

Representaciones de los padres y madres respecto a la desnutrición de sus hijos. Estudio en Hueyapan, Estado de Morelos

Alfredo Paulo-Maya*

RESUMEN

El presente trabajo es la aproximación antropológica de un problema nacional que afecta amplios sectores de la población: la desnutrición de los menores de cinco años en las comunidades campesinas e indígenas. Tomando como punto de referencia la comunidad de Hueyapan, municipio de Tetela del Volcán, del estado de Morelos (México), se compiló y realizó un análisis de los registros somatométricos de la población menor de cinco años. El hecho de que la totalidad de las familias que abarcaba el programa institucional de nutrición enfrentaba las mismas condiciones socioeconómicas y el que unas cuantas concentraran los casos con desnutrición en segundo grado, motivó investigar acerca de los factores que se expresaban al interior de los grupos domésticos que pudieran influir, en mayor o menor grado, sobre el estado nutricional de los infantes. El escrito se centra en la descripción y análisis de las representaciones sociales de cada uno de los padres respecto a sus hijos, así como las prácticas encaminadas a la atención y solución del problema de desnutrición severa.

ABSTRACT

The present paper is an anthropological approach of a problem that affects the population of wide sectors of Mexico. We refer to the malnutrition of children below five years of age in rural and indigenous communities, taking as reference the community of Hueyapan, municipality of Tetela del Volcan, Morelos, Mexico. We compiled and carried out a somatometric analysis of the population below five years. The fact that all the families included in the program faced the same socio-economic conditions, and that a small group concentrated cases with second grade malnutrition, we focused our investigation in the factors in the interior of the household that could worsen the nutritional state of those infants. I centered in the description and analysis of the social factors of each one of the parents regarding their children, and guided our attention to find a solution for those severely undernourished.

* Profesor de asignatura en el Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. Facultad de Medicina, UNAM.

Palabras clave: Antropología médica, desnutrición en niños, desnutrición.

Key words: Medical Anthropology, malnutrition in children, malnutrition.

Introducción

El presente trabajo es una aproximación antropológica de una problemática que a nivel nación afecta a amplios sectores de la población, nos referimos a la desnutrición de los menores de cinco años en las comunidades campesinas e indígenas.^{1,2} Tomando como referencia a Hueyapan, comunidad indígena del estado de Morelos, se analizan algunos de los factores que condicionan la desnutrición de los preescolares.

El principal cuestionamiento del presente trabajo surgió en las aulas de la Escuela Nacional de Antropología e Historia, debido a que algunos docentes y colegas, al retomar las investigaciones sobre el campesinado en México, señalaban que la población campesina e indígena asigna a sus hijos un alto “valor

social y cultural”, sin embargo, los estudios epidemiológicos nos indicaban que era precisamente este grupo social el que históricamente ha presentado las mayores tasas de morbi-mortalidad infantil, por lo que me parecía interesante tratar de resolver esta paradoja.

Desde esta perspectiva, tomando como punto de referencia la comunidad de Hueyapan, municipio de Tetela del Volcán, del estado de Morelos, compilé y realicé un análisis de los registros somatométricos de la población menor de cinco años (Figura 1).

Debido a que el Instituto Nacional Indigenista y el Fideicomiso para la Salud de los Niños Indígenas de México desde algún tiempo atrás venían proporcionando el paquete de atención médica y nutricional sobre un número permanente de infantes en la comu-

nidad de estudio, y como yo formaba parte de ese equipo, procedí a investigar las características socioeconómicas de las familias que se integraban a dicho programa de nutrición.

Se encontró que se trataba básicamente de familias campesinas con una producción de autoabasto, con un nivel de escolaridad promedio de segundo de primaria, las cuales se caracterizaban por presentar infantes con desnutrición leve; sin embargo, el total de los casos con desnutrición severa tendían a agruparse sólo en un número reducido de familias.

El hecho de que la totalidad de las familias que abarcaba el programa de nutrición aún enfrentaba las mismas condiciones socioeconómicas y el que unas cuantas concentraran los casos con desnutrición en segundo grado, me cuestionaron acerca de los factores que se expresaban al interior de las familias y que pudieran influir, en mayor o menor grado, sobre el estado nutricional de los infantes.

Al considerar a la familia como unidad de análisis del proceso salud-enfermedad-atención, realicé una investigación tendiente a explicar la interrelación existente entre factores tales como el patrón reproductivo, la distribución diferencial de los recursos y tiempos al interior del grupo familiar, las redes de relación y las representaciones sociales³ asociadas con el bajo peso y estatura, y de qué manera influyen en la presencia de preescolares con déficit nutricional en segundo grado.

En este caso, me centraré en la descripción y análisis de las representaciones sociales de cada uno de los padres respecto a sus hijos, así como en las prácticas encaminadas a la atención y solución del problema.

Método de la investigación

Partiendo de una situación particular (observada o reconstruida) se registró el comportamiento y/o las acciones elegidas por cada uno de los cónyuges. Es decir se dio cuenta de las estrategias empleadas por parte de cada uno de los cónyuges al enfrentar la presencia de los preescolares desnutridos.

La estrategia de investigación se dividió en las siguientes etapas:

- a) Identificación de los sujetos que integran las redes de relación social de cada uno de los cónyuges. De esta forma se dio cuenta del tipo de recursos y el tipo de relaciones establecidas en torno de los preescolares desnutridos.

- b) A partir de una guía temática y mediante la aplicación de entrevistas estructuradas, se identificaron los tiempos dedicados al proceso productivo, atención del hogar, los tipos de gastos realizados y tipo de relaciones establecidas.
- c) A través de la aplicación de “entrevistas cruzadas” se confrontó la información obtenida de ambos cónyuges. Se dio especial importancia a aquellas contradicciones en torno de la percepción del bajo peso y estatura y la atención de los infantes desnutridos.
- d) En la medida de lo posible se observó directamente a cada uno de los cónyuges en diversas situaciones relacionadas con la atención y cuidado de los preescolares. Por tal motivo las entrevistas se realizaron en diferentes periodos del día y en sus espacios de trabajo.

El periodo de recolección de información fue:

- 1) A finales de 1994 se seleccionaron los grupos familiares (GF en adelante) y con los cuales se empezó a establecer los primeros contactos a fin de que ambos cónyuges se familiarizaran con mi presencia. En las entrevistas los temas se abordaron libremente registrando la información en libretas personales.



Figura 1. Tejiendo sueños en Hueyapan.

2) A mediados de 1995 y principios de 1996, se realizó el trabajo intensivo. Durante los tres primeros meses se mantuvo en contacto permanente con cada uno de los cónyuges; sin embargo en los cinco meses restantes (ante la falta de recursos económicos) la relación se estableció los fines de semana. En este periodo se entrevistó a cada uno de los cónyuges por separado, registrando los datos en una grabadora portátil. En promedio se entrevistó de cinco a diez veces a veintidós cónyuges (pertenecientes a once GF). El tiempo de duración de las entrevistas fue de 20 minutos a 2 horas, dependiendo de su disposición de tiempo en el momento de la visita.

Todas las entrevistas obtenidas durante los dos periodos de investigación fueron procesadas y capturadas en computadora. Posteriormente utilizando el programa *Ethnographs*, los datos se codificaron por temas y subtemas, de acuerdo con los objetivos de la investigación.

En un primer análisis, los GF fueron agrupados de acuerdo con las formas de organización del trabajo, lo que permitió percatarse del manejo de los tiempos y distribución de los recursos económicos por parte de ambos cónyuges.

Posteriormente, con el fin de identificar patrones conyugales relacionados con la atención y percepción del bajo peso y estatura, la información obtenida fue ordenada de acuerdo con sus regularidades y diferencias.

Es importante aclarar que se intentó generar información profunda en la totalidad de los GF bajo estudio; sin embargo, ante la ausencia de recursos económicos que me permitieran visitar continuamente la totalidad de los hogares, y la negativa de los cónyuges por abordar ciertos temas, me impidieron realizar esta meta en dos grupos familiares.

Resultados

La desnutrición en el campo biomédico se asocia generalmente a una mengua en el crecimiento físico y a repetidas incidencias infecciosas en los niños. Las evaluaciones antropométricas nutricionales, basadas en los parámetros de medición del peso y talla para la edad, y de peso para la talla, constituyen una fuente de datos más fidedignos para evaluar las condiciones de salud nutricional de los infantes en las comunidades de escasos recursos.

La mayoría de los grupos familiares de escasos recursos en nuestro país, implementan prácticas de repro-

ducción al interior que generalmente ignoran los valores nutricionales asociados a los alimentos y con ello el estado nutricional de cada uno de sus integrantes.

Es hasta la realización de evaluaciones médicas de tipo antropométricas, cuando los grupos familiares se “enteran” o “perciben” los estados nutricionales de cada uno de sus miembros, principalmente de los infantes. Sin embargo, este tipo de evaluaciones y calificativos como “desnutrición” o “por debajo de su peso y estatura”, no constituyen puntos importantes de atención.

Al abordar este tema con las familias en estudio, pude constatar la dificultad para aceptar que padecían este fenómeno, cuyos síntomas incidían directamente en la organización económica del grupo doméstico. En sólo un caso el tratamiento de este tema fue evadido de manera insistente, en virtud de que el grupo doméstico no aceptaba los indicadores que “acusaban” a una falta de responsabilidad en el cuidado de los hijos menores.

En siete de los casos estudiados, las madres aceptaron que sus hijos presentaban déficit nutricional, mientras que en los otros tres casos dudaron que sus hijos sufrieran déficit nutricional,

“No sé cómo ven la desnutrición si todos están chaparritos.” (Claudia)

Por otro lado, los respectivos cónyuges coincidieron al señalar que se habían enterado de la desnutrición de sus hijos, cuando sus esposas les comentaron la necesidad de asistir periódicamente “a las reuniones de las despensas”.

Es pertinente mencionar a los jefes de familia de seis de los casos estudiados, desconfiaron de las indicaciones expresadas con respecto al estado nutricional de sus hijos.

“Dicen que la niña está enferma; pero yo digo que no. Nosotros pensamos que es así porque desde su familia de por sí es así”. (Santos)

Por otra parte, tres casos no dieron importancia al hecho de que sus hijos presentaran déficit nutricional. En contraparte, les preocupó que sus cónyuges tuvieran que ausentarse periódicamente del hogar y la necesidad de destinar dinero para la compra de las despensas.

“Nada mas me oía cuando le decía que estaba baja de peso, no dijo nada”. (América)

Como caso especial, sólo un grupo doméstico aceptó que su hija había presentado déficit nutricional, en virtud de haber reconocido los resultados indicados en los programas de nutrición implementados en la comunidad.

Como un indicador sobre el problema de la desnutrición detecté sólo en algunos casos que ambos cónyuges reconocieron haber participado y recibido apoyos de uno o más programas de nutrición, aunque no estaban completamente convencidos de que alguno de sus hijos presentara déficit nutricional. Por otra parte, algunos cónyuges señalaron desconocer los criterios utilizados para definir la desnutrición, ya que únicamente se les había señalado que sus hijos la padecían sin explicación alguna.

“Desnutridos o no sé que cosa. Los doctores no dicen, nada más los alivian”. (Pascual)

El común denominador en todos los casos estudiados se orientó hacia un total desconocimiento del problema de la desnutrición, llegando en muchas ocasiones a negar las condiciones de salud que presentaban sus hijos desnutridos. No obstante al realizar el estudio, las familias comenzaron a reflexionar y preocuparse sobre el funcionamiento de sus estrategias para mantener su vida cotidiana, particularmente tratándose del cuidado de los hijos menores:

“Yo pensé que no era cierto, que así es su peso, así es natural. Ellos quieren que pese más. La mayoría es grandota y delgada, pero ellos la quieren ver anchota, y nunca. Ellos quieren que esté gorda y pesada, pero es chaparrita, así nació”. (Rafael)

Resultado de esta reflexión y de las enseñanzas de los trabajadores de la salud, algunos grupos reconocieron y asociaron que la desnutrición es resultado

de una mala alimentación cuyo efecto es la presencia continua de enfermedades.

“Un desnutrido no quiere comer, llora seguido y se enferma seguido”. (Hortensia)

Estos padecimientos se asociaron a la falta de peso, alimentación inadecuada y cambios en el comportamiento de los menores de cinco años.

“Es un niño triste, está delgado porque le falta peso, está tranquilo, su carne no tiene color, es una enfermedad por no comer”. (Herme)

A pesar de estos indicadores hubo casos en que los cónyuges dudaron que sus hijos padecieran desnutrición.

“Yo veo que mi hijo está bien, no está desnutrido, ni enfermo. Anda brincando, anda haciendo cosas, juega, no tiene nada malo. Pero no sé por qué dicen que está desnutrido”. (Emilia)

El déficit nutricional. Asociación de bajo peso y estatura en niños de edad preescolar

De acuerdo con los indicadores nutricionales, establecí durante el estudio familiar las condiciones de alimentación para determinar la asociación que tiene el bajo peso y la estatura de los niños preescolares en el universo de las once familias bajo estudio. Las modalidades encontradas en cada caso se establecieron a partir del análisis de los niños entre los doce meses y cinco años de edad, reforzando mis observaciones con

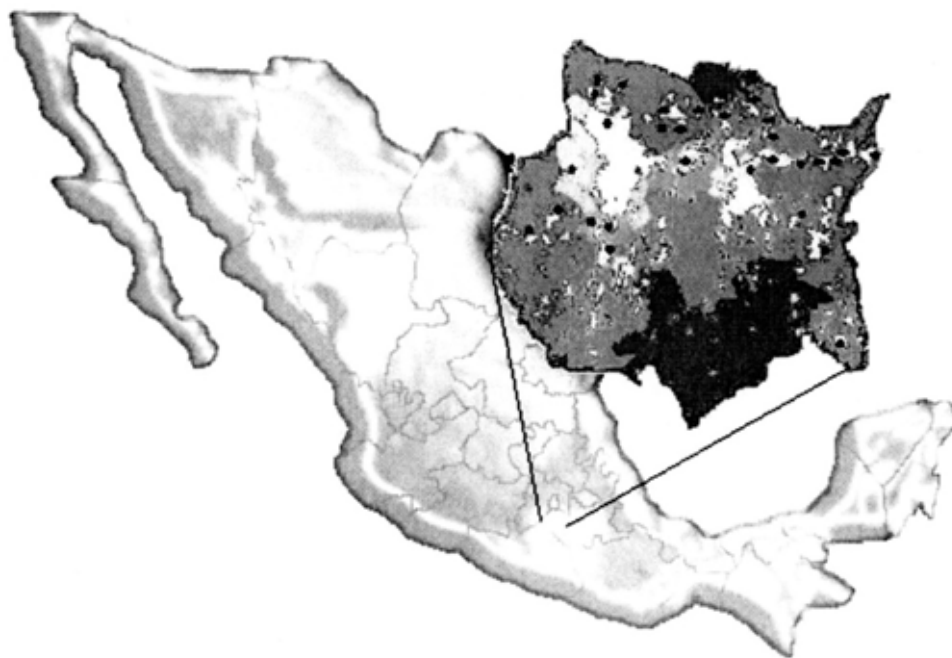


Figura 2. Mapa del Estado de Morelos.

las opiniones cercanas de los padres de familia. Cabe señalar que en cada caso, muchos de estos grupos desconocían o no aceptaban el problema nutricional, considerándolo sólo como un descuido, resultado de las prioridades otorgadas a las actividades económicas de reproducción del grupo familiar.

Los grupos familiares para referirse a la relación que existe entre bajo peso y baja estatura que impera entre los niños desnutridos, lo asociaron a la herencia de las estructuras físicas, a la atención inadecuada de los infantes y a las condiciones económicas adversas por la que pasan las familias. Es pertinente destacar que las mujeres, al recibir la orientación de los trabajadores de la salud de los programas gubernamentales, pudieron notar la relación existente entre bajo peso y estatura, con desnutrición y carencia de recursos, a diferencia de sus cónyuges que sólo relacionaban la desnutrición con factores hereditarios.

De este modo, en nueve casos, los cónyuges negaron la existencia de la desnutrición en sus hijos, asociando el bajo peso y estatura a factores hereditarios; en la práctica cotidiana, los cónyuges evitaron solicitar apoyos relacionados con la alimentación y condicionaron a sus esposas para que no lo hicieran.

El primer caso, el de Santos y Claudia, se refirieron al bajo peso y la estatura de su hija resultado de la herencia familiar. Argumentaron que si sus padres y ellos habían sido bajos de estatura, era de esperarse que sus hijos también fueran “chaparros”. El cónyuge consideró que su hija comía lo suficiente, mientras que la madre asoció su mala alimentación a la falta de recursos económicos y a una atención deficiente, ya que al realizar varias labores en el día, descuidaba su alimentación.

“Yo pienso que es la raza, porque mi raza es chiquita, y hay gente que es grande (Santos) [...] A veces pienso porque tenía hambre y no le di a tiempo. Y mejor se va a jugar, viene a jugar y ya no tiene hambre”. (Claudia)

En el caso de José y Hortensia, el cónyuge asoció la baja estatura y el peso de su hijo con la herencia familiar. Mientras que su mujer, lo asoció con una atención inadecuada, pues señaló que al realizar diferentes actividades en el día asociadas con las actividades del campo, descuidaban la alimentación y el cuidado de sus hijos menores. Opinaron que la mala alimentación se debía principalmente a la situación económica que enfrenta la población campesina en general.

“Antes había, pero como ahora hay carestía y como no ha llovido mucho y los fertilizantes han subido mucho. Con lo económico del dinero ya no alcanza”. (Hortensia)

En el caso de Rafael y América, el cónyuge explicó que la baja estatura y el peso de su hija se asociaban a factores hereditarios. En tanto que la cónyuge los refirió a una mala alimentación, pues en ocasiones sólo podía darles de comer dos veces por día. Explicaron que la mala alimentación se debía a los bajos ingresos percibidos, pero también la asociaron con el carácter “muino” de la niña, y a las condiciones que le impone el trabajo del corte de vara a la madre.

“Porque no hay qué darles de comer, porque no hay trabajo donde ganar para darles (Rafael) [...] Yo digo que dejó de comer porque la llevo al campo y ahí sudan. Si hubiera empleo, yo también pienso que dinero hubiera”. (América)

Para Juan, la baja estatura y el peso de su hija lo asoció a factores hereditarios y consideró que su hija recibía una buena alimentación. Sin embargo, Ninfa su esposa, mencionó que ello se debía a una mala alimentación, pues en ocasiones sólo podía darle de comer dos veces por día. Dijo que la mala alimentación se debe a los bajos ingresos percibidos por la población campesina y a los altos costos del proceso de producción agrícola.

“De por sí, algunos nacen grandes y gordos, y los otros de por sí nacieron chiquitos. La niña también nació chiquita (Juan) [...] Es un problema de todo el pueblo, pues no los podemos atender de la alimentación, pos porque no hay. Pos sí, ha llegado a faltar dinero para la comida, como de una vez por semana. Es más duro en julio porque no hay cosecha ni trabajo”. (Ninfa)

Para Ernesto y Emilia, el bajo peso y estatura de su hija son factores hereditarios, consideró que su hija diariamente comía lo suficiente. En tanto que su esposa Emilia, asoció la desnutrición en segundo grado de su hija y su mala alimentación con la presencia de enfermedades, ya que al “agarrar la calentura” perdió el apetito y dormía la mayor parte del día.

“Nosotros pensamos que así es de por sí, porque su familia así eran (sic). Dicen que saca su raza grandes o chaparros”. (Ernesto)

En el caso de Luis y Alicia, ésta asoció la baja estatura de su hijo a factores hereditarios, explicó que la mala alimentación de su hijo se debía a los bajos ingresos percibidos y los gastos realizados en la educación de los hijos mayores. En tanto que su cónyuge

lo relacionó al incremento de labores en el proceso de producción agrícola, el cual le impidió atender adecuadamente a sus hijos.

“Como le digo, ahorita hay que ir a la escuela, de dónde agarro ese dinero, pues aquí de la cocina se va. Como ahora tengo un cargo en la escuela. Ya dejo de ganar de la familia (Luis) [...] Se les va el hambre porque nosotros chambeamos y en parte tenemos hambre, no les damos y luego se nos va. En estos meses de octubre no comen igual, vienen de cortar elotes y se les va el hambre”. (Alicia)

En el caso de la unidad familiar de Patricia y Carlos, éste asoció el bajo peso y estatura de su hijo con factores hereditarios y la mala alimentación con la dificultad para obtener ingresos en el proceso agrícola, particularmente en el periodo de secas. Mientras que su esposa, lo relacionó con una mala alimentación, pues al enfermar continuamente de las “calenturas” dejó de comer por varios días. El escaso alimento lo atribuyó a la ausencia de dinero y en particular a los gastos realizados en la educación de sus hijos mayores.

“Los más duros son septiembre y agosto porque llueve mucho y no se puede salir a trabajar. Sí los perjudica porque no comen los niños lo que necesitan (Carlos) [...] Los de la escuela les da uno dinero, nomás está pide y pide, y el niño chiquito para que tenga, ya no hay para comer, todo se lo están llevando para la escuela”. (Patricia)

En el grupo familiar de Pascual y Amada, el cónyuge explicó que el bajo peso y la estatura de sus hijos se debían a factores hereditarios y que la mala alimentación de su hija se debía a que al enfrentar condiciones económicas adversas, se vieron obligados a redistribuir los alimentos entre los diferentes integrantes de la unidad familiar. Pero para Amada, la ausencia de dinero es el principal problema, ya que al no contar con ingresos suficientes disminuyó significativamente los gastos destinados para la compra de alimentos.

“Uno es responsable de que no coman bien porque así es, nosotros nos criamos como marranitos, el que gana come y el que le pegan no come. Nomás el niño chiquito viene llorando, está como zonzo y viene el otro y se lo manotea (Pascual) [...] En la familia tengo dos porque ya no alcanza la comida para todos: la falta de dinero afecta porque no hay qué comer”. (Amada)

Ricardo y Blanca, señalaron que el bajo peso y la estatura de su hijo se debían principalmente a facto-

res hereditarios y el cónyuge señaló que su hijo se alimentaba bien. Sin embargo, su esposa señaló que la mala alimentación para su hijo se debía a la escasez de recursos económicos.

“Tengo un hermano que nació delgadito, a lo mejor lo heredó, yo digo que a lo mejor sí [...] le faltan alimentos, no está bien o no sé por qué. La falta de dinero pues”. (Ricardo)

En el caso de Gregorio y Herme, el cónyuge asoció el bajo peso y la estatura de su hija con una alimentación deficiente en virtud de sus bajos ingresos económicos. Para la esposa de Gregorio, la falta de información sobre qué alimentos son nutritivos y la ausencia de recursos económicos, fueron las principales causas. Así mismo, señaló que tuvo una atención deficiente durante el embarazo, pues al tener problemas con su suegra y cónyuge, “pasó varios corajes” los cuales fueron transmitidos a su hija y se vio en la necesidad de trabajar embarazada y no se alimentó adecuadamente.

“Están desnutridos por falta de dinero, porque aunque quisiera darles lo mejor no me alcanza. Sé que lo necesitan pero no hay” (Herme).

A partir de las confrontaciones entre Herme y Gregorio, éste experimentó un cambio en sus apreciaciones sobre el problema de la desnutrición en sus hijos, ya que al considerar que su esposa asistiera con los trabajadores de la salud y asimilara la información proporcionada en el programa de nutrición, le permitió a Herme cuestionar y transformar las ideas de su esposo con respecto al bajo peso y estatura de su hija desnutrida.

Factores de salud-enfermedad entre los infantes desnutridos

Entre los factores de enfermedad detectados como consecuencia de la desnutrición infantil en Hueyapan, pude hacer una breve taxonomía patológica de las enfermedades más frecuentes entre la población infantil, siendo también importante la asociación que se tiene entre una enfermedad clasificada como patológica y otras asociadas a valores tradicionales y culturales, cuya dimensión de salud se encuentran tipificadas como enfermedades de “susto”, “espanto” u otras categorías similares.

Entre la asociación de enfermedades patológicas y tradicionales pude considerar las siguientes: padecimiento de calentura y diarrea, “corajes”, empacho, falta de apetito, tos y calentura, dolor estomacal y vómito,

“torcedura” y “envidia”, la creencia en los aires, gripes, infección en el oído, “sustos”, entre otras.

De las respuestas médicas a estas enfermedades se pudo constatar desde el uso del remedio casero basándose en plantas medicinales, hasta la “limpia” con yerbas, uso de “pastillitas”, gotitas de la farmacia y por supuesto, en casos crónicos y de emergencia, la visita al médico alópata y el internamiento hospitalario en clínicas rurales y emergencias hasta la ciudad de México para tratamiento especializado (Figura 2).

Además de considerar estas acciones de atención a la salud, no dejaré de mencionar que en la mayoría de los casos, los grupos familiares centraron sus acciones, para asegurar la atención de los niños desnutridos, sobre el factor de auto-atención como primera estrategia. Si bien la mayoría de los grupos familiares indicaron que los niños desnutridos habían presentado uno o más padecimientos, no estimaron que se tratara de enfermedades graves o de consideración, en virtud de la rápida recuperación de sus hijos ante las enfermedades. Es decir, que en tanto sus malestares tendieran a desaparecer entre uno o dos días, la presencia continua de padecimientos no fue asociada con un estado de gravedad.

Por otro lado, sin embargo, la presencia de enfermedades graves en los niños desnutridos, fueron aquellas cuyos padecimientos habían experimentado una recuperación lenta y que requirieron de la atención de médicos y/o curanderos. Sólo se reconoció la gravedad de una enfermedad cuando ésta pasara del transcurso de tres o cuatro días o cuando definitivamente no se observaba mejoría ante el proceso de auto-atención primaria doméstica.



Figura 2. Lectura de huevo, Hueyapan, Morelos.

Una vez detectadas las variables condicionantes de la desnutrición, comenzaré por describir los ejemplos particulares sobre la atención médica y sus agentes. En el caso de Santos y Claudia, ésta indicó que su hija había padecido calentura y diarrea (evacuaba cinco veces al día, líquidos de color verde y/o amarillo). Inicialmente le dio pastillas y té de hierbas medicinales. Una vez transcurridos dos días y al no mejorar su situación, la llevó con los médicos de la clínica rural quienes le recomendaron internarla; sin embargo, no lo hizo debido a la carencia de recursos económicos.

De acuerdo con la cónyuge, las continuas discusiones con su esposo le habían provocado “corajes”, los cuales le calentaron la leche de sus senos, por lo que al amamantar a su hija ésta enfermó de “empacho” y dejó de comer. La niña mostró mejorías al suspenderle la lactancia y en este mismo periodo, también fue atendida por los encargados de los programas de nutrición.

Al momento de realizar la entrevista, Claudia indicó que su hija había presentado calentura por un lapso de ocho días, periodo que permaneció en cama (dormida) y dejó de comer. Durante los tres primeros días le proporcionó pastillas y la “limpió” con hierbas; pero no fue sino hasta al cuarto día que contó con el apoyo económico de su hijo mayor quien decidió llevarla a la clínica rural y con un curandero. Este último, a juicio de la madre, la atendió de un daño que recogió. De hecho estimó que la niña había enfermado a partir de que fuera llevada a los espacios de trabajo y a las reuniones del programa de nutrición. Por su parte Santos indicó desconocer si su hija había enfermado.

Para José y Hortensia, la cónyuge indicó que el menor de sus hijos enfermó cuando fueron evacuados de la comunidad por la amenaza de erupción del Popocatepetl. Inicialmente presentó tos y calentura intensa, enfermedades que fueron atendidas con pastillas pues no pudo conseguir plantas medicinales adecuadas para la atención del niño y dada la distancia a la clínica, prefirió atenderlo de manera doméstica. Transcurrida una semana y al no mejorar, el niño fue llevado a una clínica rural en donde lo inyectaron y recetaron medicamentos; sin embargo, en un periodo de dos semanas, la situación del niño empeoró, por lo que ante las continuas sugerencias de los miembros de su iglesia (protestante), el cónyuge le ordenó a Hortensia se trasladara en compañía del niño a la ciudad de México.

En la capital del país, fueron alojados por un familiar quien los acompañó y prestó dinero para que el

niño fuera atendido por varios médicos. No obstante, al transcurrir un mes y sin que el niño mostrara mejoría y ante la falta de recursos económicos, el cónyuge le solicitó a su esposa que regresara a la comunidad.

Una vez en la comunidad, el niño fue llevado con una curandera quien le diagnóstico y atendió una “torcedura” y “envidia”. Al respecto, ambos cónyuges señalaron que a pesar de que su religión sanciona la creencia en los “aires”, recurrieron a la curandera como último recurso, aceptando como válido el diagnóstico de la curandera cuya enfermedad la asociaba con los problemas familiares del cónyuge.

En este periodo, fueron visitados por los responsables del programa de nutrición quienes atendieron al niño. Sin embargo, en un principio, el cónyuge se negó a recibir la ayuda ante el temor de realizar nuevamente más gastos.

Si bien la cónyuge reconoció la gravedad de su hijo menor, al momento de realizar la entrevista, señaló que sus hijos habían presentado diarreas y gripes que duraron de uno a dos días, las cuales fueron atendidas con pastillas y remedios caseros.

En el caso de Rafael y América coincidieron en señalar que al momento de la entrevista su hija no había presentado ninguna “enfermedad”, tan sólo padecimientos leves como calenturas y gripes que no duraron más de dos días y las cuales fueron atendidas rápidamente con pastillas y remedios caseros.

Para Ernesto y Emilia, la cónyuge indicó que la niña había presentado calenturas que duraron de dos a tres días, mismas que fueron atendidas con supositorios, pastillas y remedios caseros, considerando que los padecimientos no eran graves.

Sin embargo, al realizar la entrevista, me informaron que la niña había presentado calentura durante una semana. Durante los tres primeros días fue atendida con remedios caseros y “limpias”, pero al no mejorar su salud, fue llevada a la clínica de salud. Al continuar enferma por otra semana, Emilia y su esposo, llevaron a la niña con un médico privado a insistencia de la maestra del kinder, quien les explicó que la niña presentaba problemas de audición. Una vez con el médico, éste corroboró que efectivamente la niña presentaba problemas de audición debido a una infección en el oído, citándolos nuevamente. Sin embargo, Ernesto le impidió a su esposa que continuara con el tratamiento debido a que éste consideró que no se trataba de un padecimiento grave, además de que enfrentaban problemas económicos.

Con Carlos y Patricia, la esposa señaló que el niño había presentado calenturas y “sustos”. Ante la falta de recursos económicos, decidió esperar los dos primeros días con el fin de que los malestares desaparecieran solos; sin embargo, al no mejorar su situación le suministró pastillas y remedios caseros. Finalmente y como último recurso lo llevó con un médico privado, aunque esto le significó enfrentarse con su marido al solicitar dinero prestado a su padre. Además el cónyuge no aceptó que su hijo hubiera enfermado, incluso ocultó haber tenido discusiones con su esposa a causa de la atención médica de su hijo.

Al momento de realizar la entrevista entre Pascual y Amada, la cónyuge señaló que la niña había presentado calentura por quince días. Durante los tres primeros días la atendió con pastillas y remedios caseros, pero al no mejorar su salud, la llevó con un médico particular. La niña permaneció enferma por dos semanas más y durante este lapso de tiempo, no pudo llevarla nuevamente con el médico debido a que no contaba con recursos económicos, decidiendo la atención doméstica con “limpias” y remedios caseros.

Por otra parte, el cónyuge si bien señaló que sus hijos habían presentado calenturas y “aires”, explicó que prefería que éstos fueran atendidos por su mujer o un curandero, ya que desconfiaba de la medicina del doctor e inclusive le prohibió a su esposa vacunarlos en virtud de que él atribuía la muerte de su hija al hecho de que ésta fuera vacunada.

En el caso de Ricardo y Blanca al momento de realizar la entrevista, el penúltimo de sus hijos presentó calentura por dos días consecutivos; éste fue atendido por su madre con pastillas y remedios caseros pues consideró que no se había tratado de una enfermedad grave. Por otra parte, el cónyuge desconocía que su hijo hubiera presentado alguna enfermedad.

Ninfa indicó que uno de sus hijos había presentado calentura y diarrea por un día, por lo que éste fue atendido con pastillas, pues no lo consideraron como una enfermedad grave. Incluso su esposo Juan dijo haber desconocido que su hijo hubiera estado enfermo alguna vez.

En la familia de Luis y Alicia, ésta explicó que su hija presentó diarreas y dolor estomacal, los cuales fueron atendidos con remedios caseros, considerando que la enfermedad no era grave. Su cónyuge simplemente señaló desconocer que su hija hubiera estado enferma.

En la situación de Gregorio y Herme, su hija presentó diarrea y fue atendida por su madre quien le

dio té medicinal. Sin embargo, al presentarse el vómito, la trasladó con un médico privado y con un curandero, quienes la atendieron. Por su parte, Gregorio reconoció que su hija había presentado vómitos y diarreas. Al cuestionarlo cómo es que conocía las enfermedades presentadas por su hija, señaló que Herme le había puesto al tanto de esto, así como de las acciones para atenderla.

Responsabilidades conyugales en el proceso de salud-enfermedad en los niños desnutridos

Como mencionamos anteriormente, las madres utilizaron la auto-atención a los infantes desnutridos como primera estrategia, considerando dos variables que desde su punto de vista valoraban la enfermedad. Primera, no era alarmante, si sus malestares desaparecían entre uno o dos días; y segunda, al no registrarse enfermedades continuas, éstas no serían asociadas con un estado de gravedad.

El común denominador en el proceso de atención a la salud estuvo asociado al conocimiento general de la enfermedad por el uso de la medicina doméstica, relacionado de manera inmediata a la falta de recursos económicos para recurrir a un médico particular o a una clínica local en virtud de la distancia y el costo de consultas y medicinas.

Así lo señaló en un caso Hortensia cónyuge de José, quien había señalado la falta de recursos para la atención médica en uno de sus hijos; esto propició que él le pidiera que retornara de la Ciudad de México, interrumpiéndose el tratamiento médico.

Por su parte, la actitud de Amada y Emilia, quienes no llevaron a sus hijos al centro de salud para que éstos fueran atendidos, fue consecuencia de la decisión de sus maridos Pascual y Ernesto, quienes no confiaban en el personal médico de la clínica y sobre todo, después de haber enfrentado la muerte de un hijo ante la falta de experiencia del personal de salud.

“No dan respuestas, qué chiste tiene que pregunten. Nomás de que preguntan. Yo me pasó hace un año, que pregunta quién está embarazada y nomás de ahí no pasa y no pregunta. Pues mi bebé no salió bien. Ni se enteró, entonces cuando se murió mi bebé, entonces no llegó, entonces ese día mero cuando se sepultó creo, entonces dijo que iba a haber junta y no asistió, por eso ni se enteró. Mi bebé tenía 8 meses, por eso de la clínica no da nada, siempre dicen que está bien, que está bien (Emilia) [...] Pues digamos yo, ninguno lo cura los doctores, no les tengo fe de por sí. Por ejemplo, esta chamaca no

está vacunada de por sí, a lo mejor por eso se enferma. No los vacuna porque así murió la primer niña que tuve, por eso no llevo a vacunar a ninguno». (Amada).

En el caso de Herme, ella indicó no haber tenido problemas con su marido cuando le informó la necesidad de que su hija fuera atendida por médicos.

“No espero, me voy, si está aquí le aviso. Nunca se ha negado, al contrario, el día que llegó ya estaba tosiendo y por qué no la llevaste a la clínica, la hubieras llevado. Al otro día la llevé y le dieron sus gotitas [...] Su mamá le decía, de por sí así hay niños. Sí, pero al entrar a este grupo con sus pláticas, le dije que así no eran, que estaba mal. Mi suegra no le gustaba que los lleváramos a vacunar porque no estaba bien. Pos le hacía caso porque a los otros casi no los llevaba a vacunar, porque vivíamos con ella. Nos cambiamos, pero mis hijos mayores no recibieron todas las vacunas”. (Herme).

De acuerdo con la señora este cambio en su marido coincidió con su ingreso a los programas de nutrición y al hecho de haber cuestionado la influencia de su suegra, con respecto al tipo de atención brindada a sus hijos.

Otra variable fue la presentada por Ernesto cónyuge de Emilia, quien reconoció que al verse obligado a dar prioridad a los gastos de los hijos relacionados con la escuela, decidió interrumpir el tratamiento médico de su hija.

“P’os la verdá no’más que pase la fiesta del 30, la voy a llevar. Tengo que esperar porque hay compromisos, hay que pagar trajes, dos de la primaria y dos de la secundaria. No sé cuánto pero he gastado bastante, pero pasando esto la voy a llevar, porque no tiene caso. Te imaginas yo ya la llevo, me meto en compromisos. Al rato dirán que no cumple”. (Ernesto).

Por otra parte, Pascual y Ernesto indicaron no haber permitido que sus hijos asistieran a la clínica rural, argumentando que había falta de experiencia en los médicos.

Finalmente Carlos cónyuge de Patricia, señaló que no contaba con los suficientes recursos económicos para que su hijo fuera atendido en una clínica privada, sin embargo su esposa, solicitó dinero prestado a su padre y trasladó a su hijo a un hospital de la ciudad de México.

Conclusión

En términos generales, una vez analizado el factor de ayuda mutua y la distribución diferencial de las

responsabilidades familiares, la atención a la salud sobre los hijos menores, ha sido establecida bajo patrones de índole cultural, asociados a la disfunción operativa de los recursos médicos, la variación de los recursos económicos de la familia y el desconocimiento sobre las consecuencias de la desnutrición en los factores de enfermedad prolongada en los infantes.

Al mismo tiempo, la falta de apoyo familiar ante el rompimiento de relaciones extra-familiares, fue el factor que desarticuló el vínculo de relaciones sociales para extender la red de ayuda mutua; por este hecho, el principal indicador de la atención médica fue la automedicación, el uso de las plantas y remedios tradicionales, el uso de las prácticas curanderiles y en última instancia, la atención médica especializada, aunque en forma muy restringida, en virtud de los problemas económicos por los que atraviesan muchos grupos familiares campesinos.

Además de estos indicadores, la mayoría de los grupos familiares asociaron el bajo peso y estatura en los infantes a factores hereditarios y no a la desnutrición. Paralelamente, las condiciones económicas adversas manifestadas, fue determinante en la opinión sobre la inadecuada alimentación de los hijos.

La situación antes descrita toma una particular importancia si se considera que culturalmente los

cónyuges fueron responsabilizados en la satisfacción de las necesidades del Grupo Familiar, y que ante la posibilidad de poner en riesgo su estatus de “hombres”, en la práctica cotidiana evitaron solicitar apoyos relacionados con la alimentación de la unidad doméstica. Así mismo, condicionaron por este hecho a sus esposas para que no lo hicieran, tendencia que se repitió en la atención médica o curanderil de los preescolares con déficit nutricional.

Referencias

1. Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. Plan Morelos. INNSZ/ Subdirección General de Nutrición de Comunidad, México, Boletín Informativo, N. 1, 1993.
2. Ávila CA, Chávez VA, Shamah LT, Madrigal FH. La desnutrición infantil en el medio rural mexicano: análisis de las encuestas nacionales de alimentación. Salud Pública de México, 1993, 35: 658-666.
3. Jodelet D. La representación social: fenómenos conceptos y teoría. En: S. Moscovici. Psicología social II. Pensamiento y Vida Social, Buenos Aires, Paidós, 1984.

Dirección para correspondencia:

Alfredo Paulo Maya

nahuamor@prodigy.net.mx

medigraphic.com