiento y los vómitos. La mayoría de las madres lamentó el no saber la temperatura de la pena, más no fue así con el estreñimiento y el vómito. Una de las madres con tono de lamento mencionó <<es una lástima ya no saber esas cosas, yo recuerdo que la que sabía bastante bien esas cosas era mi abuelita, yo solo escuchaba hablar a mi mamá muy pocas veces de esas cosas y es por eso que puedo mencionarle algunas, pero esto de la pena de seguro ella se lo podría decir... yo lamentablemente no sé>> (Barrio los Ángeles, 2015).

### Pena

A pesar que la mayoría de las madres no mencionó ningún tratamiento puntual para contrarrestar la pena en su totalidad, algunas mencionaron que las agüitas que pueden ayudar son las de hierba buena, apazote, manzanilla y en dosis controladas, el ajo. De igual forma, todas mencionaron que las madres embarazadas o en estado de lactancia deben de evitar en su totalidad el escuchar noticias negativas o estar presentes a acontecimientos que puedan alterar su estado emocional.

### Estreñimiento

Con respecto al estreñimiento, todas las madres mencionaron que no es una enfermedad que las alarma, ya que ellas pueden controlarla con agüitas. A pesar que ninguna de las madres especificó una planta específica para contrarrestar el estreñimiento, llamó la atención el hecho que todas combinaban la agüita con purgante. Tal fue el caso de una de las madres que aseguró haber desnutrido a su hijo por la cantidad excesiva de purgante que le auto-medicó a su menor. En el relato, la madre mencionó:

<<Yo la verdad no sabía qué hacer, cuando mi niño se puso así yo al inicio le di purgante porque me acuerdo que en el Centro de Salud a nosotras nos dijeron que el calostro era bueno para el estómago de los niños porque eso servía como purgante que limpiaba el estómago, entonces yo me acordé de eso y le quise limpiar el estómago a mi niño, pero como a mí ya no me sale leche le fui a comprar a la farmacia su purgantito. Al inicio yo me di cuenta que cuando se lo tomaba pues le aliviaba el estómago, luego al tiempo se volvía poner igual entonces le seguí dando. Yo estaba preocupada pero cuando llevé al niño al Centro de Salud no estaba abierto, traté de ir dos veces pero lo mismo me dio... entonces se lo seguí dando. Cuando yo vi que mi hijo no se mejoraba pues ya lo llevé a otros lugares, aquí en el CRN me dijeron que mi niño está desnutrido y me dijeron que yo lo había desnutrido de tanto purgante que le había dado, yo sé que desnutrí a mi hijo, pero yo no sabía que le estaba lastimando, yo se lo di porque a mí me dijeron que el purgante les limpia el estómago... ahora ya lo sé y me arrepiento de habérselo dado, pero qué le vamos a hacer, al menos ya se está recuperando>> (El Tesoro, 2015).

## Vómitos

En cuanto al vómito, las madres mencionaron preferir al servicio de salud más cercano para tratar a sus hijos e hijas. De igual forma, mencionaron preferir el medicamento que el consumo de plantas. A pesar que la mayoría de las madres se guía por lo que en los servicios de salud les mediquen, algunas mencionaron que utilizan Alka-Seltzer, Nauseol y en algunos casos, purgante. Solo una madre mencionó hacer preparaciones de Buscapina para contrarrestar los malestares que producen los vómitos, más no así para contrarrestarlos.

5. Tratamientos. Si bien las madres mencionaron que la mayoría de las plantas son frescas, hicieron la aclaración que en algunos casos su estado simbólico puede cambiar dependiendo de su preparación. Es así, como una planta caliente puede cambiar a fresca y una fresca a caliente.

Como se ha mencionado anteriormente, la manera más conocida para que una planta cambie de un estado simbólico frío a caliente es preparándola de manera hervida. Este proceso consiste en colocar la planta en el agua para hervir previo al proceso de ebullición. Se sabe que el té está listo cuando el agua empieza a hervir. Algunas de las madres recomendaron que el té debe tomarse a la primera hervida, es decir, en el momento en que el té empieza a hervir. Si se quiere cambiar de un estado caliente a uno frío es importante que se prepare de manera apagada, este proceso consiste en depositar la planta en el agua posterior al proceso de ebullición. Para este proceso una de las madres recomendó <<lo que se necesita es poner el agua al fuego y tapa su trasto, luego cuando mira que el agua ya está hirviendo quita el trasto del fuego y mete la planta, luego espera que la planta se haga en el agua... es importante que quite el trasto del fuego porque si no la planta se le quema y ya no se pone fría>> (Chiquiau, 2015).

Es importante mencionar que algunas veces la clasificación de las enfermedades y padecimientos depende de la prueba y error de los tratamientos, es decir, en algunas ocasiones cuando las madres no están seguras sobre la temperatura simbólica del malestar, acuden a probar con diferentes tratamientos, mayoritariamente plantas, y no es

sino hasta que el tratamiento funciona cuando identifican si el malestar es frío o caliente. Una de las madres explicó este proceso: <<a veces uno no sabe si lo que tiene el niño es frío o caliente por eso lo que hacemos es que probamos darle plantas calientes y si vemos que se mejora es porque el malestar es frío, pero sino le pasa nada probamos con plantas frías y si se mejora es porque es caliente... ya cuando nada le pasa mejor lo llevamos con el especialista para que vea>> (La Democracia, 2015).

A continuación se presenta un cuadro con los tratamientos que las madres mencionaron para contrarrestar cada enfermedad o padecimiento, este está dividido inicialmente por tratamientos naturales y posteriormente por tratamientos médicos farmacéuticos.

Tabla 2: Tratamientos naturales para contrarrestar padecimientos y enfermedades.

		ENFERMEDADES Y PADECIMIENTOS									
	PLANTAS	Diarrea	Mal de ojo	Vómito	Gripe	Parásitos	Pena	Catarro	Temperatura	Estreñimiento	TOTAL
1	Ajo	1				1	1	1			4
2	Albahaca	1									1
3	Apazote	1					1				2
4	Buscapina	1									1
5	Canela							1			1
6	Clavo							1			1
7	Flor de bugambilia				1						1
8	Flor de muerto	1									1
9	Hierba buena	1				1	1		1		4
10	Hierba mora							1			1
11	Hinojo	1							1		2
12	Huevo		1								1
13	Limón								1		1
14	Manzanilla	1					1	1			3
15	Miel				1						1
16	Mil en ramos	1									1
17	Ocote				1						1
18	Orégano							1			1
19	Pericón	1						1			2
20	Pimienta		1								1
21	Ruda		1								1
22	Terrusa o romero	1									1
	<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	

Fuente: Creación propia

Tabla 3 Tratamientos médicos farmacéuticos para contrarrestar padecimientos y enfermedades.

		ENFERMEDADES Y PADECIMIENTOS									
MEDICAMENTO	Diarrea	Mal de ojo	Vómito	Gripe	Parásitos	Pena	Catarro	Temperatura	Estreñimiento	TOTAL	
9	Acetaminofen				1			1		2	
4	Alka seltzer		1	1						2	
10	Amoxicilina.						1			1	
12	Bebetina				1					1	
2	Gentamicina	1								1	
3	Metronidazol	1								1	
6	Nauseol			1						1	
8	Neomicina				1					1	
13	Panadol				1					1	
1	Pastilla de traguimil	1								1	
7	Purgante			1					1	2	
5	Salandrus		1							1	
14	Tabcin				1					1	
11	zinc						1			1	
	TOTAL	3	2	3	5	0	0	2	1	1	

Fuente: Creación propia

Se identificaron 22 plantas que son utilizadas como tratamientos para contrarrestar padecimientos y enfermedades, siendo las clasificadas con temperatura simbólica binaria las que presentaron mayor número de tratamientos naturales. Debido a que dichas enfermedades o padecimientos pueden manifestarse tanto de manera fría como caliente, aumenta el número de opciones para contrarrestarlas, siendo 11 las plantas para contrarrestar la diarrea y siete para el catarro. Por otro lado, se identificaron 14 medicamentos farmacéuticos utilizados por las madres, siendo la gripe el padecimiento más medicado, seguido de la diarrea y los vómitos.

Los padecimientos a los que no se les identificó ningún tratamiento natural son los vómitos y los estreñimientos, debido a que todas las madres prefieren acudir a tratamientos farmacéuticos para contrarrestarlos. Mientras que para los parásitos y la pena las madres no medican a los menores con productos farmacéuticos.

Entre los tratamientos naturales más utilizados para contrarrestar las diferentes enfermedades y padecimientos están el ajo y la hierba buena, mientras que el Alka-Seltzer, el purgante y el acetaminofén son medicamentos que pueden contrarrestar más de una enfermedad o padecimiento.

Entre las enfermedades clasificadas como culturales, siendo el éstas el mal de ojo y la pena, solo con la primera las madres han decidido utilizar productos farmacéuticos; sin embargo, es importante mencionar que esto es una nueva tendencia entre las madres, ya que estas aseguraron que no fue algo que aprendieran de sus madres sino de otras madres de edades similares a las de ellas.

Por último, se realizó una tabla de comparativa del listado de plantas, en donde se integró aspectos como: nombre científico, nombre asignado en la comunidad, características curativas y tipo de crecimiento (arbusto, enredadera, flor). De igual manera se realizó una tabla sobre los medicamentos detallando: nombre comercial, componente, casa comercial, descripción de uso y disponibilidad en la comunidad. Debido a que en algunas ocasiones las madres dudaron sobre el nombre de los medicamentos, se proporciona una opción estimada (ver anexo C).

## VII. LA ENCRUCIJADA DE LAS MADRES

Para entender las creencias y acciones que las madres tienen en torno al estado nutricional de los menores, es necesario comprender las percepciones que se sobre el sistema de salud que operan en el municipio. Como se mencionó a un inicio de la investigación, en Tacaná operan tres entidades que velan por la identificación y seguimiento para la recuperación de menores con desnutrición: Centro de Salud, Centro de Recuperación Nutricional y el Dispensario de monjas, a los cuales las personas asignaron como servicios de salud biomédicos o como bien algunos mencionaron <<en donde se encuentran los doctores y enfermeras>>. Por otro lado, se encuentran los servicios que ofrecen los proveedores de salud tradicional, en donde operan las comadronas, curanderos, hueseros y todas aquellas personas que hacen uso de medicina natural para contrarrestar malestares.

Se identificó tres aspectos en el servicio de salud que influyen fuertemente en las percepciones de las madres y por ende, determinan si la madre está dispuesta a acudir a estos como primera opción. Si bien no se puede generalizar que las madres prefieren a los servicios de salud tradicional sobre los no tradicionales, existe una fuerte inclinación con respecto a acudir a los servicios de salud tradicional como primera opción de atención. A continuación se presentan los aspectos que las madres evaluaron sobre los servicios de salud no tradicionales:

Lo que principalmente influye en la decisión de una madre sobre acudir con determinado proveedor de salud o no, son los **tratos al paciente**. Por lo general las madres manifestaron sentirse humilladas y avergonzadas ante los tratos por parte de los proveedores de salud, principalmente por parte de las enfermeras. Una de las madres comentó con descontento e incomodidad <<los doctores y las enfermeras nos regañan enfrente de las demás madres, uno ya no quiere ir a las visitas porque ellos nos avergüenzan delante de las demás personas. Yo siento que lo hacen para que todas las demás madres escuchen que uno no cuida bien a sus hijos>> (Belesquizón, 2015). Por lo general, las madres mencionaron que algunas de las razones por las que los médicos y enfermeras las regañan son: por el mal cuidado en la higiene del menor, la mala alimentación y principalmente por la cantidad de hijos que la madre tiene.

La poca tolerancia y respeto hacia las prácticas que las madres realizan para contrarrestar males en los menores, genera que haya una menor legitimidad ante el

diagnóstico y tratamiento proporcionado por los proveedores de salud. En varias ocasiones las madres manifestaron su inconformidad ante el poco interés y conocimiento de los doctores hacia los tratamientos naturales que ellas consideran como efectivos.

En más de una ocasión cuando se realizaron las visitas a los servicios de salud en el CRN y en el Centro de Salud, las madres que se encontraban en las afueras esperando a ser atendidas manifestaron que ellas prefieren no comentar a los doctores y enfermeras sobre los tratamientos naturales que utilizan previo a las visitas, debido a que temen ser juzgadas por el personal o evitar que les llamen la atención, ya sea en lo privado o frente a otras madres. Una de las madre que realizaba su visita en el Centro de Salud comentó con descontento <<mire yo sé que las plantas son muy buenas porque en muchas ocasiones funcionan, yo eso es lo primero que le doy a mi niño cuando se me enferma de algo. Ya cuando veo que no le está funcionando es que yo lo traigo al Centro de Salud, pero eso no se lo digo a los doctores porque ellos se ríen de uno, dicen que eso de dar solo tés de nada sirve y que aquí lo que funciona es la medicina. Pero yo le voy a decir algo, aquí casi nunca hay medicamentos y los que hay son muy caros por eso uno tiene que ver qué se hace>> (Tacaná, 2015). Así mismo otra madre mencionó <<yo no conozco ningún doctor que se interese por entender cómo funciona el mal de ojo. Uno sabe que la mayoría de las enfermeras sí creen en eso porque uno las conoce y sabe que a sus hijos o hermanitos también les ha pasado eso, lo que pasa es que ellas no quieren decirlo frente a los doctores, pero aquí todos creen en eso>> (Tacaná, 2015).

Durante el tiempo de investigación se tuvo la oportunidad de conversar con una enfermera del municipio que trabajaba en el municipio de Sibinal, ella mencionó que sí creía en el mal de ojo y que era una enfermedad que a la mayoría de los niños les da en Tacaná. Durante la conversación ella comentó <<eso del mal de ojo sí es delicado, todos mis hijos padecieron de eso cuando eran chiquitos. Cuando eso pasaba, mi suegra les pasaba pimienta y les recitaba una oración, ya con eso se les quitaba. Yo en donde trabajo los doctores no creen en eso, también he escuchado que los doctores en Tacaná tampoco creen en eso, pero si usted se da cuenta son los que no son del municipio por eso uno prefiere no decir nada porque ellos no creen en eso... imagínese, Dios me guarde si ellos se enteran que uno cree en eso capaz que me regañan o en el peor de los casos me dicen que no soy buena enfermera y me corren>> (Tacaná, 2015).

El **acceso y disponibilidad de atención** también juega un papel importante cuando las madres acuden a un servicio. En varias ocasiones las madre mencionaron que las distancias y los horarios no son favorables para ellas, mayoritariamente porque tienen la responsabilidad del cuidado de otros miembros de la familia o el cuidado de la casa. Así mismo, se hizo mayor énfasis en el hecho que existe poca presencia de atención médica en las comunidades lejanas, mayoritariamente en la parte norte del municipio, por lo que la mayoría de las madres que viven en esa región prefieren cruzar a México para ser atendidas o acudir con proveedores de salud tradicionales o vecinos que están a su alcance.

Con respecto al acceso y disponibilidad de información física, se pudo observar que ésta es limitada mayoritariamente toda aquella información relacionada a desnutrición, prácticas de higiene, lactancia materna, buenas prácticas de alimentación o temas relacionados a la prevención de enfermedades. En todo el municipio, los únicos lugares en donde se pudo visualizar carteles de información fueron el Centro de Salud, CRN y dispensario, mayoritariamente en la sala de espera. Vale la pena resaltar que de la poca información disponible, en su mayoría la investigadora consideró que no eran los suficientemente pertinente y entendible, ya que en su mayoría era información con alto contenido en textos y que no se encontraba actualizada.

Por último se identificaron las percepciones en torno al **abastecimiento de tratamiento**. Las madres tienen pleno conocimiento que los servicios de salud en el municipio no cuentan con tratamiento suficiente para proveerlo a las madres cuando se presentan enfermedades en los menores. Sin embargo, la población identifica claramente que el CRN dispone de mejores instalaciones y abastecimiento que el Centro de Salud. Y con respecto al dispensario, las madres mencionaron que sería una de sus últimas opciones ya que el tratamiento no es gratuito, por lo que preferirían viajar al Hospital de San Marcos antes que ir al dispensario.

Considerando el hecho que exista otra institución paralela al Centro de Salud encargada de la detección y en brindar tratamiento y seguimiento a menores con desnutrición, demuestra que el sistema de salud que proporciona el Ministerio es sistema fallido, debido a que es incapaz de cubrir las necesidades básicas de toda la población en el municipio. Agregado a esto, vale la pena resaltar que desde un inicio de la investigación, fue clara la diferencia de percepciones que se tienen de una identidad a otra, siendo el CRN percibido como una institución que cumple y ofrece acciones mucho

más concretas que el Centro de Salud. Sin embargo, vale la pena mencionar que no se trata puramente de una negligencia por parte del personal de salud en los servicios, sino que éstos no cuentan con el apoyo económico como de coordinación para cumplir con efectividad su labor.

Partiendo de todo lo anterior, es necesario entender que los conocimientos y acciones que las madres toman en torno al estado nutricional de sus hijos no solamente radica en las limitaciones económicas e interpretaciones culturales que se tienen sobre las enfermedades o su estado nutricional, sino que radican en las percepciones que tienen en torno al funcionamiento estructural de las instituciones. Y por ende, son estos los factores que a la larga influyen mayoritariamente sobre la legitimidad que las madres atribuyen al diagnóstico del personal y los tratamientos. Las percepciones de las madres sobre la desnutrición están directamente condicionadas por la calidad que el servicio de salud pública ofrece en el municipio.

## VIII. CONCLUSIONES

- A. Para la población del municipio de Tacaná, el componente lingüístico es clave para la identificación y sentido de pertenencia a una población indígena de la etnia mam. Debido a que en el municipio solamente el 9.4% de la población es hablante mam, de los que asumían una identidad indígena, no se consideraron de la etnia mam. De las 16 madres entrevistadas, diez se identificaron como indígenas no pertenecientes de la etnia mam y las seis restantes se consideraron ladinas.
- B. La identidad en el municipio está mayormente concentrada en una diferenciación de los guatemaltecos con los mexicanos, más que en una diferenciación entre indígenas, mestizos y ladinos. Este comportamiento se explica por la fuerte presencia que el territorio mexicano ha cultivado sobre las actividades del día a día de los pobladores en el municipio, no solo con el intercambio de productos alimenticios y de ganadería, sino en la atención en salud que el territorio mexicano ofrece a la población del municipio, ya que este último es claramente escaso, concentrándose únicamente en tres instituciones para la atención biomédica: Centro de salud, dirigido administrado por el MSPAS; Centro de Recuperación Nutricional (CRN), bajo la tutela del sector religioso; y Dispensario de monjitas como una institución privada, pero que no se especializa en brindar tratamiento y prevención de la desnutrición. A pesar que el municipio cuenta con proveedores de salud tradicional como comadronas, hueseros y curanderos, estos se encuentran ubicados mayormente en la región norte de la región, haciendo inaccesible para la población.
- C. Las madres entrevistadas se encontraban entre los 20 a los 45 años de edad, con un promedio de 3.5 hijos y todos hablantes únicamente del idioma español. Tres de las madres completaron segundo primaria, una tercero primaria, dos sexto primaria, una bachillerato en computación y las nueve restantes nunca asistieron a la escuela. En cuando a su ocupación, doce madres eran amas de casa, dos comerciantes, una estudiante y una agricultora en la finca de café en la frontera con México.

- D. De los 16 menores, seis eran niñas y diez niños. El diagnóstico nutricional por parte del Centro de Salud y el Centro de Recuperación nutricional dictaminó que dos menores contaban con bajo peso, ocho se encontraban en un estado de desnutrición aguda moderada y los seis restantes con desnutrición aguda severa. En cuanto al tratamiento, diez menores ya habían recibido Alimento Listo para Consumir (ATLC) anteriormente y los seis restantes se encontraban recibiendo ATLC durante el levantamiento de datos.
- E. Según la percepción de la población de Tacaná, las enfermedades más comunes en menores de 5 años son la gripe, la diarrea, la temperatura/ calentura y la tos. Las mujeres adultas listaron más atributos que las mujeres jóvenes, mientras que los listados de los hombres adultos fue menor que el listado de los hombres jóvenes.
- F. La categoría “no sé” fue un atributo principal al momento de nombrar la sintomatología por desnutrición, no habiendo una diferencia representativa entre la cantidad de atributos enlistados para mujeres y hombres. Del poco reconocimiento que se tiene de la desnutrición, el marasmo es el único que lograron reconocer a través de sus características, dejando a un lado el total reconocimiento de los signos clínicos que caracterizan al kwashiorkor. Las madres asociaron este último como a menores “gorditos” y sanos. Por lo tanto se puede afirmar que la desnutrición no es reconocida como una enfermedad común que padecen los menores y los padecimientos que componen a esta enfermedad, específicamente los que se atribuyen a un carácter psicológico o emocional como la irritabilidad y la apatía, no son asociados como síntomas de la desnutrición. Esto evidencia una notable debilidad por parte de los servicios de salud en proporcionar información pertinente, entendible y eficiente a las nuevas generaciones e madres sobre el tema de desnutrición.
- G. Debido a que la desnutrición no es considerada como una enfermedad común en los menores, refuerza el argumento de que las madres no ven a esta enfermedad como una de las razones del deterioro nutricional del menor y/o la menor. En vez, el padecimientos está mayoritariamente ligado a enfermedades no biomédicas como el mal de ojo, pena, parásitos, de nacimiento o a causa del enfriamiento de la leche.

- H. Las percepciones que las madres tienen sobre la desnutrición están directamente condonadas por la calidad que el servicio de salud pública ofrece en el municipio. Los malos tratos, el acceso y disponibilidad de atención y el abastecimiento de tratamiento, son algunos de los factores que influyen a que las madres acudan a un servicio como primera opción de atención.
- I. La calidad que los servicios de salud pública ofrece a la población, determinan directamente no solo en la preferencia de consulta sino a la legitimidad sobre el diagnóstico y tratamiento para la recuperación nutrición. La primera opción de atención es a través de proveedores de salud tradicionales, pero si sus consejos y tratamiento no son efectivo acuden como última instancia a proveedores de salud de la rama biomédica.
- J. La falta de acceso y canales de información por parte de los servicios de salud ha limitado a que la población entienda y conozca sobre la sintomatología y causas por desnutrición. En consecuencia a esto, existe una falta de legitimidad sobre el diagnóstico del personal y hacia el tratamiento proporcionado al menor, empujando a que las madres consideran que la desnutrición no es el verdadero padecimiento de sus menores. Esto impulsa a la automedicación no solo de productos naturales sino de productos farmacéuticos que cada vez es más fuerte y tiene mayor presencia en el municipio. Así mismo, como respuesta las madres se basan en un sistema de clasificación de enfermedades para dar solución a los malestares de sus hijos, clasificando en cuatro categorías las enfermedades y tratamientos para contrarrestarlas: enfermedades/ tratamientos binarios que pueden ser tanto frías como calientes, enfermedades/ tratamientos calientes, enfermedades/ tratamientos fríos y enfermedades/ tratamientos sin clasificar (ver anexo B para mayor detalle). En cuanto al tratamiento, es importante mencionar que en lo que se refiere a las plantas, éstas pueden cambiar su estado simbólico dependiendo de su preparación: si son hervidas se vuelven calientes y si se hacen apagadas se vuelven frías. Es así entonces como las plantas pueden pasar de calientes a frías y viceversa.

- K. La pena es una enfermedad que mayor influencia tiene sobre el estado nutricional de los/las menores. Su lógica parte de una transferencia de a través de vías conductuales como la leche materna o el embarazo, lo que resulta en un desbalance de la condición interna del menor que lo lleva a la enfermedad. Debido a que no existe una cura concreta de la pena, conlleva el destete temprano del menor.
- L. Debido a la pérdida de conocimiento ancestral sobre la clasificación simbólica de atributos, las madres no pudieron clasificar todos los atributos estudiados. Si bien existe un conocimiento sobre lo que es la clasificación simbólica, los alimentos no pudieron ser clasificados. Esto se debe a que dicha clasificación depende de dos aspectos importantes: las condiciones organolépticas como el color, consistencia y olor; y la capacidad que ellas tengan para validar de forma empírica esta asignación. Este mecanismo se puede ver claramente entre la clasificación de tratamientos y sintomatologías, las cuales responden a una metodología de prueba y error que termina de afirmar su pertenencia a una determinada agrupación.
- M. Para las madres, la muerte determina si una enfermedad influye directamente sobre el estado nutricional del menor. El mal de ojo, la pena, el frío y los parásitos son enfermedades de alto reconocimiento y legitimidad dentro del municipio, las que pueden conllevar a la muerte al menor de no ser tratadas adecuadamente y a tiempo, y las que lamentablemente no son reconocidas dentro de la esfera biomédica.
- N. La clasificación simbólica de enfermedades y alimentos es un sistema presente en comunidades no indígenas. Sin embargo, existe un limitado abordaje antropológico que permitan explicar y comprender con mayor profundidad la operatividad de este sistema en dichas poblaciones. Por lo tanto, esta investigación se basó en las propuestas de autores clásicos como Adams, Hurtado y Scrimshaw para comprender los enfoques epistémicos locales, permitiendo entender cómo el sistema de clasificación en esta región se basa en un acto experimental en donde la relación causa y efecto permite descubrir y construir nuevos conocimientos y prácticas en el municipio.

## IX. RECOMENDACIONES

- A. Evaluar y mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud, buscando su sensibilización ante las condiciones de vida y conocimientos culturales que giran en todo a las prácticas alimentarias y nutricionales en el municipio.
- B. Asegurar que toda capacitación e información dirigida a los cuidadores de menores con desnutrición, sea pertinente a sus propias condiciones, tomando en cuenta aspectos económicos, nivel de escolaridad y sobre el acceso y disponibilidad alimentos y servicios básicos dentro del hogar.
- C. Realizar acciones integrales en seguridad alimentaria y nutricional que involucren al núcleo familiar en su totalidad y no únicamente la madre, ya que el tema de desnutrición es responsabilidad de cada miembro del hogar.
- D. Aprovechar la legitimidad que las madres tienen sobre preparación de *agüitas* como tratamiento efectivo para contrarrestar la desnutrición, disminuyendo a través de estos tratamientos la presencia de la diarrea que es una de las causantes más fuertes de la deshidratación del menor.
- E. Realizar un estudio que relacione directamente el nivel de escolaridad y nivel socioeconómicos con las percepciones en torno a la desnutrición, para conocer a detalle si son variables directas para su entendimiento y legitimidad como atributo del dominio cultural “enfermedades comunes en menores”.
- F. Minimizar los conflictos existentes entre las instituciones que tratan el tema de la desnutrición, para generar alianzas que permitan el fortalecimiento de las acciones en el tema de desnutrición.
- G. Permitir que los proveedores de salud tradicional tengan una mayor presencia y toma de decisión sobre el diagnóstico y tratamiento para la desnutrición, ya que pilar fundamental para alcanzar a las poblaciones más vulnerables y evitar muertes por desnutrición a nivel municipal y del país.

H. Este estudio reveló que no es un sistema únicamente perteneciente a la población indígena, por lo que sería de suma importancia realizar más estudios sobre el sistema de clasificación frío.-caliente en poblaciones ladinas y mestizas, con el fin de comprender los pensamientos, toma de decisiones y operatividad en torno a la alimentación de la población en general.

## X. BIBLIOGRAFÍA

- ACF. (2015). *Desnutrición Aguda Infantil*. Guatemala: ACT International.
- Adams, R. (1952). *Un análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala*. (I. I. -IIN-, Ed.) Guatemala, Centroamérica, Guatemala: Ministerio de Educación Pública .
- Adams, R. (2010). Social Anthropology in INCAP. *Food and Nutrition Bulletin*, 31(1), 152-160. Obtenido de <https://my.vanderbilt.edu/visageguatemala/files/2014/01/Social-Anthropology-in-INCAP.pdf>
- Agroecológico. (2017). Obtenido de Catálogo de semillas nativas y criollas: <file:///C:/Users/maria.galindo/Downloads/Catalogo%202017.pdf>
- Analytic Technologies. (20 de 08 de 2009). *Anthropac*. Obtenido de <http://www.analytictech.com/anthropac/anthropac.htm>
- BDMTM. (1994). *Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana*, 1ra. (L. Osvaldo, Editor, C. Zolla, Productor, & Instituto Nacional Indigenista) Recuperado el 10 de Octubre de 2015, de <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=fr%C3%ADo-calor&letra=F&opcion=D&id=38>
- Bernard, R. (1995). *Research methods in anthropology* (2da ed.). (V. E. González, Trad.) Londres, Reino Unido: Altammira press.
- BID. (2012). *Intervenciones y opciones de políticas para combatir la desnutrición en Guatemala*. Banco Internacional de Desarrollo. Nueva York: BID.
- Bruno, M. (11 de mayo de 2017). *Vix*. Obtenido de Parietaria: cómo y cuándo usarla: <http://www.vix.com/es/imj/salud/4200/parietaria-como-y-cuando-usarla>
- Coria, M. (julio de 2009). El alimento como medio terapéutico: una visión occidental del mundo indígena. *Regiones, suplemento de antropología*(38), 6.
- Cosminsky, S. (1977). Alimento and Fresco: Nutritional Concepts and Their Implication in Health Care. *Human Organization*, 36(2), 2003-2007.
- De León, D. E. (2014). *Determinación del estado nutricional de niños menores de 2 años y prácticas alimentarias con niños con desnutrición aguda en el municipio San Pedro Soloma, Huehuetenango*. Obtenido de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/De%20Leon-Diana.pdf>
- Galindo, A. (10 de noviembre de 2014). Percepciones y comportamientos que condicionan el consumo de alimentos en doce comunidades rurales de Guatemala. (L. P. Chang, Ed.) *Antropología y Nutrición SESAN*, 1(9), 8.

- Ghidinelly, A. (1984). El sistema de ideas sobre la enfermedad en mesoamérica. *Revista Médica Honduras*, 52(4), 237 - 248.
- Her, C. (23 de junio de 2015). Desnutrición Aguda. (M. Galindo, Entrevistador)
- Hurtado, J. J. (1973). Algunas ideas para un modelo estructural de las creencias en relación con la enfermedad en el altiplano de Guatemala. En INN, *Guatemala Indígena* (Vol. VIII, págs. 7 - 22). Guatemala, Guatemala, Guatemala: Instituto Indigenista Nacional.
- INE. (2013). *Caracterización departamental San Marcos*. Guatemala: Gobierno de Guatemala. Obtenido de <http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2013/12/09/CiUI21I7ivAb8C7LYJYqaOEIX0Znca6C.pdf>
- Leiva, O. (2012). *Estudio sobre la desnutrición en Guatemala*. Instituto de Problemas Nacionales. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC).
- López, J. (2012). *Restricciones culturales en la alimentación de Mayas Chortís y Ladinos del Oriente de Guatemala*. Facultad de Geografía e Historia, Historia Contemporánea . Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- MINEDUC, et al. (2009). *Tercer Censo Nacional de Talla en Escolares de Primer Grado de Educación Primaria*. Ministerio de Educación , Sector Oficial de la República de Guatemala. Guatemala: Gobierno de Guatemala.
- MINEDUC, et al. (2015). *Cuarto Censo Nacional de Talla en Escolares de Primer Grado de Educación Primaria*. Guatemala: Gobierno de Guatemala.
- Mosquera, M. T. (enero-abril de 2007). Médicos y antropólogos que decifran y tratan males. El desarrollo de la antropología de la medicina en Guatemala. *Desacatos*(232), 225-250.
- MSAPAS. (2010). *Protocolo para el tratamiento ambulatorio de niños y niñas con desnutrición aguda moderada sin complicaciones*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Regulación de Alimentación a las Personas . Guatemala : Gobierno de Guatemala.
- MSPAS. (2009). *Plan Nacional de Atención a la Desnutrición Aguda y Crónica en Guatemala*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social , Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud. Guatemala: Gobierno de Guatemala.
- MSPAS. (2010). *Guía operativa del protocolo para tratamiento ambulatorio de niñas y niños con desnutrición aguda severa sin complicaciones en la comunidad*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala: Gobierno de Guatemala.
- MSPAS. (2013). *Manual para llenado de Formularios*. Guatemala: Sistema de Información General de Salud -SIGSA-.

- MSPAS, et al. (2011). *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008/2009*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala: Gobierno de Guatemala. Obtenido de <http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/01/22/LYk4A1kGJAO7lvfS0Aq6tezcUa9tQh35.pdf>
- OPS/OMS. (13 de abril de 2017). C) *Intervenciones: Programa conjunto de reducción de las vulnerabilidades*. Obtenido de B) Análisis de situación: Programa conjunto de reducción de las vulnerabilidades: [http://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_content&view=article&id=514&Itemid=405](http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=514&Itemid=405)
- Ramos et al. (2012). *Prácticas alimentarias de madres de niños de dos años con desnutrición*. Obtenido de [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_9015.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9015.pdf)
- Redfield, R. (08 de agosto de 2013). The Folk Society en *American Journal of Sociology*. *Chicago journals*, 52(4), 293-308.
- Remorini, C. (2009). *Aporte a la caracterización etnográfica de los procesos de Salud-Enfermedad en las primeras etapas del ciclo vital, en comunidades Mbya-Guarani de Misiones, República de Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Edulp.
- Rojas, M. (2 de febrero de 1996). *Tlahui-Medic*. Recuperado el 10 de Octubre de 2015, de I/III Clasificación Tradicional de los alimentos Frío-Calor en un pueblo de Origen Nahuatl: <http://www.tlahui.com/friocal1.htm>
- SEGEPLAN. (2010). *Plan de desarrollo municipal Tacaná, San Marcos*. Guatemala: Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Recuperado el 29 de 10 de 2015, de file:///C:/Users/maria.galindo/Downloads/PDM\_1207.pdf
- SESAN. (2014). *Factores Socioculturales que Inciden en la Desnutrición Crónica*. Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Fortalecimiento Institucional. Guatemala: Gobierno de Guatemala.
- SESAN. (2014). *Plan de Pacto Hambre Cero*. Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional . Guatemala: Gobierno de Guatemala.
- SESAN. (3 de octubre de 2015). *SIINSAN*. Obtenido de Sistema de Información Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional: <http://www.siinsan.gob.gt/SemanasSalaSituacional>
- SESAN. (2 de junio de 2015). *SIINSAN*. Obtenido de Sistema de Información Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional: <http://www.siinsan.gob.gt/SemanaSalaSituacional>
- Simova, B., Rubertson, T., & Beasley, D. (2009). *Anthropological theories*. Obtenido de Cognitive Anthropology: <http://anthropology.ua.edu/cultures/cultures.php?culture=Cognitive%20Anthropology>

Society for Applied Anthropology. (2015). *Statement of ethics and professional responsibilities*.  
Obtenido de <https://www.sfaa.net/about/ethics/>

UNICEF. (2012). *Glosario de Nutrición. Un recurso para comunicadores*. Nueva York: UNICEF.

Vargas, L. A., & Casillas, L. (2003). *La alimentación y la nutrición en contextos interculturales*.  
México: Yolpachtli.

Weller, S., & Rommey, K. (1998). Defining a domain and free listing. En *Systematic Data Collection*  
(Vol. 10, pág. 109). California: SAGE. Obtenido de  
<https://books.google.com.gt/books?id=LR3bUI2FFDUC&printsec=frontcover&dq=1988.+Systematic+Data+Collection&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwiR162H7-jTAhVHQiYKHQT7AykQ6AEIJTAA#v=onepage&q=1988.%20Systematic%20Data%20Collection&f=false>

## XI. ANEXOS

### A. Consentimiento informado

#### Responsables de niños/niñas diagnosticados con desnutrición aguda

Guatemala, \_\_\_\_ de agosto de 2015

Usted está cordialmente invitada/o a participar en un estudio sobre prácticas de alimentación de familias que presentan niños menores de 5 años de edad con desnutrición aguda. Si decide participar, voy a estar visitando a su familia durante varios días para realizar distintas actividades, entre ellas: conversar sobre el estado nutricional de su hijo/a y sobre temas relacionados a la alimentación que consumen en su hogar. Al estar de acuerdo, usted estaría aceptando que el equipo de investigación pueda estar presente al momento de preparar y servir los alimentos a su familia.

Usted tiene el derecho de negarse y también tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento. La información que usted proporcione durante las entrevistas es estrictamente confidencial, lo que significa que solo estará disponible para los investigadores del proyecto y nadie más. Si usted se llegara a negar a participar en este estudio, no afectará su acceso a los servicios de salud y nutrición que ofrecen en la comunidad.

No habrá ningún beneficio inmediato para su familia, usted o \_\_\_\_\_ [Nombre del niño/a diagnosticado con DA] al participar en este proyecto. Sin embargo, la información que proporcione ayudará a fortalecer los conocimientos y estrategias de implementación de programas de nutrición infantil en la región y del país. La participación en el proyecto no representa ningún riesgo para su familia, usted, ni mucho menos para su hijo/a.

Si usted decide participar, una copia de esta carta será entregada a su persona. Y si tiene preguntas, comentario o quejas sobre el estudio, puede contactar al Lic. Luis Pedro Chang, Coordinador del Estudio (5156 2380) o a Anaisabel Galindo, encargada de la región de Tacaná (40060378).

Atentamente,

Nombre: \_\_\_\_\_

Correo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

---

Luis Pedro Chang Santizo

---

Anaisabel Galindo Flores



SESAN



HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER O ESCUCHAR ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS SOBRE EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_ O HUELLA DIGITAL



FECHA: \_\_/\_\_/\_\_

NOMBRE Y CÓDIGO DEL CONSULTOR DE CAMPO: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL CONSULTOR DE CAMPO: \_\_\_\_\_

## B. Clasificación de sintomatología y tratamientos, características, tratamiento natural y tratamiento farmacéutico

TIPO DE CLASIFICACIÓN	ENFERMEDAD	AGENTE TRANSMISOR	CARACTERÍSTICAS	TRATAMIENTO NATURAL	TRATAMIENTO FARMACEÚTICO
Enfermedades binarias	Diarrea	F: Múltiples agentes/cusas.	F: verde o blanco.	F: hierba buena, mil en ramos, hinojo y buscapina.	Traguinil, Gentamicina, Acetaminofen, Metronidazole
		C: Múltiples agentes/cusas.	C: amarillento y viene con sangre; signo de infección.	C: manzanilla, el pericón y el apazote.	
	Catarro	F: Ambiente frío, leche fría, espalda fría	F: Flema	Canela, clavo, pericón, orégano, hierba mora y manzanilla	Neomicina, Acetaminofén, Bebetina, Panadol y el Tabcín.
		C: No definido	C: Resequedad y garraspera		
	Gripe	F: Ambiente frío, leche fría, espalda fría	F: Moco verde y espeso	Ocote, miel y flor de bugambilia	
		C: No definido	C: Moco líquido y sin color	No representa amenaza, se cura solo	
Enfermedades calientes	Mal de ojo	Presencia de una persona de sangre fuerte o en estado de embarazo.	Pérdida de apetito. Llantos sin razón alguna. Vómitos	Ruda, pimienta, sal, huevo y oración	Alka-Seltzer y Sal de Andrews
	Temperatura	N/R	Sudoración constante	Paños de agua fría, hierba buena, hinojo y el limón	Pastillas y jarabe de acetaminofén
	Parásitos	Consumo de alimentos que alteren el estado natural de las lombrices.	Dolor de estómago. Fiebre del medio cuerpo para arriba.	hierba buena y colocar ajo en puntos específicos del cuerpo	Sin medicamentos

Continuación clasificación de sintomatología y tratamientos, características, tratamiento natural y tratamiento farmacéutico

TIPO DE CLASIFICACIÓN	ENFERMEDAD	AGENTE TRANSMISOR	CARACTERÍSTICAS	TRATAMIENTO NATURAL	TRATAMIENTO FARMACEÚTICO
Enfermedades frías	Frío	Bajas temperaturas del clima. Ingesta de leche materna fría.	Presencia de mucosidad. Desganado.	Ocote, miel y flor de bugambilia	N/R
Enfermedades sin clasificación	Pena	Acontecimientos fuertes, accidente o cualquier tipo que altere su estado emocional.	Pérdida de apetito. Llantos frecuentes. Desganado	Hierba buena, apazote, manzanilla y en dosis controladas, el ajo.	N/R
	Estreñimiento	Múltiples agentes o causas	Dolor de estómago	Ninguna en específico	Purgante
	Vómito	Múltiples agentes o causas	Vómitos	Buscapina	Alka-Seltzer, Nauseol y purgante

## C. Listado de plantas

NO.	PLANTA	NOMBRE CIENTÍFICO	CARACTERÍSTICAS CURATIVAS	NOMBRE COMÚN	TIPO DE CRECIMIENTO
1	Ajo	Allium sativum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Catarro</li> <li>- Nivelado el colesterol</li> <li>- Regula la hipertensión</li> </ul>	Ajo	Planta
2	Albahaca	Ocimum basilicum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Optimiza el sistema inmune</li> <li>- Regula el nivel de azúcar en la sangre</li> <li>- Reduce la ansiedad y depresión</li> </ul>	Albahaca	Hierba
3	Apazote	Chenopodium Ambrosioides	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gastrointestinales (Dolor de estómago, gases, diarrea, disentería, estreñimiento y parásitos)</li> <li>- Respiratorias (asma, catarro)</li> <li>- Nerviosas (dolor de muelas, cólicos, reumatismo, hipertensión y trastornos cardíacos)</li> </ul>	Apazote	Hierba
4	Buscapina	Parietaria Officinalis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depuradora del hígado</li> </ul>	Parietaria o buscapina	Enredadera
5	Canela	Cinamomum Verum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Combate la inflamación</li> <li>- Baja el colesterol y</li> </ul>	Canela	Árbol

## Continuación listado de plantas

NO.	PLANTA	NOMBRE CIENTÍFICO	CARACTERÍSTICAS CURATIVAS	NOMBRE COMÚN	TIPO DE CRECIMIENTO
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- los triglicéridos</li> <li>- Regula los niveles de azúcar</li> </ul>		
6	Clavo	Syzygium aromaticum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alivia el dolor de muelas</li> <li>- Tratamiento anestésico, antiinflamatorias y antibacteriana</li> <li>- Frotarlo externamente ayuda para los problemas digestivos</li> </ul>	Clavo	Árbol
7	Flor de bugambilia	Bougainvillea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemas respiratorios, tos, asma, bronquitis y gripe</li> </ul>	Bugambilia	Flor
8	Flor de muerto	Tagetes erecta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alivia los cólicos</li> <li>- Controla los parásitos intestinales</li> </ul>	Cempasúchil o flor de muerto	Flor
9	Hierba buena	Mentha Spicata	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analgésico</li> <li>- Antiinflamatorio</li> <li>- Alivia mareos</li> <li>- Alivia dolores</li> </ul>	Hierba buena	Hierba
10	Hierba mora	Solanum Nigrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antiinflamatorio</li> <li>- Purgante</li> </ul>	Hierba mora	Hierba
11	Hinojo	Foeniculum Vulgare	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayuda a la digestión</li> <li>- Disminuye los gases</li> <li>- Alivia hinchazón</li> </ul>	Hinojo	Hierba
12	Huevo	-	Es principalmente utilizado para absorber energías negativas como la envidia y	Huevo	Producto de gallina

## Continuación Listado de plantas

NO.	PLANTA	NOMBRE CIENTÍFICO	CARACTERÍSTICAS CURATIVAS	NOMBRE COMÚN	TIPO DE CRECIMIENTO
			los celos. También se utiliza para equilibrar la cantidad de humor transmitido por ciertas personas <sup>21</sup>		
13	Limón	Citrus x limón	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejora la digestión</li> <li>- Dolor de garganta, afonía y amigdalitis</li> <li>- Ayuda a pre venir la gastritis</li> <li>- Disminuye los gases</li> </ul>	Limón	Árbol
14	Manzanilla	Chamaemelum nobile	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayuda a la digestión</li> <li>- Analgésica</li> <li>- Previene espasmos musculares</li> <li>- Antiinflamatoria</li> <li>- Cicatrizante</li> <li>- Regula la menstruación</li> <li>- Alivia la fiebre</li> </ul>	Camomila, Manzanilla	Hierba
15	Miel	Miel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alivia la tos</li> <li>- Ayuda a estimular las funciones cardíacas</li> <li>- Puede remediar alergias temporales</li> </ul>	Miel	Producto de abeja
16	Mil en ramos	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayuda a prevenir la gastritis</li> <li>- Inflamación</li> <li>- Combate parásitos intestinales</li> <li>- Alivia los vómitos</li> </ul>	Mil ramos	Arbusto

---

<sup>21</sup> Curandero entrevistado de Tacaná.

## Continuación listado de plantas

NO.	PLANTA	NOMBRE CIENTÍFICO	CARACTERÍSTICAS CURATIVAS	NOMBRE COMÚN	TIPO DE CRECIMIENTO
17	Ocote	Pinus Teocote	Este producto fue mencionado por varias madres para aliviar la gripe fría.	Ocote	Árbol
18	Orégano	Origanum Vulgare	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antioxidante</li> <li>- Ayuda a la digestión</li> <li>- Ayuda a aliviar los dolores del estómago</li> </ul>	Orégano	Arbusto
19	Pericón	Tagetes lucida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayuda a reducir las infecciones estomacales</li> </ul>	Pericón	Hierba
20	Pimienta	Piper nigrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Propiedades antisépticas</li> <li>- Antiinflamatorio</li> <li>- Ayuda a la digestión</li> <li>- Mejora el apetito</li> <li>- Ayuda a mejorar problemas respiratorios</li> <li>- Disminuye los gases</li> </ul>	Pimienta	-
21	Ruda	Ruta graveolens	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrarresta parásitos intestinales</li> <li>- Calma el dolor de oídos</li> <li>- Alivia los dolores estomacales</li> </ul>	Ruda	Hierba
22	Terrusa	Rosmarinus officinalis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alergias</li> <li>- Ayuda a prevenir infecciones nasales</li> <li>- Reduce la congestión nasal</li> </ul>	Terusa o romero	Arbusto

(Agroecológico, 2017, págs. 2-25)