

PN-ACC-413
97468

**ATENCIÓN DE SALUD
INFANTIL—PRÁCTICAS DE MADRES
MAYAS EN GUATEMALA**

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS
EN RELACIÓN A LA ALIMENTACIÓN DEL INFANTE Y EL NIÑO, DIARRHEA
Y REHIDRATACIÓN, INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS E INMUNIZACIÓN

Guatemala, octubre 1997

Eugenia Sáenz de Tejada
Edna Ruth Calderón



BASICS Proyecto No 000 GU-01-020
USAID Contrato No HRN-C-00-93-00031-00

TABLA DE CONTENIDOS

INDICE DE FIGURAS

ABREVIATURAS

RESUMEN EJECUTIVO	1
I INTRODUCCIÓN	4
II PRÁCTICAS EN LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y EL NIÑO	5
A LACTANCIA MATERNA	5
B ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	7
C ALIMENTACIÓN DURANTE ENFERMEDAD	9
III CONCEPTUALIZACIÓN DE SALUD Y ENFERMEDAD	12
IV PRÁCTICAS CASERAS DE SALUD	19
A DIARREA	19
B INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	24
V PRÁCTICAS DE BUSQUEDA DE ATENCIÓN	27
A DIARREA	27
B INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)	28
VI PRÁCTICAS DE INMUNIZACIÓN	30
VII PRÁCTICAS DE LOS TRABAJADORES EN SALUD	32
VIII CANALES DE COMUNICACIÓN	36
IX CONCLUSIONES	38
X RECOMENDACIONES	40
XI BIBLIOGRAFÍA	43

ANNEXO

INDICE DE FIGURAS

	Página	
1	Esquema conceptual de la diarrea infantil (A)	15
2	Esquema conceptual de la diarrea infantil (B)	16
3	Taxonomía de las lombrices	17
4	Esquema conceptual de las enfermedades respiratorias	20
5	Opciones de tratamiento y factores que afectan la toma de decisiones en la atención en salud y búsqueda del cuidado de la salud	33

ABREVIATURAS

ATI	Asociación Todo Integrado
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
GRT	Gruppo per la Relazioni Transculturali
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
INE	Instituto Nacional de Estadística
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Pan Americana de la Salud
PCI	Project Concern International
SRO	Sales de Rehidratación Oral
TRO	Terapia de Rehidratación Oral
PCI	Proyecto Concern International
USAID	Agencia Internacional para el Desarrollo

RESUMEN EJECUTIVO

Para desarrollar una estrategia de cambio de comportamientos, que incluya un paquete de materiales educativos efectivos dirigidos a los problemas de salud infantil prevalentes en la población maya del altiplano guatemalteco, BASICS consideró importante llevar a cabo una revisión exhaustiva sobre la información cualitativa relevante (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) ya existente sobre temas específicos. Como un número considerable de estudios sobre el tema ya han sido realizados, se esperaba que se necesitaría solamente un número limitado de nueva investigación.

Este informe provee una breve narrativa sobre los comportamientos principales relacionados con la lactancia materna y la alimentación del niño pequeño (menor de tres años), diarrea y deshidratación, infección respiratoria aguda (IRA), e inmunización (PAI), basada en los datos obtenidos de la revisión. También se ha incluido, información sobre prácticas actuales, diferencias entre los distintos grupos, conocimientos y actitudes respecto a estas prácticas, barreras y posibles facilitadores para prácticas



motivaciones o factores modificar estas

La información existe una en el inicio de la mujeres inician la inmediatamente otras esperan desde En muchos casos, con sustancias ofrecidas por

existente sugiere que considerable variación lactancia Algunas lactancia después del parto, pero una hora hasta tres días la alimentación se inicia prelácteas, las cuales son razones culturales o

medicinales. Las creencias de las madres, factores biológicos relacionados a "la bajada" de la leche materna y un limitado conocimiento son algunas de las principales barreras que influyen en las prácticas adecuadas de alimentación de los niños recién nacidos.

Aunque la mayoría de las madres amamantan a sus hijos, la lactancia exclusiva no es una práctica predominante. Las madres generalmente le dan a sus hijos "aguitas", utilizando biberones o cucharas. Aunque las cantidades ofrecidas tienden a ser limitadas, se sabe que tanto los líquidos como los utensilios utilizados para administrarlos están frecuentemente contaminados. Las principales motivaciones para no proveer lactancia materna exclusiva son culturales. Por otro lado, las madres mayas continúan amamantando a sus hijos por largos períodos de tiempo, interrumpiendo solo en casos especiales, tales como un nuevo embarazo, enfermedad de la madre o del niño. Ciertos factores emocionales que afectan a las madres tales como un "susto" o "enojo", pueden también llevar a la interrupción temporal de la lactancia. Un interesante aspecto identificado es que las madres algunas veces destetan primero a sus hijos.

varones ya que creen que los varones las pueden debilitar, mientras que las niñas son más frágiles y no las pueden desgastar

La alimentación complementaria se inicia tardíamente por un buen porcentaje de madres mayas, dentro de un período que varía entre los 6 y 9 meses de edad. De la misma forma, una vez se han introducido alimentos, el período de transición hasta que el niño come lo que se sirve al resto de la familia es prolongado, concluyendo a los 3 años de edad. Esta práctica, unida a la deficiente calidad nutricional y cantidad de las comidas ofrecidas, restringe la dieta de los niños pequeños. Los principales factores que influyen en este comportamiento son culturales, económicos y sociales (falta de conocimiento de las madres sobre mezclas de alta calidad).

Durante la enfermedad se reduce la ingesta de alimentos. Esto se da principalmente por el hecho de que el niño que está enfermo no come o no acepta comida. Las madres saben que deberían continuar alimentándolos, pero no insisten. Generalmente, la lactancia materna no se interrumpe y la administración de líquidos es adecuada en casos de diarrea o IRA. Por otro lado, la ingesta alimentaria es inadecuada, afectando el estado nutricional del niño y contribuyendo a aumentar el déficit. Factores culturales influyen en esta práctica, ya que algunas madres creen que la leche materna o ciertos alimentos empeoran la enfermedad.

Existe incompatibilidad entre los modelos de salud-enfermedad maya y el biomédico, lo cual lleva a diferentes interpretaciones de las causas, signos y síntomas asociados a una enfermedad. Consecuentemente, los signos de peligro son frecuentemente subestimados, provocando un retraso en la búsqueda de atención.

Se da una práctica generalizada de proveer remedios caseros al niño enfermo. Independientemente de la causa atribuida a la enfermedad o los recursos económicos de la familia para buscar atención adecuada, se da un retraso considerable en la búsqueda de atención en salud. La auto-medicación de las madres y la posibilidad de obtener medicinas sin receta o algún otro tipo de control adecuado, permite el uso inadecuado de productos farmacéuticos. Esto hace difícil el tratamiento y causa gastos innecesarios.

Aunque el tratamiento casero de la diarrea conlleva una considerable cantidad de líquidos, esto no garantiza la prevención de la deshidratación. Las SRO no son comúnmente utilizadas por las madres, especialmente porque éstas no alivian los síntomas de la diarrea. Otros factores que influyen en esta práctica son la falta de promoción, de disponibilidad y de conocimiento.

La búsqueda de atención no es una práctica universal. En relación con la diarrea, las madres generalmente buscan atención cuando los remedios caseros no son efectivos o el niño empeora. La farmacia constituye, después del hogar, una de los primeros recursos de salud utilizados en el proceso de búsqueda de atención para recuperar la salud. Hay algunos tipos de diarrea, como el "mal de ojo" y el "cuajo", en los cuales se busca tratamiento en la comunidad a través del curandero. Se buscan los servicios públicos o privados de salud solamente para los casos de disentería o lombrices.

Con respecto a las IRA, las madres buscan atención más frecuentemente que con la diarrea. Sin embargo, esta atención no se busca oportunamente. Como con la diarrea, el primer paso en el tratamiento de las IRA se hace por medio de remedios caseros, incluyendo la auto-medicación de fármacos. Usualmente, las madres esperan entre 1-5 días para buscar atención y cuando lo hacen, su preferencia descansa en los proveedores privados. Los principales factores identificados que afectan esta conducta son el limitado reconocimiento de los signos de peligro y la poca importancia que se les da a algunos de ellos.

La inmunización no es una práctica universal de los niños y sus madres. Los niños no siempre son llevados a control a los servicios de salud y las madres no van a sus chequeos prenatales, por lo tanto, no muchos tienen un esquema completo de vacunación. Algunas de las principales razones para esto están relacionadas a factores geográficos, institucionales, culturales y sociales. La percepción materna acerca de las vacunas y sus reacciones es probablemente el principal impedimento para la inmunización infantil.

De acuerdo con la literatura consultada, el acceso y uso de los servicios de salud se ven afectados por factores socioculturales, económicos y del programa de salud. Los factores socioculturales están relacionados con las diferentes conceptualizaciones sobre salud-enfermedad, educación, toma de decisiones y falta de confianza respecto a las motivaciones de los proveedores de salud. Los factores principales relacionados con los programas de salud que inciden en el uso de los servicios de salud están relacionados con el acceso, provisión de los servicios, información, competencia técnica y relaciones interpersonales.

La información existente sugiere que algunos proveedores de salud son discriminadores, irrespetuosos, poco amistosos y amables. Esto probablemente se debe a las percepciones y el prejuicio (sesgo) respecto a los grupos étnicos y las clases sociales. Tanto la comunicación lingüística como la técnica son deficientes, ya que los proveedores son renuentes e incapaces de dar explicaciones comprensibles sobre el diagnóstico y el tratamiento. Además de los impedimentos arriba mencionados, algunos proveedores carecen de interés y subestiman la habilidad de las madres para comprender.

Con base en la revisión de la literatura, se puede concluir que existen muchos obstáculos que operan en el abordaje de los problemas primarios de salud en la población maya. Los principales impedimentos para mejorar las prácticas en salud están relacionadas con factores culturales, sociales, geográficos, económicos, biológicos e institucionales. Por lo tanto, se deben tomar en consideración estos factores para la formulación de intervenciones educativas adecuadas y eficientes.

I. INTRODUCCIÓN

Para desarrollar una estrategia de cambio de comportamientos, que incluya un paquete de materiales educativos efectivos dirigidos a los problemas de salud infantil prevalentes en la población maya del altiplano guatemalteco, BASICS consideró importante llevar a cabo una revisión exhaustiva de la información cualitativa relevante ya existente sobre estos temas específicos. Como ya previamente se había recolectado información sobre el tema, se esperaba que ya no se necesitara hacer mayor investigación formativa.

Este informe brinda una breve narrativa sobre comportamientos clave, con base en una cantidad importante de los datos obtenidos de la revisión de la información existente acerca de conocimientos, actitudes y prácticas de la población maya guatemalteca relacionados con la lactancia materna y la alimentación del niño pequeño (menor de tres años), diarrea y deshidratación, infección respiratoria aguda (IRA) e inmunización (PAI).

El énfasis de la revisión se puso en la información conductual sobre los temas arriba mencionados en relación a las prácticas actuales, diferencias entre los distintos grupos, conocimientos y actitudes respecto a estas prácticas, barreras y posibles motivaciones o factores facilitadores para modificar estas prácticas. Además, se revisaron estudios cualitativos sobre cobertura, conocimientos y prácticas en las áreas meta, para averiguar cuán comunes eran los comportamientos. También se revisó información sobre canales y materiales potenciales de comunicación.

II. PRÁCTICAS EN LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y EL NIÑO

A. LACTANCIA MATERNA

Conducta deseable: Iniciar la lactancia dentro de la primera hora después del parto y dar calostro

En el altiplano guatemalteco, existe considerable variación en relación a cuando se inicia la lactancia. En cada área, algunas mujeres inician la lactancia inmediatamente después del parto, pero otras esperan desde una hora hasta tres días. En los partos en el hogar, que son la regla, las creencias acerca del calostro y la producción de la leche son determinantes en cuanto al tiempo de la iniciación de la lactancia (Nieves et al , 1993, Sáenz de Tejada, 1996)

En muchos casos, la alimentación se inicia con sustancias prelácteas, las cuales son ofrecidas por razones culturales o medicinales. De acuerdo con la perspectiva materna éstas se utilizan para limpiar o purgar el estómago, para proteger contra las lombrices, para prepararlo para la leche materna, para evitar dolores y cólicos, para sacar la flema, para saciar el hambre, para permitir que la madre descansa y así el niño no llorará mientras "baja" la leche. Las purgas pre-lácteas en forma de miel, aceite e infusiones concentradas de hierbas son administradas por las abuelas o las comadronas en una sola toma. En algunos casos, una mujer lactante, usualmente una pariente de la madre, puede amamantar al niño durante los primeros días. En otros casos, se utilizan otras sustancias para alimentar al niño mientras "baja" la leche, éstas incluyen agua, agua azucarada, agua de anís, agua de arroz, miel, atoles de maicena, jarabe o agua de "achicoria", café ralo, una variedad de infusiones o "aguitas", etc , que son dadas por medio de "chupones" (pedazos de tela empapados con la sustancia), con una cuchara o biberón. Estos líquidos son dados para complementar o substituir el calostro y aunque las cantidades ofrecidas tienden a ser limitadas, se sabe que tanto los líquidos como los utensilios utilizados para administrarlos están frecuentemente contaminados. Generalmente, cuando las madres sienten que tienen "leche verdadera", descontinúan la alimentación preláctea (Solien y Behar, 1966, Mata, 1978, Chávez Barillas, 1986, Vielman y Hurtado, 1986, Ghidinelli, 1988, Nieves et al , 1993, INCAP, 1995, Sáenz de Tejada, 1996, Hurtado et al , 1997)

El momento de iniciar la lactancia materna se asocia usualmente con las percepciones y uso del calostro, percepciones sobre la producción de la leche y la conducta del niño. Aunque en algunas áreas las mujeres reconocen la apariencia y color distintivos del calostro, no existe un nombre local para el mismo, el conocimiento sobre sus propiedades especiales es limitado y existen algunas creencias relacionadas con su calidad y cantidad. Algunas mujeres mayas consideran que el calostro ("primera leche", "leche amarilla") es escaso, no nutritivo, inadecuado para el consumo, no bueno y una causa de diarrea y problemas estomacales. Frecuentemente, las madres reportan que esperan hasta que "baja la leche" o "madura la leche" para comenzar a amamantar (de acuerdo con las madres, la leche baja entre dos horas y dos días después del parto). Sin embargo, la variedad intra-cultural es grande y dentro de la misma comunidad hay madres que pueden extraerse el calostro manualmente, descartándolo y ofreciendo alimentos prelácteos en su

lugar, otras lo utilizan cuando "el niño lo pide" (usualmente cuando comienza a llorar), y otras reportan darlo algunas horas después del parto (Solien y Behar, 1966, Mata, 1978, Liu, 1985, Ghidinelli, 1988, Valadez, 1990, Nieves et al , 1993, Hurtado et al , 1994, Hurtado et al , 1996, Hurtado et al , 1997, Sáenz de Tejada, 1996) (Ver Tablas 1 A y B)

Conducta deseable: Lactancia materna exclusiva por lo menos durante los primeros 4-6 meses

Aunque amamantar por demanda es casi universal entre la población maya, la lactancia materna exclusiva no es una práctica común. Existen ciertas creencias relacionadas con la cantidad y calidad de la leche materna y la conducta del niño que influyen esta práctica (Delgado et al , 1981, Nieves et al , 1993, Sáenz de Tejada, 1996)

Además de la alimentación preláctea, se da una temprana introducción de otros líquidos no nutritivos tales como agua, agua azucarada, agua de anís, tés azucarados, infusiones, atoles líquidos, café ralo azucarado, "aguitas" (arroz, masa, cebada), etc , dadas con una cuchara o biberón. La actitud hacia la lactancia materna generalmente es positiva, existe una creencia generalizada de que la leche materna es el mejor alimento para los niños. Sin embargo, muchas madres también consideran que es necesario suplementar la leche materna porque creen que no es suficiente en cantidad y calidad, para satisfacer la sed (percepción de que los infantes sienten sed de otros líquidos además de la leche materna), y para curar cólicos, dolores de estómago y otras enfermedades (el agua de anís es ampliamente utilizada para problemas gastrointestinales) (Menéndez Aguilar, 1987, Vielman y Hurtado, 1986; Ghidinelli, 1988, Nieves et al , 1993, Sáenz de Tejada, 1996, Hurtado et al , 1997)

Probablemente la razón más importante para la introducción de líquidos es el sentimiento expandido entre las mujeres de que son incapaces de producir suficiente leche para satisfacer el hambre de sus niños y mantenerlos creciendo bien. Esta falta de confianza en sí mismas influye en sus percepciones de la cantidad y calidad de leche producida. Las mujeres a veces aseguran que su leche "se secó" y que sus hijos se quedan con hambre aun después de alimentarlos con ambos pechos. Frecuentemente, las decisiones de las madres se ven influenciadas por las abuelas, amigas y proveedores de salud, quienes insisten que los infantes tienen hambre y que la leche materna es mala o insuficiente (Valadez, 1990, Nieves et al, 1993)

Algunas madres creen que ellas por ejemplo, no pueden producir leche lo suficientemente buena como para satisfacer totalmente el hambre y las necesidades nutricionales de un niño durante cuatro meses completos. Ellas repetidamente indican que su leche es "rala", "amarilla" y "vieja". Dicen que se dan cuenta de esto cuando sus infantes despiertan muy rápido después de amamantarlos y quieren mamar otra vez o cuando lloran casi inmediatamente después de haber mamado chupándose los dedos o los puños (Valadez, 1990, Nieves et al, 1993)

Existe también una persistente creencia de que a los infantes les da sed cuando tienen calor. Como la leche humana es considerada "comida", de acuerdo a las madres, no puede satisfacer su

sed Las mujeres dicen saber esto porque sus bebés continúan llorando después de haber mamado (Vielman y Hurtado, 1986, Nieves et al, 1993)

Conducta enfatizada: Continuar amamantando hasta los 23 meses de edad

La duración promedio de amamantamiento en Guatemala es más de un año, con importantes diferencias por localización geográfica. En términos generales, las madres amamantan a sus hijos por algunos meses a un máximo de 1-4 años de edad. Si una madre no se vuelve a embarazar, el niño puede ser amamantado durante varios años, algunas veces hasta que tiene 5 años de edad. En una comunidad en Chimaltenango, las madres creen que los niños deberían ser destetados antes que las niñas ya que los varones pueden debilitar a sus madres, mientras que las niñas ya son débiles y no las pueden afectar (Soto Vargas, 1977, Mata, 1978, Yerson, 1979, Gussler et al, 1984, Hurtado et al, 1985, Monteith et al, 1987, Chávez Barillas, 1986, MSPAS e INCAP, 1987, Menéndez Aguilar, 1987, Ghidinelli, 1988, Scrimshaw y Guzmán, 1991, INE et al, 1996, Sáenz de Tejada, 1996)

Al comparar madres mayas y no mayas, las primeras amamantan a sus hijos por períodos de tiempo más largos y generalmente no mencionan problemas relacionados con la lactancia (por ejemplo, pezones agrietados) (Koniz, 1980, Hurtado et al, 1985). Varias relaciones de regresión apuntan a la edad materna en el momento del parto, educación y estado socioeconómico como las variables asociadas con una más corta duración de la lactancia (Teller et al, 1977)

La edad del destete muestra notables variaciones dentro de la región. Las explicaciones dadas para destetar incluyen la percepción de que la leche no es suficiente, rechazo del pecho por el niño y problemas de salud, tanto de la madre como del niño. Otra razón mencionada para detener la lactancia es un nuevo embarazo. Cuando la madre queda embarazada, se cree que su leche pertenece al nuevo niño y que es mala para el niño mayor. Otras creen que causa diarrea y que "la leche ya no es buena (ya no sirve)". A pesar de estas creencias, algunas madres continúan amamantando hasta que nace el nuevo bebé. En algunos lugares, cuando el niño no quiere dejar de mamar, es enviado con sus abuelos por algunos días o la madre se hecha limón o chile en los pezones para hacerlos desagradables al niño. Para entonces, el niño comienza a dormir con otros miembros de la familia y si llora por la noche, se le da biberón (Solien y Behar, 1966, Del Pinal, 1981, Breeuwer, 1984, Hurtado et al, 1985, Hurtado y Villatoro, 1985, Chávez Barillas, 1986, Scrimshaw y Guzmán, 1991, INE et al, 1996, Sáenz de Tejada, 1996, Hurtado et al, 1997)

B. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Conducta deseable: De los 6-24 meses, proveer alimentación complementaria apropiada

Generalmente, las madres mayas inician la alimentación complementaria a los 6-8 meses de edad, de manera casual y no sistemática. Hay algunos casos, sin embargo, en los cuales la introducción de alimentos se inicia muy tempranamente y otros, en los cuales se inicia muy

tardíamente, ya que algunas madres creen que la comida hará que sus niños se enfermen (Solien y Behar, 1966, Mata, 1980, Breeuwer, 1984, Hurtado et al , 1985, Chávez Barillas, 1986, Villatoro Paniagua, 1986, Lara et al , 1993, Hurtado et al , 1994, INE et al , 1996, Sáenz de Tejada, 1996, Hurtado et al., 1997)

La alimentación complementaria se inicia con líquidos, tales como agua azucarada, agua de hierbas y aguas de cereal. En general, las madres no preparan comidas especiales para sus niños pequeños aunque les cambian la textura. Los alimentos ofrecidos se describen como "comidas fáciles al alcance de la mano". La introducción de alimentos semi-sólidos y sólidos se inicia con cualquier cosa que la madre tenga en la casa: atoles (potajes), pan con café, arroz o pasta con caldo, caldo de frijoles o de vegetales verdes; papas, guisquil (vegetal), plátano cocido, "tortilla" o "tamalito" de maíz. Aunque los frijoles y vegetales verdes están presentes en la dieta de algunas familias, los niños frecuentemente reciben sólo el caldo (Mata, 1978, Hurtado, 1983, Breeuwer, 1984, Hurtado et al , 1985, Villatoro Paniagua, 1986, Chávez Barillas, 1986, Rivera, 1991, Hurtado et al , 1994, Sáenz de Tejada, 1996, Hurtado et al , 1997)

La introducción gradual de alimentos se hace principalmente para acostumbrar a los niños a los alimentos semi-sólidos y sólidos y a sus diferentes sabores y texturas, para ayudar a las madres cuando se sienten restringidas por las frecuentes demandas del infante amamantado (mamar menos), y para "normalizar" o "hacer" el estómago. Sin embargo, los alimentos no son ofrecidos de una manera regular ni en cantidades adecuadas, en parte porque las madres esperan ciertas señales de maduración del niño para iniciar una alimentación regular. Asimismo, los alimentos tienden a ser ofrecidos dos o tres veces al día, las porciones servidas y consumidas son pequeñas, frecuentemente sin variación, con una densidad calórica inadecuada y baja ingesta energética. Además, la dieta no suple las cantidades suficientes de proteína, hierro y vitamina A (Solien y Behar, 1966, Mata, 1980, Hurtado et al , 1985, Chávez Barillas, 1986, Velman y Hurtado, 1986, Rivera, 1991, Nieves et al , 1993, Díaz et al , 1995, Rivera et al , 1996; Sáenz de Tejada, 1996, Hurtado et al , 1997)

Las madres son generalmente pasivas cuando sus hijos están comiendo. Una gran proporción de ellas no les da de comer en la boca, ni los ayudan, animan o forzan a comer. Ellas tienen la tendencia de complacerlos si no quieren comer o si quieren comer alguna otra cosa, como golosinas, por ejemplo (Rivera, 1991, Rivera et al , 1996, Hurtado et al , 1997)

Uno de los aspectos que influyen la alimentación complementaria es que las madres tienen conceptos bien definidos respecto a la dieta de sus niños. En primer lugar, ellas creen que el niño regula su dieta adecuadamente. Su estómago es considerado "casi como un ser inteligente" que define la cantidad de comida que el niño debe comer, por lo tanto, al niño no se le fuerza a comer grandes cantidades. Las madres tienden a subestimar la habilidad de sus niños para comer y creen que el niño debería acostumbrarse gradualmente a comer, que mucha comida es mala para el niño y que el niño no debería comer tarde en la noche (después de las ocho de la noche) porque puede enfermarse (Rivera et al , 1996, Sáenz de Tejada, 1996)

Además de lo mencionado, hay aspectos culturales o cognositivos que influyen en el consumo de ciertos alimentos, por ejemplo, algunas madres tienen miedo de darles bananos pues estos son "fríos", pan dulce porque puede molestar al estómago o producir "empacho", o frijoles colados porque son "pesados" (Chávez Barillas, 1986, Rivera, 1991)

Aparte de la persistencia de factores culturales, existen algunas circunstancias materiales y económicas que influyen en las decisiones de las mujeres sobre la alimentación de sus hijos. Estas están relacionadas con la carga de trabajo de las mujeres y las actividades que ellas realizan para cumplir con sus responsabilidades económicas (Nieves et al , 1993, Hurtado et al , 1997)

No falta el conocimiento acerca de los alimentos adecuados para el destete (vegetales, frutas, etc), pero en la mayoría de los casos, estos son caros, no pueden comprarlos y algunas veces no están disponibles en el hogar o en la comunidad. Por otro lado, las madres tienden a carecer de conocimientos acerca de mezclas de alta calidad, especialmente sobre aquellas de alto contenido energético (Hurtado et al , 1985, Sáenz de Tejada, 1996, Hurtado et al , 1997)

La introducción de alimentos no es sinónimo de destete y la lactancia materna generalmente continúa, con algunas diferencias en relación a la localización geográfica. Los niños comienzan a comer solos a los 8-24 meses, dependiendo del niño. La transición de esta dieta a la de un adulto generalmente tarda hasta que el niño tiene de uno a tres años de edad, cuando usualmente están comiendo lo que come el resto de la familia regularmente (por lo menos tres comidas al día además de "golosinas") (Mata, 1978, Villatoro Paniagua, 1986, INE et al , 1996, Sáenz de Tejada, 1996) (ver Tablas 4 A y B del anexo)

C. ALIMENTACIÓN DURANTE ENFERMEDAD

Conducta deseable: Alimentar tanto como sea posible durante una enfermedad y alimentar aún más durante la recuperación

Contrario a la conducta recomendada, se da una baja en la ingesta de alimentos durante un episodio de diarrea y la convalecencia. La clasificación dicotómica de los alimentos en "fuertes" o "pesados", "suaves" o "livianos", y "calientes" y "fríos" influye en las decisiones respecto a la dieta del niño enfermo. Se prefieren líquidos en la forma de sopas y atoles, considerados alimentos "suaves". Para las enfermedades referidas como "calientes", se recomiendan las bebidas frías y comidas como atoles y pan, mientras que los alimentos "calientes" tales como la "Incaparina" y la leche son prohibidos. Los alimentos cocidos servidos tibios se prefieren para evitar "atraer más frío" al estómago. En general, los alimentos prescritos se dan porque son suaves y fáciles de digerir (Hurtado, 1983, Hurtado y Esquivel, 1986, Villatoro Paniagua, 1986, Rivera, 1991)

La práctica de continuar amamantando durante un episodio de diarrea es común entre los mayas. Ellos creen que la leche materna "ayuda a los niños a salir adelante", "ellos necesitan la leche de pecho", "los hace dejar de llorar", y algunas veces, "es lo único que aceptan". Sin embargo, en

algunos casos la descontinúan por las siguientes razones el niño necesita descansar, el niño la rechaza (tiene náusea), no la quiere, lo puede enfermar más o le está causando la diarrea (Hurtado et al , 1985, Villatoro Paniagua, 1986, PCI, 1988, Enge y Hewes, 1988, Burleigh, 1989, Rivera, 1991, Díaz et al , 1995, Hurtado et al , 1997)

De acuerdo con los mayas, factores ambientales, emocionales y biológicos que afecten a la madre, pueden cambiar la calidad de su leche, causando diarrea en los niños La calidad de la leche materna puede cambiar a "fría", "muy fría", "muy caliente", o "mala" (descompuesta) al comer ciertos alimentos; por no seguir prescripciones tradicionales respecto a la lactancia, por tener emociones fuertes, tales como enojo, cólera, miedo, "susto", y "espanto", por salir y asearse mucho, por realizar las tareas de la casa y hacer "tortillas", por retraso en el tiempo entre mamadas, o por un nuevo embarazo Cuando se cree que la diarrea es causada por la leche materna y ésta persiste a pesar del tratamiento dado, la lactancia puede ser suspendida totalmente (Hurtado et al , 1985, Hurtado, 1989, Hurtado et al , 1997)

Otros factores que influyen en la continuación de la lactancia están relacionados con las creencias maternas respecto a las diferentes causas de la diarrea, por ejemplo, ellas creen que la diarrea puede ser causada por "ojo", por caerse mucho, por las manos sucias de la madre o pezones agrietados, o por "lombrices" (Hurtado et al, 1997)

También se continúa o aumenta la administración de los líquidos disponibles en el hogar De acuerdo a las madres, los niños piden más líquidos que sólidos porque les da sed Estos líquidos incluyen agua hervida, agua de cereal, atoles de cereal, té de hierbas, refrescos carbonatados sin gas, agua o atol de plátano, jugo de limón, limonada, otros jugos, café, caldo de frijol o de vegetales verdes o agua hervida con SRO La "Incaparina", la leche en polvo y la leche se evitan en caso de ciertos tipos de diarreas (Hurtado et al , 1985, Villatoro Paniagua, 1986, OMS/OPS, 1986, Enge y Hewes, 1988, Rivera, 1991, Rivera et al , 1996, Hurtado et al , 1997)

La ingesta de alimentos generalmente disminuye en caso de diarrea, no por alguna prescripción alimentaria especial, sino porque se dice que los niños pierden su apetito Cuando se les ofrece comida, voltean su cabeza y la rechazan, la escupen, no abren su boca o comienzan a llorar Por lo tanto, es principalmente el niño el que decide qué comer o si come o no al final de cuentas Durante la convalecencia, los niños comienzan comiendo por poquitos (poco a poco) (Hurtado et al , 1985, Villatoro Paniagua, 1986, Hurtado y Esquivel, 1986, Burleigh, 1989, Rivera, 1991, Hurtado et al., 1997)

A pesar de esto, hay comidas que se prescriben o proscriben en caso de diarrea Los alimentos recomendados en la mayoría de áreas incluyen vegetales, papas, arroz hervido, pasta, pan, tortillas de maíz, caldos con poca grasa, y otras comidas poco grasosas, sin embargo, en San Marcos se recomienda no dar papas y arroz, ya que se consideran "fríos" Los vegetales más utilizados son el guicoy y el "guisquil", ya que se les considera "suaves" y ni "fríos" ni "calientes" La mayoría de los alimentos proscribidos se cree que son "frías", "pesadas", o grasosas, por ejemplo arroz frito, caldo de pollo o de res, frijoles "parados" (enteros), leche,

productos lácteos, huevos y aguacate. Estos alimentos empeoran la enfermedad y producen malestar general. En el caso de la diarrea causada por lombrices estomacales, se recomienda no comer dulces o comidas endulzadas ya que se cree que con esto las lombrices se ponen más "agitadas". Sin embargo, las madres indican que pueden ofrecer y dar de comer cualquier cosa que el niño desee comer (Hurtado et al, 1985, Villatoro Paniagua, 1986, Hurtado y Esquivel, 1985, Brown, 1988, Enge y Hewes, 1988)

Es claro que las madres están concientes de la necesidad de ayudar a alimentar al niño durante la diarrea y actúan de acuerdo a esto. Cuando un niño está enfermo, la mayoría de las madres se convierten en promotoras activas de su alimentación y les proveen con cuidados especiales. Sin embargo, ellas creen que un niño no debe comer mucho, especialmente cuando tiene problemas estomacales (Rivera, 1991, Rivera et al, 1996) (ver Tablas 5 A y B del anexo)

La administración de líquidos continúa en caso de las IRA, pero no se aumenta. Las infusiones de hierbas preparadas con manzanilla, hojas de higo, canela, apazote, menta, bugambilia, tomillo, ruda, piña, son comunes pero dadas en mínimas cantidades (Sáenz de Tejada, 1995)

La lactancia no se restringe en el caso de las IRA. Sin embargo, existen algunas creencias relacionadas con la calidad de la leche materna. Puede ponerse "resfriada" (con catarro) por descuido de las madres. Alimentar con esta leche puede provocar enfermedades respiratorias en los niños (Sáenz de Tejada, 1995)

La ingesta de alimentos tampoco se limita en niños con IRA, sin embargo, su consumo disminuye debido a que se reduce el apetito. Más aún, las madres no insisten en hacer que sus hijos coman (Sáenz de Tejada, 1995). En términos generales, para las enfermedades respiratorias, los únicos alimentos que se mencionan con regularidad que se quitan de la dieta del niño enfermo son la leche, los huevos y los frijoles "parados" (enteros). Además de tortilla de maíz, el arroz y los vegetales cocidos se recomiendan en estos casos. Cuando los niños tienen fiebre, se recomiendan los atoles, mientras que los huevos y la leche, que son considerados "calientes", no se dan porque causan náusea y vómitos (Hurtado y Esquivel, 1986, Villatoro Paniagua, 1986)

III. CONCEPTUALIZACIÓN DE SALUD Y ENFERMEDAD

El cuerpo humano es conceptualizado en diferentes formas por diversas culturas y esto está íntimamente relacionado con la forma en que se conciben la salud y la enfermedad. De acuerdo a los mayas tradicionales, el estómago está localizado en el vientre, los pulmones a cada lado de la



espalda, los riñones debajo de los pulmones, la vejiga debajo del estómago y el hígado entre el estómago y el corazón. En relación al corazón, existen desacuerdos. Todos los elementos acordonados son considerados como venas; las de las piernas se unen al estómago y las de los brazos, al corazón (Ghidinelli, 1988)

Las funciones normales del cuerpo también se conciben de forma diferente. Los mayas tradicionales creen que la comida y el aire se guardan en el estómago antes de la evacuación. Las venas traen fortaleza al estómago, donde también se forman los niños. Parece ser que el estómago se concibe como un gran receptor de energía (Ghidinelli, 1988)

Otro elemento importante es la sangre, especialmente las creencias asociadas con su calidad y cantidad. De acuerdo con los mayas, un cuerpo que pierde sangre queda premanentemente debilitado. La sangre puede ser "fuerte" o "débil", estas características son congénitas e íntimamente relacionadas con el comportamiento. Además, ellos creen que la sangre determina las características físicas y psicológicas de una persona, así como su resistencia a las enfermedades (Ghidinelli, 1988, Ramírez y Mazariegos, 1995, Bourgey y Pol, 1997)

De igual forma, las clasificaciones de enfermedades, causas, síntomas y tratamientos varían entre los diferentes grupos étnicos. De acuerdo con Robles (1993), entre la población maya, las creencias sobre la etiología de las enfermedades son substancialmente diferentes a las de la medicina moderna. Las enfermedades son usualmente clasificadas en dos categorías generales: naturales y espirituales. Las enfermedades naturales son mayormente aquellas que tienen síntomas claros como hinchazón, sangrado y tos y que pueden ser atribuidas a algún incidente específico. Las enfermedades espirituales son aquellas que tienden a quedarse dentro del cuerpo y afectan a la persona de varias formas, tales como excesiva pérdida de peso, fatiga, o cualquier aflicción psicológica. Las enfermedades espirituales son causadas por la intervención inoportuna de espíritus o de otros seres humanos. De acuerdo con los mayas, una persona "débil" es más susceptible a este tipo de intervención. Hay seis tipos de enfermedades espirituales: "susto", "mal de ojo", "aire", problemas causados por el espíritu de los muertos, aquellos causados por medio de otros espíritus y aquellos causados por brujería (Villatoro Paniagua, 1986, Ghidinelli, 1988, Robles, 1993; Ramírez y Mazariegos, 1993)

Mientras que la etiología de las enfermedades espirituales es diversa y depende en parte de la particular cosmología de un grupo, la etiología de las enfermedades naturales es más parecida

entre los diferentes grupos. Muchas de las causas directas de las enfermedades naturales son usualmente atribuidas a un desbalance entre lo "caliente" y lo "frío", que se asemeja mucho a las explicaciones de desbalance humoral de la medicina medieval. Estos desbalances pueden ser causados por exposición a agentes físicos (agua, frío, aire, calor), conductas específicas (cansancio, relaciones sexuales, alteraciones emocionales) o una dieta desbalanceada. Las personas pueden estar en un estado "caliente" o "frío", que puede causarles una enfermedad si es abruptamente alterado. Otro conjunto de enfermedades naturales son aquellas más claramente causadas por "disturbios físicos", por ejemplo, una comida muy pesada o fuerte puede alterar a las lombrices. En el caso de las diarreas, algunas pueden ser producidas por desbalances "caliente-frío" y otras se cree que son normales a cierta edad del niño (Villatoro Paniagua, 1986, Ghidinelli, 1986, Ramírez y Mazariegos, 1993, Robles, 1993, ATI y GRT, 1995).

De acuerdo a Neueswander y Dean (1997), los mayas utilizan las categorías de "caliente" y "frío" para describir las cualidades del cuerpo, el ambiente, los alimentos, las hierbas y los medicamentos. Cada enfermedad se clasifica de acuerdo a su calidad de "caliente", "fría", "húmeda" y "seca". Las enfermedades "húmedas" son "enviadas por Dios" y las "secas" son "enviadas por la gente". Respecto a la enfermedad, los conceptos de "caliente-frío" están íntimamente relacionados con los de fuerza y debilidad. Por ejemplo, la fuerza se relaciona con "caliente" el "ojo", una enfermedad "caliente" y "seca" que afecta a los bebés cuando los mira una persona que tiene sangre "fuerte" o "caliente" (una mujer embarazada o menstruando, un hombre trabajador que tiene la sangre "caliente" por el sol o bebidas alcohólicas). Las enfermedades "húmedas" tienen una etiología simple y natural, no duran mucho y se curan rápido por medio de medicinas simples. Las enfermedades "secas" tienen una etiología sobrenatural y maligna, un pronóstico desfavorable y son insensibles a todo tipo de tratamiento (medicinas, masajes, baños o dietas especiales). Los "curanderos" están de acuerdo en que hay una relación entre la calidad de "húmedas" y las enfermedades que se curan fácilmente y la calidad de "seca" y las enfermedades crónicas que no se pueden curar. La clasificación de acuerdo a las características de "frío" o "caliente", se basa en la etiología involucrada. Por ejemplo, una "tos seca producida por calor" se clasifica como "caliente", una "tos seca producida por frío" es una enfermedad "fría", la diarrea líquida se clasifica generalmente como "fría", la diarrea con sangre o moco se clasifica como "caliente" (Neueswander y Dean, 1977, Villatoro Paniagua, 1986, Ghidinelli, 1988, Ramírez y Mazariegos, 1993, ATI y GRT, 1995).

Investigaciones previas sugieren que la diarrea, conocida generalmente en Guatemala como "asientos", es una enfermedad bien reconocida, aunque algunas veces se reporta como un síntoma de otras enfermedades, generalmente enfermedades "folklóricas". Las enfermedades folklóricas o populares, "culturales" o "folk" son aquellos "síndromes" que afectan a los miembros de un grupo social particular, para los cuales la cultura provee una etiología, un diagnóstico y medidas preventivas y curativas (Villatoro Paniagua, 1986, Hurtado, 1989, ATI y GRT, 1995, Pebley et al., 1996).

Existen algunas variaciones en el esquema conceptual de la diarrea. Por ejemplo, de acuerdo con Hurtado y Esquivel (1986), Scrimshaw y Hurtado (1988), y Pebley et al. (1996), la diarrea se

clasifica de acuerdo a ocho causas primarias Burleigh (1989) presenta otro esquema conceptual de la diarrea infantil que incluye seis diferentes categorías Otra clasificación, basada en las causas relacionadas a la diarrea, incluye tres grupos principales aquellas causadas por "calor", aquellas causadas por "frío" y aquellas causadas por factores mágicos o "miedo" (Valadez, 1990) Dependiendo de cada tipo de esquema, varían los síntomas y el tratamiento, usando métodos tradicionales y farmacéuticos (Ver Figuras 1 y 2)

Dos creencias acerca de las causas de una enfermedad son la base de los modelos explicativos de la diarrea en Guatemala El primero, es que un desbalance de "calor" y "frío" puede causar enfermedad. La segunda creencia se refiere a la función de las lombrices en el sistema digestivo En un niño saludable, los elementos de "calor" y "frío" están en equilibrio y la digestión la llevan a cabo lombrices que viven en el estómago o en una pequeña bola, bolsa, o saco dentro del estómago, localizado en el bajo abdomen Se dice que todos los seres humanos tienen "lombrices" El tener lombrices en el estómago no es en sí misma una causa de diarrea o de enfermedad, sino una condición normal esencial para la buena salud Resulta una condición seria únicamente cuando hay muchas lombrices y éstas dejan su bolsa, migrando hacia la cabeza y otras partes del cuerpo como las venas Uno de los síntomas de un "ataque" o "alboroto de lombrices", como se conoce la enfermedad, es la diarrea (Hurtado y Esquivel, 1986, Burleigh, 1989, ATI y GRT, 1995, Pebley et al , 1996) (Ver Figura 3)

La diarrea puede ser un síntoma de otras enfermedades de la niñez, tales como "cuajo" o "estómago caído", "mollera caída" y "mal de ojo" El "cuajo" es considerado por algunos como un órgano separado cercano al estómago y por otros, una parte del estómago, la cual puede caerse (los niños siempre andan saltando por ahí o tomando mucha agua) La "mollera caída" es otra enfermedad popular caracterizada por hundimiento de la fontanela, la cual puede ser causada por un cambio súbito en la posición del cuerpo del niño o por sacarle abruptamente el pecho cuando el niño está mamando (Hurtado y Esquivel, 1986, Hurtado, 1989, ATI y GRT, 1995)

FIGURA 1

ESQUEMA CONCEPTUAL DE LA DIARREA INFANTIL

Causa	Madre		Comida	Salida de dientes	Mollera caída* Estómago caído*		Mal de ojo	Lombrices estomacales*	Frío entra al estómago	Disentería
	Calor Actividad Física Comidas calientes Embarazo	Emocional Enojo "Bilis" Tristeza Miedo	Mala comida Exceso No se come a tiempo Calidad Caliente Frío	El diente está cortando y el niño traga babas calientes	El estómago se cae porque el niño se cayó, está lloviendo, o hay frío	La mollera se cae por cargar al niño con descuido	Causado por la mirada de personas con sangre caliente	Las lombrices se salen de su bola por truenos, lluvia	Por los pies y las nalgas (el piso sucio y frío) Por la cabeza	Se descuida una simple diarrea y se complica
Síntomas Todos los tipos tienen deposiciones líquidas y frecuentes (asientos)	Cólico	Hinchazón, muy peligroso	Flatulencia Sensación de llenura	Diarrea	Deposiciones verdes con moco	Mollera caída, vomitos, heces verdes	Fiebre	Lombrices	Deposiciones de color blanco	Sangre en las deposiciones, "urgencia", el color es rojo o negro
Tratamiento	No amamantar cuando se está caliente la madre cambia su dieta Dejar de dar de mamar	Casero, farmacia, myeccionista, brujo, o espiritista	Casero, con un curandero	Ninguno	Curandero	Curandero	Curandero	Farmacia, casero, curandero	Casero, curandero	Casero, farmacia o puesto de salud

* Enfermedades populares, la diarrea puede ser uno de sus síntomas (Hurtado y Esquivel, 1986)

FIGURA 2

ESQUEMA CONCEPTUAL DE LA DIARREA INFANTIL

<u>"calor"</u>	<u>"frío"</u>	<u>"indigestión/ inflamación"</u>	<u>"indigestión por lombrices"</u>	<u>mal de ojo</u>	<u>dentición</u>
las lombrices se "alborotan" (tos, llanto, nausea, falta de apetito	las lombrices se "alborotan" (tos, llanto, nausea, falta de apetito	las lombrices se "alborotan" (tos, llanto, nausea, falta de apetito	dolores estomacales, los ojos "se le traban para arriba"	llanto, falta de apetito	llanto
"infección" (diarrea amarilla, fiebre, a veces lombrices)	"infección" (diarrea verde, a veces lombrices)	"infección" (diarrea blanca, con lombrices)	"infección" (diarrea blanca, con lombrices)	diarrea crónica, "granos", fiebre	diarrea blanca
vómitos y deshidratación	vómitos y deshidratación	vómitos y deshidratación	vómitos y deshidratación	vómitos y deshidratación	

disentería

(Burleigh, 1989)

FIGURA 3

TAXONOMÍA DE LAS LOMBRICES

	LOMBRICES	
	QUIETAS	AGITADAS
CAUSA	Todas las personas tienen lombrices en el estómago o en una bolsa dentro del estómago	Aumento en el número de lombrices, los truenos asustan a las lombrices y éstas se salen de su bolsa
SÍNTOMAS		Falta de apetito, dolor de estómago, diarrea, lombrices en las heces, se vomitan lombrices por la boca y la nariz, se duerme con los ojos abiertos, la cabeza se cae hacia atrás, picazón de nariz, ahogos
TRATAMIENTO	Medicina antiparasitaria (casera o farmacéutica) para mantener su número bajo control	Tratamientos caseros (té de hierbas, baños, sobadas, "conforte") dirigidos a atraer las lombrices de regreso a su bolsa
GRAVEDAD	Normal	Muy seria, puede llevar a la muerte

(Hurtado y Esquivel, 1986)

De acuerdo con estudios realizados hace algunos años, la falta de higiene no se incluía en la taxonomía de la diarrea en Guatemala y era mencionada únicamente como un medio de ingerir lombrices. Más recientemente, sin embargo, los hallazgos sugieren que algunos de los modelos tradicionales de causas de enfermedad identificados en investigaciones previas tienen relativamente poca importancia en las comunidades estudiadas. Estos hallazgos, en conjunción con las frecuentes respuestas relacionadas con higiene y agua, sugieren que las explicaciones tradicionales pueden estar coexistiendo con la biomédica de las causas de enfermedad en un mayor grado hoy que en el pasado (Pebley et al , 1996)

La etiología de las enfermedades respiratorias también se relaciona con un desbalance entre lo "caliente" y lo "frío" que es muy similar a las explicaciones de desbalances humorales de la medicina antigua. Las causas de las infecciones respiratorias son similares en las diferentes áreas mayas y son, fundamentalmente atribuidas a cambios abruptos en la temperatura, un "descuido" o por haber dado "leche resfriada" (leche con catarro). Hallazgos recientes, sin embargo, sugieren que ahora se le da más importancia al enfriamiento y al frío del ambiente como causas, que a cambios de "caliente" y "frío" (Sáenz de Tejada, 1995, Pebley et al , 1996)

Existen también, algunas variaciones en el esquema conceptual de las enfermedades respiratorias. Por ejemplo, en Comalapa (Chimaltenango), éstas se clasifican en cuatro grupos: catarro, tos, "ojo", bronquitis y neumonía, en San Bartolo (Totonicapán) y en Ciudad Vieja (Sacatepéquez), la clasificación comprende dos grupos: enfermedad del pecho y de los pulmones, y en San Miguel (Sacatepéquez) hay tres divisiones principales: catarro, gripe y tos. En algunos casos, las categorías principales se subdividen, como en San Miguel, donde el catarro puede ser común o pulmonar. Dependiendo de cada tipo de esquema, varían las causas, los síntomas, la gravedad y el tratamiento (Hurtado y Esquivel, 1986, Barriga, 1994, Sáenz de Tejada, 1995)

Como la información previa está relacionada con estructuras cognoscitivas más que con prácticas específicas, solamente se incluyó una tabla sobre problemas actuales, motivaciones e impedimentos para esta sección del informe (ver Tabla 6 A del anexo)

IV. PRÁCTICAS CASERAS DE SALUD

A. DIARREA

Conducta deseable: Las madres reconocen la diarrea

El proceso de proveer atención en salud se inicia en el hogar con la madre, cuando ella nota signos en el niño que la hacen pensar que está enfermo. Un niño se considera que tiene diarrea cuando sus heces son de consistencia líquida o semi-líquida y ocurren a cada rato (con mucha frecuencia), variando de 5 a 20 veces en un período de 24 horas. La diarrea se describe como "asientos", y existen algunas frases utilizadas comúnmente para describir su consistencia, así, las heces se describen como "saliendo de la misma forma como se comieron", "tal como agua de nixtamal" y "tal como que si se abriera el chorro de agua". Las madres reconocen los diferentes tipos de diarrea, distinguiéndolos por los diferentes colores. Hay diarrea verde, blanca y amarilla y diarrea con sangre, sin embargo, se da una gran diversidad en relación con el significado del color de la diarrea. Síntomas asociados con la diarrea incluyen llanto frecuente y quejidos, cansancio, intranquilidad, falta de sueño, dolor de estómago, pérdida de apetito, fiebre, vómitos y palidez. Muchos de estos signos y síntomas están asociados al proceso de la diarrea en general, sin considerar las causas, sin embargo, en algunos casos, los signos si están relacionados con las causas, por ejemplo, la picazón de nariz y el rechinar de los dientes esta relacionado con la diarrea producida por lombrices y los ojos pequeños se asocian con la diarrea producida por "mal de ojo" (Villatoro Paniagua, 1986, Burleigh, 1989, Ward et al , 1989)

El concepto de deshidratación es conocido por los mayas, pero no están familiarizados con el término en español, sin embargo, lo describen como "perder líquido del cuerpo", o "seco" (sequedad). Aparentemente, parece ser que existe cierta confusión entre la deshidratación y la desnutrición o pérdida del vigor. El síntoma de deshidratación más frecuentemente mencionado es el hundimiento de ojos. Otros síntomas específicos mencionados son sed, debilidad, resequedad en la boca, tener morado alrededor de la boca. Aunque se menciona la fontanela hundida, nunca se identifica como uno de los síntomas de deshidratación, se considera como una enfermedad específica (Villatoro Paniagua, 1986, PCI, 1988, Burleigh, 1989, Ward et al , 1989)

Para las madres en Guatemala, la diarrea puede ser una enfermedad en sí misma ("asientos", disentería), un síntoma entre otros, algunas veces más característico de una enfermedad popular ("empacho", "mal de ojo", "mollera caída", "alboroto de lombrices"), o un signo normal de cambios en el crecimiento y desarrollo del niño, tales como dentición, gateo, los primeros pasos o las primeras palabras (Villatoro Paniagua, 1986, Hurtado, 1989)

FIGURA 4

ESQUEMA CONCEPTUAL DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Tipos	CATARRO		GRIPE	TOS		
	Común	Pulmonar	Exposición al frío cuando el cuerpo está caliente	Común	Pulmonar	Ferina (de chucho)
Causas	Exposición al frío cuando el cuerpo está caliente, cambios súbitos del clima	Descuido de un catarro común		Descuido de un catarro, cambios abruptos de clima	Descuido de un catarro común y tos	Estacional , en el aire
Síntomas	Nariz "estilando mocos", dolor de cabeza, estornudos y ojos rojos	Los mismos del catarro, más fiebre y dificultad para respirar	Los mismos del catarro, más fiebre, dolor de cuerpo y malestar general	Tos (y algunas veces catarro), flema (no seco)	Tos seca, dolores de pecho y fiebre	La tos termina en un estertor, el niño se ahoga
Gravedad	No es serio	Muy serio	Moderadamente serio	No tan serio	Muy serio	Serio
Tratamiento	Casero, farmacia	Casero, farmacia, inyeccionista, médico, hospital	Casero, farmacia, inyeccionista	Casero o de la farmacia	Casero o de la farmacia , un inyeccionista, un médico o en el hospital	Casero

(Hurtado y Esquivel, 1986)

De acuerdo con las diferentes taxonomías encontradas en la literatura, hay dos que pueden dar una idea general de la interpretación cognoscitiva de la diarrea entre la población maya. Burleigh (1989) encontró seis esquemas cognoscitivos para la enfermedad diarreica, cada uno con causas específicas, una progresión enlazada de conceptos, síntomas, signos y características diagnósticas. Casi todas están relacionadas con la teoría humoral de la enfermedad, incluyendo el concepto de "mal de ojo". El color de las deposiciones que refleja la teoría humoral es un concepto clave en el diagnóstico. Las conductas asociadas con estos esquemas cognoscitivos (tratamientos tradicionales, farmacéuticos y dietéticos) también se adhieren al concepto humoral de equilibrio e incluye el uso de SRO y de líquidos.

Respecto a la segunda taxonomía, la diarrea se clasifica en ocho esquemas cognoscitivos: la madre, comidas, dentición, mollera/estómago caídos, mal de ojo, lombrices estomacales, frío entra al estómago y disentería. A los niños alimentados con leche materna le puede dar diarrea si la leche de su madre está caliente (embarazada, haciendo tareas de la casa, cocinando, comió mucha comida caliente), o si ella ha tenido emociones fuertes (enojo, tristeza, miedo). También puede dar diarrea por diferentes razones asociadas con ingesta de alimentos (comer comida podrida o "shuca", comida caliente, comida fría, comer demasiado, mucho de una comida en particular, no hacerlo en el momento apropiado). Otra causa percibida de la diarrea en los niños pequeños es la dentición. La diarrea también puede ser causada porque los niños se enfrían o se mojan, ya que el frío entra a sus cuerpos por los pies o la cabeza y afecta su estómago, entre otras partes. La diarrea puede ser un síntoma de otras enfermedades infantiles tales como el "cuajo" o "estómago caído", "mollera caída", lombrices estomacales y "mal de ojo" (Hurtado y Esquivel, 1986, Scrimshaw y Hurtado, 1988, Pebley et al., 1996).

De acuerdo con un estudio más reciente (Pebley et al., 1996), los informantes dieron muchas de las mismas causas descritas previamente para la diarrea, en particular aquellas causas relacionadas con frío, lombrices y comidas. Otras enfermedades tales como, "mal de ojo" y "empacho", fueron poco mencionadas. En contraste con lo reportado en trabajos antropológicos anteriores realizados en Guatemala, muchas mujeres de las comunidades mayas mencionaron la suciedad como una causa de diarrea. El grupo de explicaciones relacionadas con "frío", lombrices y comidas refleja creencias subyacentes acerca de la fisiología de la diarrea, las cuales son totalmente diferentes de aquellas con una perspectiva biomédica. La suciedad como causa, es mucho más cercana a la noción biomédica de la transmisión de patógenos a través de contaminación fecal-oral, no obstante los mecanismos específicos por medio de los cuales ellos creen que la suciedad causa diarrea pueden ser bastante diferentes (ver Tablas 7 A y B del anexo).

Conducta deseable: Las madres proveen cuidados caseros de calidad

Una vez se identifica la causa de diarrea, se inicia el tratamiento generalmente con la madre, quien normalmente le da al niño algún tipo de medicina popular (plantas medicinales o un producto farmacéutico vendido en tiendas locales o en el mercado). Frecuentemente, se combinan medicinas tradicionales y no-tradicionales, por ejemplo, una combinación de té de

hierbas y "Santemicina", una medicina popular vendida en dosis individuales. Con frecuencia se prueban varios tipos de diferentes hierbas y remedios patentados durante el curso de un episodio de diarrea (Hurtado y Villatoro, 1985, Hurtado y Esquivel, 1986, Cominsky, 1987, Valverde, 1988, Ward et al , 1989)

Los patrones tradicionales de tratamiento se adhieren en su mayoría al uso del sistema humoral de opuestos. La diarrea causada con "calor" es tratada por dos tipos de líquidos concebidos como fríos o "frescos" (tés o "aguitas" hechas de escaramejo o cebada) y Coca-Cola, mientras que la diarrea causada por "frío" es tratada con una infusión de manzanilla, que se considera "caliente", masajes corporales con mejorana y frotamientos con alcohol y un trago de alcohol, también categorizado como "caliente". En términos generales, la mayoría de los tratamientos para la diarrea por "calor" o "frío" incluyen una variedad de líquidos (infusiones, "aguitas" y té) preparados con diferentes sustancias silvestres, cultivadas y compradas, utilizadas para cada tipo o etapa de la diarrea. Algunas de estas hierbas tradicionales utilizadas incluyen menta, ajeno, apazote, ruda, limón, pericón, "salvia santa", hojas de guava, cacao, y eucalipto (Hurtado y Esquivel, 1986, Villatoro Paniagua, 1986, OMS/OPS, 1986, Ward et al , 1989, Hurtado et al , 1997)

En algunas áreas, el tratamiento farmacológico se utiliza más para la diarrea causada por "calor" y durante las diferentes etapas en el progreso de algunos esquemas. En otras áreas, las medicinas no tradicionales se combinan con medicinas tradicionales. Los productos farmacéuticos usados incluyen Alka Seltzer, Tabcin, Sal Andrews, Sal de Uvas Picot, Cumalito, Santemicina, Auromicina, Yodoclorina, Agromicina, Sulfadiacina o Enterobioformo y bicarbonato de sodio. Estos remedios son lo que las madres llaman "medicinas simples" (Hurtado y Esquivel, 1986, Villatoro Paniagua, 1986, Burleigh, 1989, Ward et al , 1989)

Los remedios farmacológicos y los remedios caseros pueden combinarse con tratamientos tradicionales, tales como "sobados estomacales", saunas tradicionales (temascal) o inmersiones en agua fría. Generalmente, son las madres las que proveen estos tratamientos, aunque algunas veces buscan la ayuda de la comadrona local para la "sobada" (Villatoro, 1986, Ward et al , 1989)

Generalmente, el tratamiento se inicia en el segundo o tercer día en que el niño tiene diarrea. Si los remedios caseros no funcionan durante los días siguientes, las madres consultan con sus esposos y/o una mujer anciana de la comunidad que sepa sobre enfermedades. Si la madre o la suegra están allí, las madres frecuentemente consultan con ellas. En otros casos, una vecina puede ser consultada respecto a remedios caseros. Las mujeres ancianas con varios hijos indican que ellas no consultan con nadie ya que ya tienen experiencia en tratar diarrea (Ward et al , 1989)

El tratamiento específico utilizado depende de la causa percibida de la diarrea. Así como se cree que las enfermedades se pasan a través de la leche materna, también lo hacen los remedios y las madres pueden tomarlos para ayudar a curar la diarrea de sus hijos lactantes, por ejemplo, aceite

de coco, leche con clavos quemados, píldoras de "vida" o de "bebida roja", polvos de carbonato de magnesio y riubarbo. Al niño también se le puede dar algún remedio casero. Para tratar el "empacho de leche", las madres dan a sus hijos una bebida hecha con tres leches (leche de una madre que tiene una bebé mujer, leche de una madre que tiene un bebé varón y la de la madre cuyo bebé tiene "empacho"). Las madres pueden también modificar sus dietas si una comida en particular consumida por ellas se cree que podría estar causando la diarrea en el lactante (Scrimshaw y Hurtado, 1988, Hurtado, 1989)

El tratamiento de la etapa llamada infección con o sin lombrices y de la disentería consiste de infusiones de hierbas silvestres o cultivadas. El tratamiento de las lombrices también consiste de aguas o tés hechos con sustancias silvestres, cultivadas o compradas. Las únicas excepciones son el ajo y el cigarro los cuales se frotran, junto con hierbas y alcohol, sobre el cuerpo del niño para "evitar que las lombrices se suban" o para "juntar las lombrices". La disentería también se trata con aguas o tés de plantas silvestres o cultivadas. El único tratamiento no-líquido es la práctica de amarrar el estómago del niño con un cinturón de trapo (ombliguero) para evitar que "se caiga". El tratamiento para la "mollera caída" comprende succionar o halar la mollera, colocando plantas medicinales sobre la cabeza amarrada con un pañuelo, o colocando al niño boca abajo. El tratamiento tradicional de la diarrea por "mal de ojo" involucra muy poca preparación de remedios líquidos y más prácticas mágicas, incluyendo bañar al niño con agua de hierbas y después tirar esta agua, pasar un huevo o un pato vivo sobre el niño, tirándolos después, y colocar alfileres o limones en cruz (Hurtado y Esquivel, 1986, Burleigh, 1989, ATI y GRT, 1995, Hurtado et al , 1997) (ver Tablas 8 A y B del anexo)

Conducta deseable: Las madres administran correctamente las ORS (SRO)

La mayoría de la información existente sugiere que el conocimiento sobre TRO es limitado entre los mayas. Sin embargo, de acuerdo con uno de los estudios (Ward et al , 1989), cuando se le mostró un sobre, lo reconocieron como la medicina que los doctores y otros trabajadores en salud recetan. Algunas madres saben como prepararlas, pero muy pocas las usan (Pineda et al , 1984, MSPAS y INCAP, 1987, Enge y Hewes, 1988, PCI, 1988, Robles, 1993, Díaz et al , 1995, Hurtado et al , 1997)

Existen algunas ideas erróneas sobre las SRO. Primero, generalmente no son reconocidas como parte de la farmacopeia de remedios caseros, sino como una "medicina" que debe ser recetada por un doctor. Una segunda creencia errónea es que las SRO pueden parar la diarrea rápidamente. Una tercera falacia que es coherente con las creencias tradicionales en relación con los laxantes como un tratamiento de la diarrea, es que las SRO pueden servir para limpiar el estómago (Ward et al 1989, Burleigh, 1989)

También existen algunas creencias positivas pero erradas acerca de las SRO. Muchos creen que las SRO proveen fortaleza y ayudan a nutrir al niño. Son consideradas como un remedio para ayudar al niño a recobrar su apetito y fuerza perdidos debido a la diarrea, la fiebre y otros síntomas. Parece ser que las SRO son consideradas como un remedio "frío", por lo tanto, no so

utilizadas para las diarreas "frías", que son más comunes que las "calientes" (Ward et al , 1989, Burleigh, 1989)

Algunos de los principales factores que influyen en el uso de TRO son que éste no alivia los síntomas de la diarrea, falta de promoción, falta de disponibilidad y falta de conocimiento (incluyendo el no saber qué es ni cómo se usa) (OMS/OPS, 1986, INCAP, 1987, PCI, 1988, Blanco, 1989, Valadez, 1990, Mustard et al , 1992, Hurtado et al , 1997)

B. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Conducta deseable: Las madres reconocen las IRA

Hallazgos de estudios previos y recientes indican que existen considerables diferencias entre la perspectiva biomédica sobre los signos, síntomas y causas de las IRA y las creencias de los guatemaltecos rurales (Pebley et al , 1996)

Así como con la diarrea, el proceso de proveer atención en salud se inicia en la casa con la madre, cuando ella nota en el niño signos que la hacen pensar que está enfermo. Sin embargo, los signos de peligro propuestos por la OPS y adoptados por el MSPAS, no son los mismos que aquellos reconocidos más frecuentemente reconocidos por la población maya del altiplano. tos y fiebre (Sáenz de Tejada, 1995, Pebley et al , 1996)

De acuerdo con los modelos etnomédicos o tradicionales, la fiebre es un concepto central que ha sido relacionado con el corazón y la respiración Este concepto se refiere a un cuerpo caliente, pero también se asocia con la respiración rápida, dificultad respiratoria, llanto persistente e inquietud Se cree que la temperatura puede "entrar" al cuerpo y que se localiza en el estómago Este tipo de temperatura provoca preocupación, ya que la temperatura que entra y no sale es más seria que la temperatura externa, que es fácilmente percibida El exceso de temperatura interna puede quemar el cerebro o producir un bloqueo en el corazón, provocando la muerte Una manifestación común de la temperatura interna es la respiración rápida o fatiga (Sáenz de Tejada, 1995)

A nivel local, se dice que la tos es "seca" e irritable al principio y luego se vuelve "madura" o "productiva" La primera es considerada seria y potencialmente mortal La tos "seca" es un signo de peligro que hace que las madres busquen ayuda La tos "madura", por otro lado, es bien recibida ya que se cree que la enfermedad ha "madurado" y ya se va a terminar El silbido del pecho es una condición intimamente relacionada con la tos Es un signo que preocupa a las madres y que reconocen por el ruido que sale del pecho ("como maullido de un gato") Para las madres, el silbido del pecho, la fiebre, la tos y la respiración rápida están agrupados en un síndrome Ellas creen que vienen juntos en casos severos y que tienen una acción sinérgica En algunas áreas, la tos se relaciona con enfermedades "folk" o populares tales como "ojo" y "susto", y la dificultad respiratoria se relaciona con "mollera caída" (Sáenz de Tejada, 1995)

Excepto por las madres en Totonicapán y Sacatepéquez, la mayoría le pone atención a los cambios en la frecuencia respiratoria cuando los niños están enfermos y reconocen la respiración rápida. Aunque es considerada como un signo de peligro, muchas veces las madres la tratan en la casa con infusiones de hierbas y frotamientos de pecho. La dificultad respiratoria frecuentemente se interpreta como un signo más serio. De acuerdo con las madres, la obstrucción causada por las flemas en la garganta es lo que causa la dificultad respiratoria y se preocupan porque el niño se puede ahogar. En el área k'iche', la dificultad respiratoria frecuentemente se refiere a una obstrucción nasal causada por fiebre alta (Barriga, 1994, Sáenz de Tejada, 1995, Sáenz de Tejada, 1996, Hurtado et al , 1997)

Pocas madres mencionan términos que podrían ser interpretados como posibles signos de tiraje intercostal. Algunas mencionaron que "sus estómagos se les suben", "sus estómagos se hundén", "sus estómagos o las costillas les brincan", "sus costillas resaltan cuando respiran". En Comalapa, algunas madres mencionaron que "se mueve el hoyo en sus gargantas". Este signo de peligro no se observa comúnmente, en parte porque las madres raramente desvisten a sus niños cuando están enfermos (Sáenz de Tejada, 1995, Hurtado et al , 1997)

En términos generales, hay varios signos o cambios en la conducta comúnmente interpretadas como manifestación de peligro: adormecimiento, no querer jugar, no mamar, no comer,



cansancio, fatiga, agitación, inconciencia, ataques o convulsiones, y ponerse morado o blanco. Respecto a la neumonía, hallazgos recientes sugieren que los síntomas reportados es más probable que incluyan síntomas del pecho y los pulmones, así como apatía (Barriga, 1994, Sáenz de Tejada, 1995, Pebley et al , 1996)

Existe una percibida evolución en las enfermedades respiratorias, según la cual por descuido un simple catarro puede convertirse en una condición más severa. Se cree que las enfermedades respiratorias pueden evolucionar de una a otra, hasta llegar a la neumonía (Hurtado y Esquivel, 1986, Barriga, 1994, Sáenz de Tejada, 1995, Pebley et al , 1996)

Conducta enfatizada: Las madres proveen cuidados caseros de calidad en caso de IRA

El proceso que implica el tratamiento de las enfermedades respiratorias en los niños generalmente se inician en el hogar, con la madre como principal proveedora de salud. En el altiplano maya, el tratamiento casero incluye una variedad de remedios caseros, auto-medicación y algunas prácticas para evitar que la condición se torne más severa (Barriga, 1994)

Para la mayoría de las condiciones, una amplia variedad de cocimientos de hierbas (manzanilla, hojas de higos, canela, apazote, bugambilia, tomillo, ruda, menta, té de limón, eucalipto, piña) se

prepara para aliviar el dolor de garganta o la tos, "confortes" (emplastos) para bajar la fiebre, frotamientos o masajes en el pecho para suavizar una tos persistente, se brindan con una serie de aceites, ungentos, cremas y grasas animales, incluyendo Vick's Vaporub, algunas veces mezclados con tabaco. Se están haciendo comunes los baños con infusiones de hierbas. La auto-medicación es desenfrenada y los fármacos más frecuentemente utilizados son los antipiréticos (para bajar la fiebre), específicamente aspirina y acetaminofén y una amplia variedad de tabletas para el catarro que son fácilmente obtenibles sin receta en las farmacias y tiendas comunes. Si un niño tiene fiebre, se pueden usar supositorios (Cibalgina). Los jarabes que se compran en la tiendas no son muy utilizados y las madres parecen confiar más en el poder curativo o de alivio de sus propios conocimientos, sin embargo, en algunos casos los usan, utilizando varias maneras de forzar a los niños a tomarlos. Mientras que los adultos se inyectan como profilaxis para "fortalecer" or "vitaminar" los pulmones, esto raramente se practica con los niños (Hurtado y Esquivel, 1986, Barriga, 1994, Sáenz de Tejada, 1995, ATI y GRT, 1995, Sáenz de Tejada, 1996) (ver Tablas 11 A y B del anexo)

El temascal se usa como medida terapéutica en algunas áreas de Guatemala. Por ejemplo, en Santiago Atitlán y Comalapa se usa cuando la gente tiene tos, un resfrío, o dolor de cabeza. En estos casos, el vapor se dirige directamente a la cabeza. Los recién nacidos y los niños menores de dos años también pueden ser introducidos en el temascal cuando tienen catarro, pero, solo por corto tiempo y con poco calor. En otras áreas, sin embargo, los baños calientes con hierbas ya no son tan comunes, ya que la gente cree que afectan la calidad de la tos, si ésta es "madura" la vuelve "seca" y viceversa (Villatoro, 1986, Sáenz de Tejada, 1995)

En algunas áreas, la tos se asocia con dos enfermedades "folkl" "ojo" y "mollera caída" y ambas son tratadas en el hogar. El tratamiento para el "ojo" consiste en una "pasada" con ruda, chile y hojas de durazno, decir una oración y tomar una infusión de ruda con Alka Seltzer. El material de la "pasada" se quema y si hace un crujido, se considera que el "ojo" es fuerte y el proceso tiene que ser repetido otra tres veces. La "mollera caída" se cura introduciendo un dedo dentro de la boca, tocando el paladar, para sacar las flemas o por medio de aspirar el área y rociar al niño con agua "ardiente" (Sáenz de Tejada, 1995)

V. PRÁCTICAS DE BÚSQUEDA DE ATENCIÓN

Conducta deseable: Las madres buscan atención apropiada cuando el infante o el niño enfermo presenta signos de peligro

A. DIARREA

Es también la madre la primera en buscar ayuda en nombre de sus hijos y la principal iniciadora del proceso de toma de decisiones respecto a los asuntos de salud de su familia. La decisión de la madre de buscar ayuda es influenciada principalmente por los siguientes factores: la causa percibida de la enfermedad, la severidad y persistencia de los síntomas y consideraciones económicas. Además, es influenciada por la interacción de otros factores, tales como las características de los servicios de salud (distancia, acceso, precio, costos en tiempo, calidad del servicio) y el control que ella tenga de recursos en efectivo, alimentos, tiempo y energía. Por su parte, estos factores son influenciados por la organización dentro de su hogar y el sistema de apoyo. Sin embargo, la causa percibida de la enfermedad es el factor principal que determina el tipo de tratamiento buscado. Se considera que los otros factores involucrados tienen más influencia sobre el tiempo que transcurre entre cada paso en el proceso de la toma de decisiones (Hurtado y Villatoro, 1985, Hurtado y Esquivel, 1986, Cosminsky, 1987, Ward et al., 1989).

Los padres pueden responder en una variedad de formas a un episodio de diarrea. Los recursos de salud a veces son utilizados de manera secuencial, pero también se usan simultáneamente. Si un tipo de proveedor o medicina no funciona, se prueba otro. A veces se llega al diagnóstico de una enfermedad retrospectivamente, dependiendo de los recursos de salud y el tratamiento al cual el paciente respondió favorablemente (Hurtado y Esquivel, 1986, Cominsky, 1987, Scrimshaw y Hurtado, 1988, Ward et al., 1989, Ramírez y Mazariegos, 1993).

El elemento común en el proceso de tratamiento de los diferentes tipos de diarrea parece ser el tratamiento inicial con remedios caseros o simples. Para la mayoría de los tipos de diarrea, cuando los remedios caseros fallan en el tratamiento, generalmente al segundo o tercer día de la enfermedad, el siguiente paso es la búsqueda de atención en la farmacia (Scrimshaw y Hurtado, 1988, Valverde, 1988, Ward et al., 1989) (ver Tablas 12 A y B del anexo).

Cuando los síntomas persisten y la madre considera que el niño necesita tratamiento fuera de la casa, generalmente consulta primero con su esposo antes de buscar atención. En algunos casos, el rol del padre se limita a aprobar la decisión y proveer el dinero para el tratamiento. En otros casos, ambos discuten el problema y toman una decisión conjunta. En el área rural, muchas veces es el padre el que sale a comprar la medicina a la farmacia. En la literatura revisada, se concuerda en que es la madre la que identifica la enfermedad e inicia el proceso de toma de decisiones. Si el padre está fuera del hogar, la madre es la responsable de cualquier decisión para buscar atención fuera del hogar (Valverde, 1988, Ward et al., 1989).

Después del hogar, la farmacia constituye uno de los primeros recursos usados por la comunidad en el proceso de la búsqueda de atención para recuperar la salud. Las razones para esta selección son el servicio rápido y sin costo y el hecho de que los horarios de servicio se ajustan a las necesidades del cliente. El momento en el transcurso de la enfermedad en el que se busca tratamiento en la farmacia, aparentemente depende de factores tales como la severidad de los síntomas y los recursos económicos, además del acceso a la farmacia (Scrimshaw y Hurtado, 1988, Valverde, 1988, Ward et al , 1989, Ramírez y Mazariegos, 1993, Díaz et al , 1995)

Hay ciertos tipos de diarrea en los que el tratamiento se busca dentro de la comunidad a través de un curandero "popular". Estos tipos de diarrea son los causados por lombrices, "cuajo" o "estómago caído", la dentición o "mal de ojo". Las madres consideran que la diarrea causada por lombrices no es seria y que puede ser tratada en casa con remedios simples. La diarrea causada por "mal de ojo" es considerada severa y letal. Las madres creen que esta diarrea no puede ser tratada por un doctor, ya que los doctores no creen en ella. Además, es peligroso llevar al niño al doctor ya que éste podría recetarle inyecciones y las madres creen que éstas pueden causar la muerte en un niño que sufre de "mal de ojo" (Hurtado y Esquivel, 1986, Scrimshaw y Hurtado, 1988, Ward et al , 1989, Hurtado et al , 1997, Valverde et al , 1997)

De acuerdo con los datos sobre Guatemala, el uso de los servicios públicos de salud y de médicos privados es bajo en casos de diarrea. Se refieren a los centros de salud sólo para un tipo de diarrea, la disentería, la cual se percibe como la más severa, y proveniente de descuido o falla en la curación de una diarrea de cualquier otro tipo. En algunas áreas, se acude a los servicios de salud para tratar las lombrices o cuando el niño empeora y no mejora con otros tratamientos (Hurtado y Esquivel, 1986, Scrimshaw y Hurtado, 1988, Valverde, 1988, Enge y Hewes, 1988, Díaz et al , 1995, Van der Stuyft et al , 1996)

B. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

La decisión para buscar atención fuera del hogar se basa en la percepción que tienen las familias acerca de la seriedad de la condición y la vulnerabilidad del niño enfermo. Cuando las madres consideran que la enfermedad es leve o "simple", utilizan medicina popular o remedios caseros como tratamiento primario. Sin embargo cuando ven que el niño no mejora, generalmente buscan atención a pesar de las dificultades encontradas en el proceso (Sáenz de Tejada, 1995) (ver Tablas 13 A y B del anexo)

Sin embargo, las prácticas de búsqueda de atención, no siempre son puntuales. Paradójicamente, la rica experiencia cultural con las IRA y la amplia variedad de tratamientos caseros han hecho que se den retrasos en la búsqueda de atención apropiada durante episodios en los cuales la atención biomédica a tiempo es vital. Las madres generalmente esperan tres días antes de buscar atención y algunas esperan hasta dos semanas, independientemente de la edad del niño. Aún en casos de respiración rápida, la mayoría de las madres espera dos o tres días después del inicio de este signo, antes de buscar atención. Únicamente en raras ocasiones, las madres esperan por más de cinco días o no buscan atención, cuando sus niños están muy enfermos. Las madres tienden a

esperar hasta que la enfermedad de su hijo empeora, en parte porque esperan que se cure con remedios caseros o sin tratamiento médico, pero también por subestimar la magnitud de la seriedad de los síntomas (Goves y Pelto, 1994, Sáenz de Tejada, 1995, Sáenz de Tejada, 1996)

Los puestos y centros de salud pública locales son los servicios usados más comúnmente en el caso de las IRA, sin embargo, las razones para utilizarlos están relacionados con falta de recursos económicos. La segunda opción, que es la preferida, son los proveedores privados (doctor o enfermera) Los niños que se cree que están muy enfermos casi siempre son llevados directamente al hospital, si hay uno a una distancia razonable La atención también se busca en la farmacia, con promotores de salud y en un menor grado, a través de los proveedores tradicionales o "folk", buscará especialmente cuando la enfermedad manifiesta signos que sugieren causas sobrenaturales Las madres de los pueblos usan más los servicios privados y las de las aldeas usan las farmacias y los curanderos No obstante, generalmente las madres consultan con más de un proveedor de salud (Elder y Cordón, 1994, Goves y Pelto, 1994, Sáenz de Tejada, 1995, Sáenz de Tejada, 1996, Van der Stuyft et al , 1996)

Existen varios temas comunes respecto a las decisiones sobre dónde buscar atención y las fuentes de retraso en hacerlo Las características del sistema de salud, incluyendo el acceso, el largo tiempo de espera, problemas de comunicación, relaciones interpersonales, horarios inconvenientes, falta de medicamentos, pobre prestación de servicios y disponibilidad de medicamentos llevan al retraso en la búsqueda de atención, como a la preferencia por proveedores privados Las características materiales y económicas, incluyendo la falta de transporte y de recursos financieros para pagar por los servicios y los medicamentos también son una fuente importante de retraso en la búsqueda de atención Otra fuente de retraso que está relacionada con el sistema social maya, está relacionado con características de la organización familiar y en el poder para tomar decisiones dentro del núcleo familiar Muchas veces la necesidad de esperar la aprobación o presencia del esposo, o la aprobación del jefe de la familia retrasa la búsqueda de atención para un niño Además, la madre tiene que encontrar a alguien más que cuide a los otros niños sanos mientras ella se ausenta El miedo de que sea ingresado al hospital de los procedimientos administrativos involucrados en darle egreso a un niño en caso de muerte es otro factor que influye en las decisiones de buscar atención (Goves y Pelto, 1994, Sáenz de Tejada, 1995, Sáenz de Tejada, 1996, Hurtado et al , 1996)

VI. PRÁCTICAS DE INMUNIZACIÓN

Conducta deseable: Los infantes deberían recibir un esquema completo de vacunas

Hablando en términos generales, la tasa de cobertura de inmunización ha aumentado significativamente en Guatemala, sin embargo aún es más baja entre la población maya (The Pragma Corporation, 1988) Aparentemente, esta diferencia reside en las siguientes razones menor credibilidad dada por la población maya al modelo biomédico de las causas de la enfermedad, una preferencia de los pacientes mayas de ser tratados por proveedores mayas, la mayoría de los cuales no son parte del sistema formal, falta de confianza en los "ladinos" y sus instituciones por parte de la población Mayense, y el uso de proveedores tradicionales como un medio de identificación étnica y comunitaria (Pebley y Goldman, 1992)

Por otro lado, el aumento en la cobertura ha sido influenciado por los siguientes factores. método de provisión (predominantemente un servicio basado en campañas), los dos enfoques puntuales que siguieron a la campaña de 1986 primero, los días nacionales de vacunación han sido realizados cada año, segundo, se han llevado a cabo esfuerzos para rutinizar la inmunización a través de las instalaciones del MSPAS, las inmunizaciones se dan gratis a los niños durante las campañas y en las clínicas, la inmunización se ha hecho más y más aceptable con el transcurso del tiempo a medida que las familias observan que sus niños probablemente se enferman menos y a medida que los proveedores tradicionales recomiendan cada vez más la vacunación, los padres tienen poco margen de escogencia en cuanto a vacunar o no a sus hijos por la forma en que se ejecutan las campañas y los programas (Pineda et al., 1984, PAHO, 1987, Pebley y Goldman, 1992, Goldman y Pebley, 1994)

A pesar de este aumento, los niveles de inmunización completa permanecen bajos en Guatemala y son más bajos aún entre niños de familias mayas cuyas madres no tienen una educación formal, no hablan español, no tienen radio y viven en comunidades predominantemente mayas Tanto la distancia a la clínica más cercana como la distancia del municipio de la vida urbana, están negativamente relacionados con la proporción de niños que no están totalmente inmunizados Además, se da una alta proporción de oportunidades perdidas atribuida a la presencia de enfermedades sintomáticas en el niño, así como factores de los servicios de salud (falta de vacuna o de proveedor, cambios en las fechas programadas para las campañas de vacunación) (Monterth et al , 1987, PCI, 1988, Boerma et al , 1990, Mustard et al , 1992, Goldman y Pebley, 1994)

El conocimiento sobre la edad y la frecuencia en la cual cada vacuna debe ser administrada, el nombre de cada vacuna, la razón por la cual es importante la vacuna, los efectos secundarios y sus adecuadas medidas de tratamiento, es limitado en la mayoría de las áreas mayas Existen algunas excepciones a esto, por ejemplo, en San Lorenzo, San Marcos (Enge y Hewes, 1988, Enge et al , 1988)

La creencia de que las vacunas pueden esterilizar no es generalizada entre la población maya, sin embargo, en una comunidad en Quiché esta creencia aún es común (Enge y Hewes, 1988) Otras barreras están relacionadas con el hecho de que las inmunizaciones en Guatemala usualmente están disponibles solamente a través del gobierno o clínicas privadas y se asocian exclusivamente con las ideas biomédicas de la transmisión de enfermedades y el sistema inmunológico Existe una contradicción entre las ideas subyacentes a la inmunización y los conceptos locales sobre las causas y la prevención de las enfermedades Las inyecciones se administran cuando una persona está enferma, no cuando está sana, las inyecciones curan rápido las vacunas causan reacciones que pueden poner al niño temporalmente enfermo o irritable La reacción a la vacuna es muy temida por las madres y es quizás el mayor impedimento para la inmunización de los niños El uso terapéutico de las inyecciones es más ampliamente entendido y aceptado que la inmunización (PCI, 1988; Mata Gamarra et al , 19 , Pebley y Goldman, 1992, Goldman y Pebley, 1994, Hurtado et al , 1997)

Conducta deseable: Las mujeres deberían recibir un esquema completo de vacunación con toxoide tetánico

Entre la población maya, solo un pequeño porcentaje de mujeres embarazadas ha recibido una vacuna tetánica Mejorar estos números es complicado por las barreras culturales y de lenguaje Mientras que un gran número de mujeres mayas no habla el español, es raro encontrar un trabajador en salud formalmente capacitado que pueda comunicarse en los idiomas mayas locales Además, la mayoría de partos son atendidos por comadronas tradicionales, muchas de las cuales son analfabetas y desconocen los procedimientos básicos de esterilización Además, ellas no están incluidas en la estrategia del programa nacional de inmunización y por lo tanto, no se les provee de toxoide tetánico para inmunizar a las mujeres bajo su cuidado Aunque las mujeres son muchas veces referidas a los servicios públicos de salud, generalmente no completan la serie de inmunización En Totonicapán, las pacientes no aceptan las vacunas anti-tetánicas porque creen que las inyecciones sirven para esterilizarlas (Ward y Newman, 1990, Nicolaidis, 1993) (ver Tablas 14 A y B)

VII. PRÁCTICAS DE LOS TRABAJADORES EN SALUD

Cuando se busca atención fuera del hogar, hay varios tipos de recursos de salud que la población puede utilizar. Estos recursos son percibidos por la gente como una variedad de opciones entre las cuales pueden escoger. La mayoría del uso es secuencial, pero también puede ser simultáneo, como se mencionó previamente. Los proveedores de salud disponibles para las familias son tanto



del sistema de salud tradicional/popular/informal como del sistema biomédico/moderno/formal, sin embargo, su disponibilidad y accesibilidad varía en relación a la comunidad (aldea o pueblo). Las decisiones respecto a estas opciones de tratamiento se basan en múltiples factores, incluyendo la naturaleza y gravedad de la enfermedad (Hurtado y Esquivel, 1986, Cominsky, 1987, Scrimshaw y Hurtado, 1988, Ward et al., 1989, Ramírez y Mazariegos, 1993)

Las opciones que tienen las familias cuando buscan atención son las tiendas, farmacias, inyeccionistas, curanderos tradicionales, comadronas, promotores de salud y proveedores biomédicos públicos o privados. Las tiendas se usan para comprar los fármacos utilizados en la preparación de los remedios caseros. Las farmacias se utilizan para comprar medicinas y obtener orientación. Cuando se requieren inyecciones como parte del tratamiento, se busca a los inyeccionistas. Los curanderos tradicionales y las comadronas se buscan más que todo para las enfermedades "folk" tales como "mal de ojo", "mollera caída", "estómago caído", lombrices estomacales y "susto", ya que ellos tienen remedios específicos para estos males que van de acuerdo con las expectativas culturales (baños, pasar el huevo, etc.). A los promotores de salud se les busca principalmente cuando se necesita un consejo, ya que ellos generalmente carecen de recursos curativos (Hurtado y Esquivel, 1986, Scrimshaw y Hurtado, 1988, Valverde, 1988, Ward et al., 1989, Ramírez y Mazariegos, 1993; Díaz et al., 1995, Hurtado et al., 1997, Valverde et al., 1997) (ver Figura 5)

Cuando los niños están seriamente enfermos, la mayoría de los padres usualmente los llevan a los centros o puestos de salud o a un proveedor privado, siempre y cuando las familias tengan los recursos para pagar por la consulta y el tratamiento. Como se mencionó previamente, los médicos son realmente la alternativa preferida para tratar a los niños con IRA y muchas madres dicen que consultan los servicios públicos de salud, aunque tengan que comprar las medicinas en la farmacia, solamente porque no tienen los recursos económicos para ir a un médico privado (Elder y Córdón, 1994; Goves y Pelto, 1994, Sáenz de Tejada, 1995, Sáenz de Tejada, 1996, Hurtado et al., 1997)

FIGURA 5
OPCIONES DE TRATAMIENTO Y FACTORES QUE AFECTAN LA TOMA DE DECISIONES SOBRE ATENCION DE SALUD

Recurso	Hogar	Tienda	Curandero	Inyeccionista	Farmacéutico	Puesto de salud	Clínica privada	Médico privado	Hospital
Fé en los remedios	Hierbas Medicinas "simples" manufacturadas		Masajes de hierbas	Inyecciones	Medicinas manufacturadas				
Enfermedad	Enfermedades "comunes" dolor de cabeza, dolor de estómago, catarro, diarrea, infecciones oculares		Enfermedades populares mal de ojo, estómago caído, mollera caída, lombrices estomacales	Enfermedades respiratorias gripe, catarro pulmonar, tos pulmonar	Diarrea, lombrices estomacales, enfermedades respiratorias	Catarro, fiebre, disentería	Diarrea, disentería, enfermedades respiratorias	Enfermedades desconocidas, infecciones de la piel, enfermedades respiratorias	Accidentes, emergencias
Gravedad	No seria ----- (*) ----- () ----- Muy seria								
Costo	Menos caro ----- () ----- () ----- Más caro ()								
Toma de decisiones	Parientes ----- de la madre ----- y/o ----- (mujer anciana ----- vecinos ----- que sabe) ----- Esposo ----- () -----								

(Hurtado y Esquivel, 1986)

La consulta en los servicios públicos de salud puede implicar menores gastos, pero existen otras barreras que hacen difícil su acceso y uso. De acuerdo con la literatura revisada, el uso de los servicios públicos de salud está influenciado por factores socioculturales, económicos y del propio programa de salud (Ward, 1991, Martínez, 1995)



Los principales factores socioculturales que contribuyen a la subutilización de los servicios de salud están relacionados con los siguientes aspectos. En primer lugar, los mayas tienen diferentes percepciones de la etiología, clasificación y tratamiento apropiado para muchas enfermedades. También tienen altas expectativas y confianza en la efectividad y rápidos resultados de los fármacos. En segundo lugar, mientras que las mujeres mayas son principalmente las responsables del cuidado de los niños y son las que proveen el tratamiento cuando estos se enferman, los hombres juegan un papel importante respecto a la toma de decisiones en cuanto al uso de los servicios de salud. En tercer lugar, las

discrepancias en cuanto a los indicadores de salud y el uso de los servicios de salud están íntimamente relacionadas con el bajo nivel educacional entre los mayas. Además, existe una falta de confianza entre los mayas respecto a las motivaciones de los proveedores de salud y consecuentemente, de los programas de salud (Ward, 1991, Martínez, 1995).

Varios estudios han sugerido que aunque los factores socioculturales afectan las decisiones respecto al uso de los servicios de salud, los factores económicos juegan un papel importante en la decisión de cuál servicio utilizar, sin embargo, este aspecto no ha sido suficientemente estudiado (Ward, 1991)

Los principales factores relacionados con los programas de salud que inciden en el uso y aceptación de los servicios de salud están relacionados con el acceso, provisión de los servicios, información, competencia técnica y relaciones interpersonales. El acceso dificultoso a los servicios, incluyendo la distancia, costo de los servicios, transporte, pérdida de tiempo en el trabajo, cuidado de los otros niños y el tener que comer fuera del hogar, inciden sobre la utilización de los servicios de salud (Ward, 1991, Hurtado et al., 1994, Martínez, 1995)

Aspectos relacionados con la provisión de servicios, incluyendo la falta de recurso humano y material, horario de servicio no digno de fiar, los largos períodos de espera para la obtención de servicios, horarios incoherentes con las necesidades locales, también influyen en el uso y aceptación de los servicios de salud (Ward, 1991, Hurtado et al., 1994, Martínez, 1995, Barrios et al., 1996, Sáenz de Tejada, 1996, Valverde et al., 1997, Hurtado et al., 1997)

La competencia técnica es frecuentemente percibida como muy baja. Algunas de las fallas en la comprensión y destrezas de los proveedores de salud provienen de la falta de políticas, normas o lineamientos claros, consistentes, y fáciles de usar. Las normas que existen están dispersas entre

un gran número de documentos y formatos diferentes y no hay un recurso único y unificado el cual un proveedor pueda estudiar, consultar para referencias rápidas o seguir para el manejo explícito de casos (Enge y Harrison, 1988, Mustard et al , 1992, Martínez, 1995, Hurtado et al , 1997)

Las malas relaciones interpersonales entre el proveedor y el cliente, acentuadas por la falta de respeto hacia la cultura maya e insensibilidad hacia las realidades de la población rural maya mostrada por muchos proveedores "ladinos", es un factor importante que afecta el uso y aceptación de los servicios de salud Además, las relaciones están limitadas por la falta de personal maya o que hable los idiomas mayas en los servicios de atención de salud materno infantil Este factor influye de dos maneras primero, falta de comprensión debido al idioma, segundo, falta de confianza en relación con la motivación de los proveedores no-mayas (Ward, 1991, Mustard et al , 1992, Pebley y Goldman, 1992, Hurtado et al , 1994, Goldman y Pebley, 1994, Martínez, 1995, Barrios et al , 1996, Sáenz de Tejada, 1996, Hurtado et al , 1997)

Conducta deseable: Explicar claramente y confirmar que la madre comprenda lo que se está haciendo y lo que deberá hacer en el hogar

Tanto la comunicación lingüística como la técnica son deficientes, ya que los proveedores se niegan y no son capaces de dar explicaciones comprensibles del diagnóstico y el tratamiento La información que los proveedores dan a las madres es mínima, no dan explicaciones en relación a sus problemas de salud y los términos que utilizan no son comprensibles El idioma es otra barrera, ya que el personal de salud raramente habla otro idioma además del español, aún en las áreas predominantemente mayas, haciendo difícil la comunicación con los pacientes mayas (Ward, 1991, Pebley y Goldman, 1992, Goldman y Pebley, 1994, Hurtado et al , 1994, Martínez, 1995, Barrios et al , 1996, Sáenz de Tejada, 1996, Valverde et al , 1997, Hurtado et al , 1997) (ver Tablas 16 A y B)

Conducta deseable: Tratar a la gente con respeto y de manera amigable

Las relaciones interpersonales muchas veces son inadecuadas Los pacientes mayas son algunas veces sujetos a comportamientos discriminatorios, o a comentarios de desaprobación por el personal de las clínicas Muchas de las madres se quejan de que no las tratan bien, de que la mayoría del personal de salud es poco amable o amistoso e irrespetuoso (Goldman y Pebley, 1994, Hurtado et al , 1994, Martínez, 1995, Barrios et al , 1996, Valverde et al , 1997, Hurtado et al , 1997) (ver Tablas 15 A y B del anexo)

VIII. CANALES DE COMUNICACIÓN

Como ha sido sugerido por algunos, los medios de comunicación masivos son considerados ineficientes en las áreas rurales, especialmente entre las poblaciones mayas. Áreas tales como Totonicapán, Sololá y Quetzaltenango son menos accesibles estos medios, menos receptivos a mensajes en español y están más aisladas en términos geográficos y culturales (The Pragma Corporation, 1988). Sin embargo, también existe información que indica que la radio es un canal de comunicación apropiado para comunicarse con la población "meta" en Guatemala. Tres quintas partes de la población oyen radio diariamente y la radio tiene el potencial de alcanzar al menos la mitad del sector más pobre del país. De acuerdo con algunos, desde el punto de vista técnico, únicamente se pueden justificar los programas en español (y no en idiomas mayas), ya que el 97% de la población meta escucha los programas en español, sin embargo, otros sugieren que las estaciones locales de radio que transmiten mensajes en los idiomas locales son mejores (Ghidinelli, 1988, Hornik et al , 1989, Ward et al , 1989, Hurtado et al , 1996)

La información revisada refleja que se le debería dar énfasis a una estrategia de comunicación con un flujo de dos vías la cual utilice canales de comunicación local para reforzar los mensajes de los medios masivos. En este proceso de dos vías, la información detallada y específica de la comunidad y las estrategias motivacionales hacen que los mensajes de salud sean más relevantes para la audiencia meta local. Una mayor conciencia es creada y hay más posibilidades de que la comunidad acepte el mensaje y tome acciones para adoptar la práctica de salud. El segundo paso en esta estrategia de dos vías incluye la utilización de medios con una base comunitaria y canales de comunicación tales como recursos humanos y redes para coordinar y diseminar localmente los mensajes de salud. Los recursos humanos pueden incluir maestros, estudiantes, padres, proveedores tradicionales de salud, farmacéuticos, vendedores de medicinas, alcaldes auxiliares, grupos de laborales, líderes religiosos y ayudantes. Los medios locales pueden incluir funciones de títeres, altoparlantes, pregoneros, producciones de cine, casetes para grabadoras, videos, cintas para radio, sociodramas, eventos deportivos, juegos, funciones de música y teatro, carteleras, banderines, cartas, boletines, afiches, invitaciones, mantas, postales, gorras, listones, brazaletes y calcomanías. Se deben desarrollar diferentes combinaciones de los medios y se deben desarrollar y probar diferentes combinaciones de los medios para determinar quién tiene el mayor alcance y efecto (Fernández et al , 1977, Abrams et al , 1979, AED, 1985, The Pragma Corporation, 1989, Elder y Córdón, 1994, Orgaz, 1996, Hurtado et al , 1997)

Existen muchas oportunidades para utilizar la radio para las programaciones de salud en Guatemala. La radio oficial, Radio Estatal, cubre casi totalmente al país. Es administrada por el Ministerio de Comunicaciones y consiste de una cadena de estaciones de radio en diferentes departamentos. Tanto las organizaciones católicas como evangélicas y las ONGs poseen estaciones no lucrativas privadas de radio, la mayoría de las cuales son pequeñas y locales con menos de un 1Kw. Algunas estaciones no lucrativas son en realidad radio altoparlantes que funcionan en los días de mercado para la audiencia de las plazas, por altoparlantes. Aproximadamente 120 estaciones de radio comerciales operan tanto en las bandas FM como en las AM. La mayoría de las estaciones FM están en las ciudades. Algunas estaciones FM y AM

operan en cadenas o redes. Los precios para las cuñas de servicio público en las estaciones de radio comerciales varían ampliamente dependiendo del tamaño de la audiencia. La mayoría de las estaciones de radio no lucrativas transmiten anuncios de servicio público sin costo alguno. En ciertos casos, las compañías comerciales tales como Colgate, hacen donaciones en efectivo o en especie para apoyar los anuncios de servicio público y las campañas (Fox, 1996)

La comunicación interpersonal a nivel individual o de grupo es preferida por los mayas, especialmente aquella que involucra a personas de la misma comunidad, por ejemplo, pláticas educativas participativas, visitas a las casas, demostraciones, pruebas o prácticas (The Pragma Corporation, 1988, Ward et al , 1989, Hurtado et al , 1996, Hurtado et al , 1997)

Las comadronas y los trabajadores de las farmacias, son vistos como buenas fuentes de información. Frecuentemente se busca a las comadronas especialmente en caso de niños muy pequeños y las farmacias se visitan para recibir orientación, adquirir productos e información. Las comadronas también se consideran como la audiencia primordial en programas de educación relacionados con prácticas de alimentación infantil. Su influencia sobre las decisiones maternas acerca de las prácticas de alimentación infantil durante el período postnatal temprano, especialmente aquellas relacionadas con la alimentación preláctea, se refleja claramente en la literatura revisada (Vielman y Hurtado, 1986, Ward et al , 1989)

Como se ha sugerido, los mensajes deberían ser desarrollados luego de buscar y observar la vida cotidiana y ocupacional local para encontrar parábolas sociales para formar una estrategia de mensajes. Por ejemplo, las historias locales, los dichos populares o las enseñanzas sobre agricultura, silvicultura o crianza de animales podrían tener paralelos que podrían adaptarse como estrategias de mensajes para la educación en salud sobre inmunizaciones, TRO, IRA u otros servicios de salud. Si se desarrollan partiendo de las creencias locales, estos mensajes educativos en salud podrían entenderse mejor y llevar a una mayor aceptación y a la práctica regular (The Pragma Corporation, 1989) (ver Tabla 17 A)

Los doctores se mencionan con mayor frecuencia como la mejor fuente de comunicación, sin embargo, otros comentarios indican que los mayas no tienen confianza en los doctores para el tratamiento de todas las enfermedades. Por otro lado, las fuentes más aceptables de comunicación son las mujeres de edad media, que hablan el idioma local maya y tienen conocimiento y experiencia, por ejemplo, las comadronas, madres o suegras, ya que las ancianas son respetadas por su experiencia (Villatoro Paniagua, 1986, Ward et al , 1989, Rivera, 1991, Hurtado et al , 1996)

El uso de metodologías educativas complementarias fue sugerida, por ejemplo, el uso de canciones conocidas por la población en la producción de "jingles". También se recomendó contactar a personas que ya tienen una red o cadena, dado el difícil acceso a muchas comunidades pequeñas en el país, por ejemplo, las empresas que producen bebidas carbonatadas que tienen una gran distribución y redes de promoción, podrían utilizar estrategias similares para transmitir mensajes de salud (Enge y Hewes, 1988)

IX. CONCLUSIONES

En Guatemala, existe una considerable variación respecto a cuándo iniciar la lactancia materna. Algunas mujeres inician la lactancia inmediatamente después del parto, pero otras esperan desde una hora hasta tres días para iniciarla. En muchos casos, la alimentación del recién nacido se inicia con sustancias prelácteas, las cuales se ofrecen por razones culturales o medicinales. Las creencias maternas, los factores relacionados con "la bajada" de la leche y el conocimiento limitado son algunas de las principales barreras que influyen sobre las prácticas adecuadas de alimentación de los recién nacidos.

Aunque la mayoría de las madres amamanta a sus niños, la lactancia exclusiva no es una práctica predominante. Generalmente, las madres les dan a sus hijos "aguitas", utilizando biberones o cucharas. Si las condiciones higiénicas no son adecuadas, puede producirse diarrea. Las principales motivaciones para no dar lactancia exclusiva son las percepciones maternas sobre la calidad y cantidad de su leche y los consejos dados por otras personas. Por otro lado, las madres mayas continúan amamantando a sus hijos por largo tiempo, interrumpiendo solamente en casos especiales, tales como un nuevo embarazo, enfermedad del infante o de la madre y problemas físicos con la producción de la leche. Ciertos factores emocionales que afectan a las madres, tales como el "susto" o el "enojo", también pueden llevar a una interrupción temporal de la lactancia. Un aspecto interesante identificado es que las madres algunas veces destetan primero a sus hijos varones, ya que creen que los varones las pueden debilitar, mientras que las niñas son más frágiles y no pueden desgastarlas.

Un buen porcentaje de madres mayas inician la alimentación complementaria tarde, dentro de un período que varía entre los 6 y los 9 meses de edad. De la misma manera, media vez los alimentos han sido introducidos, el período de transición hasta que el niño come lo mismo que el resto de la familia es prolongado, concluyendo a los 3 años de edad. Esta práctica, además de la deficiente cantidad y calidad nutricional de los alimentos ofrecidos, restringe la dieta de los niños pequeños. Los principales factores que influyen en esta conducta son culturales, económicos y sociales (falta de conocimiento materno sobre mezclas de alta calidad).

Durante las enfermedades, la ingesta de alimentos se reduce. Esto sucede principalmente por el hecho de que un niño que está enfermo no quiere comer o no acepta la comida. Las madres saben que deberían continuar alimentando, pero no insisten. Generalmente, la lactancia no se interrumpe y la administración de líquidos se continúa tanto en caso de diarrea como de IRA. Por otro lado, la ingesta alimentaria es inadecuada, afectando el estado nutricional del niño y contribuyendo a aumentar el déficit. Factores culturales influyen en esta práctica, ya que algunas madres creen que la leche materna o ciertos alimentos pueden empeorar la enfermedad.

Existe incompatibilidad entre los modelos de salud-enfermedad maya y el biomédico, lo cual conlleva a diferentes interpretaciones de las causas, signos y síntomas asociados con una enfermedad. Por lo tanto, los signos de peligro son con frecuencia subestimados, produciendo retraso en la búsqueda de atención.

Por otro lado, se da una práctica generalizada de proveer remedios caseros al niño enfermo. Consecuentemente, hay un retraso considerable en la búsqueda de atención de salud, independientemente de las causas atribuidas a la enfermedad o de los recursos económicos de la familia. Además, el uso de fármacos o medicinas sin receta u otro control adecuado, permite la utilización inadecuada de estos productos. Esto hace difícil el tratamiento y produce gastos innecesarios.

Aunque el tratamiento casero de la diarrea implica una cantidad considerable de líquidos, esto no garantiza la prevención de la deshidratación. Las SRO no son comúnmente usadas por las madres, generalmente porque éstas no alivian los síntomas de la diarrea. Otros factores que influyen en el uso del TRO son falta de promoción, disponibilidad y conocimiento.

El buscar atención no es una práctica universal. En relación con la diarrea, las madres buscan atención sólo cuando los remedios caseros no son efectivos o el niño empeora. Los principales factores identificados que afectan esta conducta son limitado reconocimiento de los signos de peligro y la subestimación de algunos de ellos. Respecto a las IRA, las madres buscan atención con más frecuencia que con la diarrea. Sin embargo, esta atención no se busca a tiempo. Así como con la diarrea, el primer paso en el tratamiento de las IRA es dar remedios caseros, incluyendo medicamentos auto-recetados. Usualmente las madres esperan entre 1-5 días para buscar atención y cuando lo hacen, su preferencia son los proveedores privados.

La vacunación no es una práctica universal en los niños y sus madres. No siempre se lleva a los niños a los servicios de salud para control ni las madres asisten a control prenatal, por lo tanto, no muchos tienen un esquema completo de vacunación. Algunas de las principales razones para esto se relacionan con factores geográficos, institucionales y sociales. Las creencias maternas sobre las vacunas, probablemente son el principal impedimento para la inmunización infantil.

La información existente sugiere que hay algunos proveedores de salud que son discriminadores, irrespetuosos, poco amistosos o amables. Esto se da probablemente por las percepciones y prejuicios respecto a los grupos étnicos y clases sociales. La barrera del lenguaje también fue identificada como un problema importante, además de los factores institucionales, tales como poca motivación y sobrecarga de obligaciones. Así mismo, algunos proveedores no explican el diagnóstico y el tratamiento o no escuchan a sus pacientes. Además de las restricciones anteriormente mencionadas, a algunos proveedores les falta interés en escuchar y explicar y subestiman la habilidad de las madres para entender.

De acuerdo con esta revisión, hay muchos obstáculos que sobrepasar al enfrentar los problemas de atención primaria en salud de la población maya. Las principales restricciones para mejorar las prácticas de salud involucran factores culturales, sociales, geográficos, económicos, biológicos e institucionales. Por lo tanto, estos factores deberían ser tomados en cuenta al formular intervenciones educativas eficientes y adecuadas.

X. RECOMENDACIONES

Existe una amplia diferencia cultural entre la población maya y los servicios formales de salud, producida por diferentes visiones del mundo, por los cuales se conceptualizan de diferente manera la salud y la enfermedad. Todas las intervenciones de salud, incluyendo la provisión de atención, estrategias, mensajes, materiales y cualquier otra actividad encaminada a mejorar las conductas de salud deberían ser diseñadas y realizadas tomando en cuenta estas consideraciones etno-psicológicas.

Una de las mayores barreras para mejorar la salud en la población maya es la variedad de idiomas hablados en el país. Se ha sugerido que todas las actividades dirigidas a la población maya deberían ser diseñadas y realizadas dando atención especial a las consideraciones lingüísticas.

Idealmente, tanto la barrera del lenguaje como la diferencia cultural entre la población maya y los servicios formales de salud podrían ser eliminados si los servicios en las comunidades mayas fueran "indigenizados". En otras palabras, todo el personal de salud en estas áreas debería provenir de la comunidad y ser capaz de hablar el idioma local. Sin embargo, este proceso de "indigenización" sólo puede ser implementado a largo plazo.

No obstante, a corto plazo, los "ladinos" que trabajan en áreas mayas podrían familiarizarse con el modelo local de salud-enfermedad, por medio de capacitaciones basadas en la literatura existente sobre el tema e intercambiando ideas y experiencias con la población local. Como sugerencia, las personas involucradas en actividades de salud podrían reunirse y yuxtaponer una clasificación local con la *nosología* biomédica, encontrar bases comunes para la comunicación y familiarizarse con la *etnoclasificación*. Asimismo, podría promoverse el respeto por las normas, valores y conductas locales, especialmente entre los proveedores de salud.



El marco conceptual de Bruce para evaluar la calidad de la atención (1990) incluye diferentes elementos. Algunos de estos elementos, tales como la información dada a los clientes, la capacidad técnica del personal, las relaciones interpersonales, y los mecanismos que aseguren la continuidad y la apropiada o conveniente organización de los servicios, no son siempre los mejores en los servicios públicos de salud. Como se sugiere en la literatura revisada, el personal de los servicios de salud frecuentemente no habla el idioma local, su modelo de salud-enfermedad es diferente al modelo local, son discriminadores, poco amables y amigables y su capacidad y competencia es muchas veces poco satisfactoria. Deben realizarse esfuerzos para mejorar la competencia clínica de los proveedores de salud, pero ante todo, sus relaciones interpersonales.

Antes de iniciar una estrategia de comunicación, los servicios públicos de salud deberían revisar algunos aspectos críticos, tales como la adecuada provisión de antibióticos, para responder a la demanda creada por los programas promocionales, especialmente respecto a las IRA

De acuerdo con la literatura revisada, el sector privado es el mayor proveedor de servicios de atención en salud, especialmente para las IRA. Estos proveedores deberían también ser capacitados para que puedan seguir los principios del manejo estándar de casos

Una de las prácticas en el hogar de salud relacionadas con el tratamiento del niño enfermo, involucra el uso de fármacos y otras medicinas compradas en la farmacia. Actualmente, los trabajadores de las farmacias tienen conocimiento limitado o inadecuado sobre diferentes enfermedades y sus tratamientos. Idealmente, ellos deberían recibir información acerca de los problemas prevalentes de salud y su manejo en el contexto de las actividades de atención primaria en salud. Por ejemplo, podría proveerse capacitación para poder vender en las farmacias SRO para el tratamiento de la diarrea infantil en lugar de antidiarréicos, antibióticos y otros medicamentos utilizados actualmente

Todas las actividades realizadas a nivel local deberían ser participativas. Los proveedores de salud tradicionales/no-formales y los biomédicos/formales, las autoridades municipales y los líderes, deberían ser tomados en cuenta ya que son respetados y la gente local tiene confianza en ellos. Ellos deberían estar involucrados a lo largo de todo el proceso para asegurar su aceptación y sostenibilidad a largo plazo. El enfoque participativo debería incluir también a representantes de los sectores agrícola, industrial, religioso y otros sectores que trabajen en la comunidad

Entre las actividades participativas, podría implementarse un diagnóstico en salud a nivel de la comunidad. Las personas mismas podrían intentar la identificación de familias de alto riesgo (por desnutrición, morbilidad y mortalidad infantil, mala higiene) utilizando indicadores socioeconómicos y psicosociales localmente percibidos/definidos. Entonces estas familias podrían recibir, una más intensa consejería, monitoreo y apoyo por parte de la comunidad

En la cultura maya, las mujeres son las principales proveedoras de atención en salud en el hogar. Esta responsabilidad es solo una de las múltiples obligaciones que tienen en el cuidado de la familia. Se podrían promover proyectos enfocados en mejorar las condiciones de las mujeres, tales como reducción del tiempo que pasan realizando tareas hogareñas e incrementar sus recursos (introducción de agua, proyectos de producción y generación de ingresos). Parte del tiempo libre de las mujeres podría entonces ser utilizado en actividades relacionadas con salud. Mientras tanto, podría sacarse ventaja de las actividades en las que las mujeres se reúnen (lavar ropa, moler maíz, sacar agua, etc.) para llevar a cabo intervenciones educativas

Se podrían promover grupos de apoyo para mujeres para componentes específicos de salud, sacando provecho de las organizaciones existentes. Esta actividad es innovadora y de acuerdo con la experiencia, es aceptada por las mujeres mayas. Estos grupos podrían ser el foco de un intercambio de experiencias y conocimientos entre las mujeres y el personal del proyecto

Las actividades educativas deberían estar orientadas hacia el mejoramiento de las prácticas de atención en salud. La capacitación de las madres sobre los diferentes temas, podría considerar la introducción de nuevos conceptos y el reforzamiento de las prácticas y conocimientos actuales identificados como adecuados. Los hombres también deberían estar involucrados en las actividades educativas relacionadas con temas específicos, especialmente respecto a las prácticas de prevención y de búsqueda de atención.

Las visitas a las casas son una herramienta efectiva para reforzar conductas específicas, para detectar casos, monitorearlos y referirlos. Podrían programarse visitas periódicas para cada componente incluido en la estrategia. Los promotores, las comadronas y otros voluntarios de salud podrían involucrarse en esta actividad, después de una apropiada capacitación.

La información revisada sobre prácticas de prevención de salud no es muy extensa y se centra principalmente sobre prácticas en el lavado de manos. Por lo tanto, las intervenciones educativas deberían incluir mensajes de prevención de la salud, promoviendo el correcto lavado de manos de las madres y los niños pequeños antes de comer, antes de preparar los alimentos antes de ofrecer comidas o alimentar al niño con las manos y de ser posible, después de usar la letrina o de cambiar pañales.

Aunque parte de la información existente sugiere que los medios masivos de comunicación no tiene una amplia penetración en las áreas más remotas del altiplano, se podrían ofrecer materiales pre-grabados en los idiomas locales con mensajes sobre las mismas conductas clave a las estaciones locales de radio. Estos podrían también ser utilizados en altoparlantes en los mercados, iglesias, escuelas y salas de espera de los servicios de salud para que puedan penetrar lentamente a través de otros canales de comunicación, además del canal de comunicación interpersonal.

Se podría ofrecer materiales educativos y capacitación a los promotores de salud, comadronas, monitores y otras personas a nivel local para dar mensajes educativos sobre un número limitado de conductas clave a nivel familiar en el idioma local. Las comadronas serían las más indicadas para implementar la iniciación inmediata de la lactancia materna y para ofrecer mensajes sobre la lactancia materna exclusiva.

Además de las madres, las comadronas podrían también ser la audiencia primaria en los mensajes dirigidos a desalentar el uso de la alimentación preláctea. La influencia de las comadronas sobre las decisiones maternas acerca de las prácticas de alimentación del niño durante el período post-natal temprano está claramente documentado.

XI. BIBLIOGRAFÍA

Abrams L, AG DeRothkegel, F Bialosciewicz (1979) "Health educators on stage", en **World Education Reports** Sep,20 8-10

Academy for Educational Development (AED) Clearinghouse on Development Communication (1985) **Beyond the flipchart: three decades of development communication** Washington DC, AED, Clearinghouse on Development Communication 1v, 40 p

Anderson JE (1979) **Use of model breastfeeding schedules with Contraceptive Prevalence Survey data** Working Paper Atlanta, Georgia, Center for Disease Control 11 p

Asociación Toto Integrado (ATI) y Gruppo per le Relazioni Transculturali (GRT) (1995) **Salud y enfermedad en la comunidad Maya K'iche' (Municipio de Totonicapán, Guatemala, C.A.)** Guatemala, ATI, GRT

Barriga P (1994) **Strengthened research activities for the development of an IEC strategy for the Guatemalan National ARI Program** Arlington, Virginia, BASICS

Barrios E, E Hurtado, S Juárez, E Sáenz de Tejada, Y Velásquez, V Velásquez (1996) **Aspectos importantes en relación a la provisión de servicios de salud modernos** Informe final Guatemala, INCAP

Blanco RA (1989) "Conceptos del personal de salud sobre el manejo de la diarrea aguda", en **Boletín Médico del Hospital Infantil de México** Feb,46(2) 94-101

Boerma JT, AE Sommerfelt, SO Rutstein, G Rojas (1990) "Immunization levels, trends and differentials", en **Demographic and Health Surveys Comparative Studies** No 1 Colombia, Maryly, Institute for Resource Development/Macro Systems

Bourgey A y F Pol Morales (1997) **El hombre, una familia simbólica. Ensayo de etnofisiología Maya-K'iche'** Presentación oral en el "VI Congreso Italo-Latinoamericano de Etnomedicina" Antigua Guatemala, Octubre 6-10, 1997

Breeuwer NAM (1984) **Creencias y costumbres de las madres lactantes del Departamento de Chimaltenango, Guatemala en relación a la alimentación del niño** Tesis presentada a la Escuela de Nutrición Guatemala, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá

Brown KH (1988) **Review of studies related to the nutritional management of diarrhea. Technical Assistance to the Oral Rehydration Therapy, Growth Monitoring, and Education Project at the Nutrition Institute for Central America and Panama (INCAP).** Virginia, PRITECH

- Burleigh E (1989) **Study of persistent diarrhea** Guatemala, INCAP, PRITECH
- Chávez Barillas EE (1986) **Creencias y actitudes en la alimentación del niño de 1 a 4 años** Tesis Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas
- Cosminsky S (1987) "Women and health care on a Guatemalan plantation", en **Soc. Sci. Me.**, Vol 25, No 10 1163-1173
- Del Pinal JH (1981) **Breastfeeding and infant mortality in Guatemala** Sin publicar Presentado en el "50th Annual Meeting of the Population Association of America", Washington DC, Marzo 26-28, 1981 19 p
- Delgado HL, V Valverde, JM Belizan, RE Klein (1981) "Faltering growth and human milk", en **Lancet** Mar 14,1(8220) 612
- Díaz E, S Esrey, E Hurtado (1995) **Social and biological impact following the introduction of household piped water in rural Guatemala** Reporte Técnico Final Guatemala, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
- Elder JP y O Cordón (1994) **Incentives for and barriers to the adoption of standard case management procedures for pneumonia among Guatemalan Physicians** BASICS Trip Report
- Enge KI y S Hewes (1988) **Rehidratación oral e inmunizaciones: El papel del promotor de salud rural en Guatemala** PRITECH
- Enge KI, S Hewes de Calderón, WR Adams, E Lemus, L de León, C Martínez, B Newman, O Reina, N Orellana, R Valladares (1988) **Oral rehydration and immunization: the role of the rural health promoter, Guatemala** Arlington, Virginia, Management Sciences for Health, Technologies for Primary Health Care (PRITECH).
- Enge KI y PF Harrison (1988) **Maternal-child health providers in Guatemala. Knowledge, attitude, and practices. Research findings and suggestions for application** PRITECH Report
- Fernández S, RD Colle, J Glattbach (1977) "Communication at the pila", en **Cycle**, 1977 1-16
- Fox E (1996) **Basics' communication and behavior change activities in Guatemala** Guatemala, BASICS
- Goldman N y AR Pebley (1992) **Health cards, maternal reports, and the measurement of immunization coverage in Guatemala** Office of Population Research Working Paper No 92-7 Princeton, New Jersey, Princeton University, Office of Population Research

Goldman N y AR Pebley (1994) "Childhood immunization and pregnancy-related services in Guatemala", en **Health Transition Review**, Vol 4, No 1, p 29-44

Gove S y GH Pelto (1994) "Focused Ethnographic Studies in the WHO Programme for the Control of Acute Respiratory Infections", en **Medical Anthropology** Vol 15, pp 1-16

Ghidinelli A (1986) "El sistema de ideas sobre la enfermedad en Mesoamérica", en **Tradiciones de Guatemala**, Fascículo 25-26

Ghidinelli A (1988) **Marco teórico general para la producción de material educativo en aspectos de salud y nutrición dirigidos a población rural** Guatemala, Instituto Guatemalteco de Estudios Transculturales

Gussler JD, MA Woo-Lun, NM Smith (1984) **The international breast-feeding compendium** Third edition Volume 2 of 2 The Western Hemisphere Columbus, Ohio, Ross Laboratories 358 p

Hornik R, O Marroquín, N Morris, J Romero, K Wilkins, S Zimicki (1989) **Guatemala baseline survey: basic tables and implications for strategy** Working Paper No 104 Pennsylvania, University of Pennsylvania, Center for International Health and Development Communication USAID Contract No DPE-1018-C-00-5036-00

Hurtado JJ (1983) "Cultural determinants of food selection", en "Malnutrition determinants and consequences Proceedings of the Western Hemisphere Nutrition Congress VII", realizado en Miami Beach, Florida, Agosto 7-11, 1983 **Current Topics in Nutrition and Diseases**, Vol 10G

Hurtado E, B García, B Arévalo (1985) **Informe estudio sobre factores que influyen en el manejo alimentario del niño con diarrea**. Guatemala, INCAP, OPS

Hurtado E y E Villatoro (1985) **Informe final de la investigación etnográfica sobre algunos aspectos de salud y nutrición en una comunidad de Huehuetenango** Guatemala, Centro de Estudios Folclóricos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, INCAP, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Hurtado E y A Esquivel (1986) "La medicina tradicional en el tratamiento de las enfermedades populares en una comunidad indígena de Guatemala" **Tradiciones de Guatemala**. 25 101-102

Hurtado E (1989) "La lactancia materna en la etiología de la diarrea", en **Archivos Latinoamericanos de Nutrición** Vol XXXIX, No 3 Guatemala, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá

- Hurtado E, E Sáenz de Tejada, C Valverde (1994) **Diseño de actividades contra la deficiencia de la Vitamina A en Guatemala** Nueva York, VITAP-Helen Keller International, The International Eye Foundation
- Hurtado E, C Valverde, E Sáenz de Tejada (1994) **Estudio cualitativo de la atención de salud en tres departamentos de Guatemala** Informe final Guatemala, Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo
- Hurtado E, E Bocaletti, C González, N Newton, R Pareja, S Lemus, M De León (1996) **Desde la comunidad: Percepción de las complicaciones maternas y perinatales y búsqueda de atención** Guatemala, MotherCare, MSPAS, USAID
- Hurtado E y ER Calderón (1997) **Investigación formativa cualitativa sobre prácticas ideales PSAN/CARE** Informe final Guatemala, CARE
- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (1987) **Compilación bibliográfica No. 11 sobre control de enfermedades diarreicas** Guatemala, INCAP
- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (1995) **Informe Anual 1995** Guatemala, INCAP
- Instituto Nacional de Estadística (INE), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Encuestas de Demografía y Salud (DHS) Macro International Inc (1996) **Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil** Guatemala, INE, MSPAS, USAID, UNICEF, DHS
- Lara V, B Schwethelm, F Pineda (1993) **Mid-term evaluation of Project Hope/Guatemala. Child and maternal health in the Department of Totonicapan. Delivering essential health services in the remote and culturally-isolated Guatemala Highlands** Virginia, Project Hope
- Liu León HE (1985) **Creencias y actitudes en la alimentación e higiene del neonato** Estudio descriptivo de 60 mujeres del servicio de control prenatal del Hospital General San Juan de Dios Tesis Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas
- Martínez P (1995) **Health care services and rural communities in Guatemala. Past experiences and recommendations for change** Reporte final PIO/T 520-0339-3-30135
- Mata LJ (1978) **The Children of Santa María Cauqué: A Prospective Field Study of Health and Growth** Massachusetts, The MIT Press
- Mata LJ (1980) "Child malnutrition and deprivation--observations in Guatemala and Costa Rica", en **Food and Nutrition** 1980,6(2):7-14

****Mata Gamarra JI y O Reina (19) Modelo de promoción para apoyo de las actividades del proyecto "Immunization and Child Survival" Guatemala**

Menéndez Aguilar LE (1987) **Prácticas y creencias sobre el destete en el área rural de Guatemala** Estudio comparativo en 30 familias de los municipios de Atescatempa y Santa Cruz Balanyá Tesis Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (1987) **Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil** Reporte Resumido Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (1987) **Encuesta nacional comunitaria de conocimientos, actitudes y prácticas de salud materno-infantil: Descripción general de las principales variables del estudio** Guatemala, MSPAS, INCAP

Monteith RS, et al (1987) "Maternal-child health services and immunization in Panamá and Guatemala" **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana** 103 (3) 210-226

Mustard C, D Helitzer-Allen, C Kendall, L Kiess (1992) **An assessment of public health communication programs in child survival emphasis countries in Latin America 1985-1990** Maryly, The Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health

Neueswyer H y A Dean (1977) "El síndrome caliente-frío, húmedo-seco, entre los quichés de Joyabaj", en **Estudios cognitivos del sur de Mesoamérica** Publicación No 3 Guatemala, Instituto Lingüístico de Verano, Museo de Antropología

Nicolaïdis C (1993) "Las comadronas", en **Journal of the American Medical Women's Association** 48 (3) 73-92

Nieves I, M Griffiths, IY Nuñez, LE Ramos, J Rivera, S Sáenz de Tejada (1993). **Attitudes and beliefs related to breastfeeding and their effect on infant feeding in Central America: Recent Findings** Presentado en el "VX International Congress of Nutrition", Adelaide, Australia, 1993 Guatemala, Interamerican Development Advisory Services (IDEAS)

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (1986) **Uso de la terapia de rehidratación oral por los programas nacionales de Control de Enfermedades Diarréicas** Programa de Control de Enfermedades Diarréicas Washington, OPS/OMS

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (1986) **Terapia de rehidratación oral para el tratamiento de la diarrea en el hogar** Programa de Control de Enfermedades Diarréicas Washington, OPS/OMS

Orgaz R (1996) **Creative radio for development workshop and conference** Trip Report Birmingham, England, BASICS

Pan American Health Organization (1987) "Vaccination coverage rates for 1986", en **EPI newsletter** Oct,9(5) 3-5

Pebley AR y N Goldman (1992) **Family, community, ethnic identity and the use of formal health care services in Guatemala** Working Paper No 92-12, Office of Population Research

Pebley AR, E Hurtado, N Goldman (1996). **Beliefs about children's illness** (Documento no publicado) Guatemala, Princeton University, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

Pineda MA, S Guerra, RS Monteith, JE Yerson, M Oberle, L Morris (1984) **Family planning and maternal/child health survey, Guatemala 1983** Reporte Final en Inglés No publicado

Project Concern International (PCI) **Child Survival Program in Santiago Atitlán. Second Annual Report for 1987-1988** San Diego, CA, Project Concern International

Ramírez M y LM Mazariegos (1993) **Tradición y modernidad. Lecturas sobre la cultura Maya actual.** Guatemala, Universidad Rafael Landívar, Instituto de Lingüística

Rivera J (1991) **Community based nutritional therapy during diarrhea and convalescence. Part I: design of an educational intervention in rural Guatemala** Progress Report Guatemala, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá

Rivera JD, MC Santizo, E Hurtado (1996) **Diseño y evaluación de un programa educativo para mejorar las prácticas de alimentación en niños de 6 a 24 meses de edad en comunidades rurales de Guatemala** México, Centro de Investigaciones en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública, Guatemala, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá

Robles A (1993) **Diarrhea morbidity and treatment patterns among indigenous and non-indigenous populations in Bolivia and Guatemala.** Reporte Preliminar Baltimore, Department of Population Dynamics, School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University

Sáenz de Tejada S (1995) **Semántica y manejo popular de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en cuatro áreas de Guatemala** Guatemala, INCAP/Clapp & Mayne, Inc

Sáenz de Tejada S (1996) "Utilización de servicios de salud para la atención de infecciones respiratorias agudas Interacción de los factores de los servicios y de la demanda" (No publicado, supuestamente tuvo que ser incluido en un reporte para Macro) Guatemala, INCAP

- Sáenz de Tejada S (1996) **Lactancia materna en América Latina y el Caribe** División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Nutrición Washington, Organización Panamericana de la Salud, OPS
- Scrimshaw SCM y E Hurtado (1988) "Anthropological involvement in the Central American Diarrheal Disease Control Project", en *Soc Sci Med*, Vol 27, No 1, p 97-105
- Scrimshaw NS y MA Guzmán (1991) **A three-village nutrition and infection field study in Guatemala, 1959-1964** (No publicado)
- Solien de González NL y M Béhar (1966) **Child-rearing practices, nutrition and health status** New York, The Milbank Memorial Fund
- Soto Vargas SY (1977) **Lactancia materna. Realidad urbana y rural** Tesis Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas
- Teller CH, WP Butz, J Del Pinal, H Delgado, R Klein (1977) **Urbanization, breastfeeding and birth spacing in Guatemala: implications for nutrition policy** Document #1034 Ann Arbor, Michigan, Nutrition Planning Information Service 30 p
- The Pragma Corporation (1988) **Evaluación del contrato HEALTHCOM bajo los servicios de inmunización y de terapia de rehidratación oral de Guatemala para el proyecto de supervivencia infantil.** Virginia, The Pragma Corporation
- The Pragma Corporation (1989) **Evaluation of the HEALTHCOM contract under the Guatemalan Immunization and Oral Rehydration Therapy Services for Child Survival Project** Virginia, The Pragma Corporation
- Valadéz JJ (1990) **Midterm evaluation of a model for community participation in child survival in Departments of San Marcos and Quetzaltenango, Guatemala** Virginia, Project Hope
- Valverde C (1988) **Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de farmacias para el tratamiento de la enfermedad diarreica.** Publicación INCAP E-1254 Guatemala, Instituto de Centro América y Panamá
- Valverde C, L Vielman, L Campo (1997) **Grado de satisfacción del usuario de los servicios de salud en el Departamento de Escuintla** Informe final Publicación INCAP DOE/IP/077 Guatemala, INCAP, OPS, MSPAS
- Van der Stuyft P, SC Sorensen, E Delgado, E Bocaletti (1996) "Health seeking behavior for child illness in rural Guatemala", en *Tropical Medicine and International Health* 1 (2) 161-170

Vielman L y E Hurtado (1986) **Informe final de la investigación etnográfica sobre algunos aspectos de salud y nutrición realizada en la Colonia Juárez, Guanagazapa** Informe Guatemala, INCAP

Villatoro E (1986) "El baño de vapor tradicional un recurso terapéutico en el altiplano guatemalteco", en **Tradición Popular** No 59/1986 Guatemala, Centro de Estudios Folklóricos, Universidad de San Carlos de Guatemala

Villatoro Paniagua AV (1986). **Creencias y costumbres que inciden en la alimentación del niño con síndrome diarreico agudo.** Tesis Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas

Ward V, B Newman, L De León, C Dárdano (1989) **Enfermedades diarreicas y tratamiento de rehidratación oral** Guatemala, DataPro, S A

Ward VM y BC Newman (1990) **Strategies for demographic and health research among Guatemala's Mayan population** Guatemala, DataPro, S A

Ward VM (1991) **La utilización de los servicios de salud materno-infantil en la población mayense de Guatemala. Una revisión de literatura multidisciplinaria** Center for Population and Family Health, Universidad de Columbia Guatemala, PRITECH

ANEXO

5

TABLA 1 A

Grupo por edad: Recién nacidos

Grupo Poblacional: Altiplano maya

Práctica Ideal: Iniciar la lactancia dentro de la primera hora después del parto y dar el calostro

PRACTICA ACTUAL	UTIL	DAÑINO	NO SABE	¿QUÉ TAN COMÚN? ¿QUÉ GRUPOS?
Inmediatamente después del parto	Las madres conocen los beneficios de la leche materna (nutritiva, buena, previene infecciones) Las madres creen que es lo mejor para sus hijos			No muy común documentado únicamente para Santa Cruz Balanyá, Totonicapán y Huehuetenango
Dentro de la primera hora post-parto	Idem			No muy comun Sololá, Totonicapán, Quetzaltenango, San Marcos
Dentro de las primeras ocho horas post-parto	Idem			Comun Sololá, Totonicapan, Quetzaltenango, San Marcos
Dentro de los tres primeros días post-parto	Los niños son amamantados por nodrizas (otras mujeres lactantes)	Variabilidad en la bajada de la leche La percepción de las madres acerca de la conducta del niño Las madres creen que la primera leche causa diarrea y porblemas estomacales Las madres creen que la primera leche es rala, poco nutritiva, no es buena, no es adecuada para el consumo Las creencias maternas sobre el descanso despues del parto		Muy común Santiago Atrtlán, Santa María Cauque, Totonicapan, Quetzaltenango, San Marcos

25

TABLA 1 A (cont)

Grupo por edad. Recién nacidos

Grupo Poblacional: Altiplano maya

Práctica Ideal: Iniciar la lactancia dentro de la primera hora después del parto y alimentar con calostro

PRACTICA ACTUAL	UTIL	DAÑINO	NO SABE	¿QUÉ TAN COMÚN? ¿QUÉ GRUPOS?
Alimentación pre-lactea		<p>Creencias maternas sobre esperar a que "baje la leche" o que "madure"</p> <p>Creencias maternas de que el calostro causa diarrea y problemas estomacales</p> <p>Creencia materna de que el calostro es escaso, ralo, no nutritivo, no es bueno, o inadecuado para el consumo</p> <p>Creencias maternas de que otras substancias sacan las flemas, evitan los colicos y dolores</p> <p>Creencias maternas de que otras substancias protegen contra las lombrices, aplacan el hambre, preparan al estómago para la leche de pecho</p> <p>Uso de "chupones", cucharas o biberones para la alimentación preláctea (medidas higiénicas dudosas)</p>		<p>Común San Marcos, Sololá, Totonicapán, Quetzaltenango</p> <p>No tan comun Santiago Atitlán</p>

53

PROBLEMA ACTUAL	MOTIVOS PARA LA PRACTICA ACTUAL	IMPEDIMENTOS PARA MEJORAR LA PRÁCTICA	RECOMENDACIONES
Iniciación tardía de la lactancia materna	<p>Las madres esperan hasta que la leche "baja" (2 horas a 2 días post-parto)</p> <p>Las madres esperan hasta que la leche "madura"</p> <p>Las madres creen que el calostro es escaso, ralo, no nutritivo, no es bueno, o inadecuado para el consumo</p> <p>Las madres creen que el calostro causa diarrea y problemas estomacales</p> <p>Las madres esperan que el niño de alguna señal para iniciar la lactancia</p>	<p><u>Biológicas</u> producción de leche ("no baja")</p> <p><u>Culturales</u> percepciones maternas sobre las necesidades del niño (no llora, no tiene hambre, no recibe el pecho)</p> <p>Creencias maternas sobre el calostro (escaso, no nutritivo, etc)</p> <p>Creencias maternas sobre la producción de la leche</p> <p><u>Sociales</u> Conocimiento materno limitado acerca de las prácticas de la lactancia y propiedades especiales del calostro</p>	<p>Enfatizar las ventajas de amamantar de inmediato</p> <p>Enfatizar las desventajas de no amamantar inmediatamente después del parto</p> <p>Reforzar el conocimiento materno sobre prácticas de lactancia</p> <p>Enfatizar las ventajas de dar el calostro</p>
Alimentación Preláctea	<p>Las madres usan "chupones" (tela mojada con la substancia), cucharas o biberones</p> <p>Las madres dan "aguitas" (agua hervida, agua azucarada, agua de anís, etc)</p> <p>Las madres creen que las substancias prelácteas limpian o "purgan" el estómago, sacan las flemas, evitan los cólicos y dolores</p> <p>Las madres creen que las substancias prelácteas protegen contra las lombrices, aplacan el hambre, preparan al estómago para la leche del pecho</p>	<p><u>Biológicas</u> producción de leche ("no baja")</p> <p><u>Culturales</u> El niño tiene hambre y la leche aún no ha "bajado"</p> <p>Creencias maternas de que las aguitas especialmente la de anís, cura el cólico</p> <p>Creencias maternas respecto a las substancias prelácteas</p> <p><u>Sociales</u> Conocimiento materno limitado acerca de las propiedades especiales del calostro</p>	<p>Enfatizar (especialmente a las comadronas) los beneficios de amamantar de inmediato versus alimentos prelácteos</p>

TABLA 2 A

Grupo por edad: Recien nacidos a 4-6 meses

Grupo Poblacional: Altiplano maya

Práctica Ideal: Lactancia materna exclusiva por 4-6 meses

PRACTICA ACTUAL	UTIL	DAÑINO	NO SABE	¿QUÉ TAN COMÚN? ¿QUÉ GRUPOS?
Exclusiva	<p>Creencia generalizada de que la leche materna es el mejor alimento para los niños</p> <p>Actitud positiva generalizada hacia la lactancia materna</p> <p>Altamente valorada</p> <p>El mejor alimento para los niños pequeños</p> <p>Los niños no están maduros para recibir otras sustancias</p> <p>Otras sustancias son dañinas</p>	Corta duración		<p>Comun Santa Maria Cauque, Santa Cruz Balanyá</p> <p>No muy comun San Marcos, Solola, Totonicapán</p> <p>Menos común Quetzaltenango</p>
No exclusiva		<p>Las madres no amamantan exclusivamente</p> <p>Las madres dan "aguitas" y otras sustancias</p> <p>Usan biberones o cucharas para dar estas sustancias (medidas higiénicas dudosas)</p> <p>Creencias de las madres relacionadas con la cantidad y calidad de la leche de materna</p> <p>Creencias maternas sobre la leche de pecho (es "comida" y no quita la sed)</p> <p>Las decisiones maternas se ven influenciadas por las madres, amigas, proveedores de salud</p> <p>Creencias maternas de que algunas sustancias curan los cólicos, dolores de estómago y otras enfermedades</p>		Común Quetzaltenango, San Marcos, Totonicapán

SS

TABLA 2 B

PROBLEMA ACTUAL	MOTIVOS PARA LA PRACTICA ACTUAL	IMPEDIMENTOS PARA MEJORAR LA PRÁCTICA	RECOMENDACIONES
<p>Los niños no son amamantados exclusivamente</p>	<p>Creencias maternas acerca de la calidad de su leche (no es tan buena)</p> <p>Creencias maternas acerca de la cantidad de su leche (no es suficiente, se secó la fuente, los pechos pequeños no producen suficiente leche)</p> <p>Creencias maternas acerca de la leche de pecho (concebida como comida)</p> <p>Creencias maternas acerca del tratamiento de cólicos, dolor de estómago y otras enfermedades</p>	<p><u>Culturales</u> Percepciones maternas sobre las necesidades del niño (sed)</p> <p>Percepciones maternas sobre los factores que afectan la calidad y cantidad de la leche</p> <p>Creencias maternas acerca del tratamiento de las enfermedades</p> <p>Percepciones maternas sobre la leche de pecho (comida)</p>	<p>Enfatizar las propiedades de la leche materna en comparación con otras sustancias</p> <p>Enfatizar los efectos dañinos por el uso de biberones, cucharas, etc</p> <p>Enfatizar la diferencia entre un niño que ha sido amamantado y otro que no</p>
<p>A los niños se les da otras sustancias además de leche materna</p>	<p>Creencias maternas acerca del tratamiento de cólicos, dolor de estómago y otras enfermedades</p> <p>Influencia de otras personas sobre las decisiones de la madre</p> <p>Creencias maternas acerca de la calidad y cantidad de la leche</p> <p>Creencias maternas acerca de la leche (concebida como comida)</p> <p>Uso de cucharas y biberones por las madres</p>	<p><u>Cultural</u> Creencias maternas acerca del tratamiento de las enfermedades</p> <p>Percepciones maternas sobre las necesidades del niño (sed)</p> <p>Percepciones maternas sobre los factores que afectan la calidad y cantidad de leche</p> <p>Percepciones maternas sobre la leche de pecho (comida)</p>	<p>Enfatizar los problemas causados por el uso de biberones, etc (diarrea, infecciones)</p> <p>Orientar a las madres respecto al uso de "agüitas" indefinidas</p>

TABLA 3 A

Grupo por edad: Niños menores de 23 meses

Grupo Poblacional: Altiplano maya

Práctica Ideal: Continuar con lactancia materna hasta los 23 meses de edad

PRACTICA ACTUAL	UTIL	DAÑINO	NO SABE	¿QUÉ TAN COMÚN? ¿QUÉ GRUPOS?
Lactancia prolongada	Favorecida			Común Santa Cruz Balanyá (18 m), Sololá, Quetzaltenango, Santa María Cauque (20-23 m) No tan común Totonicapán, San Marcos (20-23 m)
Lactancia interrumpida		Interrupción por problemas de salud de la madre o el niño Creencias maternas acerca de factores emocionales, biológicos y ambientales que las afectan y a sus hijos		No tan comun Chimaltenango, San Marcos, Totonicapán, Quetzaltenango, Sololá
Destete	Generalmente gradual	Creencias maternas acerca de la cantidad de la leche Los niños son destetados antes que las niñas		Comun Población del altiplano maya No muy comun Chimaltenango
Destete abrupto		Problemas de salud de la madre o del niño Nuevo embarazo El niño rechaza el pecho Las madres se colocan sustancias en el pezón para hacerlos desagradables al niño		Común Poblacion del altiplano maya Común Poblacion del altiplano maya No tan comun Poblacion del altiplano maya Común Sololá

69

TABLA 3 B

PROBLEMA ACTUAL	MOTIVOS PARA LA PRACTICA ACTUAL	IMPEDIMENTOS PARA MEJORAR LA PRÁCTICA	RECOMENDACIONES
Interrupcion de la lactancia materna	<p>Enfermedad de la madre o del niño</p> <p>Creencias maternas acerca de factores biológicos, ambientales y emocionales ("enojo", "susto", "tristeza", frío) que las afectan a ellas y a sus hijos</p>	<p><u>Biológicos</u> Enfermedad de la madre o del niño</p> <p><u>Culturales</u> Creencias de que factores ambientales, biológicos o emocionales que afectan a las madres pueden causar diarrea y otros problemas en los niños a través de la leche de pecho</p>	<p>Enfatizar las ventajas de la lactancia prolongada</p> <p>Promover la formación de grupos de apoyo para madres lactantes</p> <p>Enfatizar las prácticas de búsqueda de atención en caso de enfermedad materna</p>
Destetar a los niños antes que a las niñas	Creencias maternas acerca de que los niños pueden debilitarlas	<u>Culturales</u> Creencias de que los niños son más fuertes que las niñas	Incluir enfoque de género en las intervenciones educativas
Destete abrupto	<p>Creencias maternas acerca de un nuevo embarazo</p> <p>Enfermedad de la madre o del niño</p>	<p><u>Biológicos</u> Enfermedad de la madre o del niño</p> <p><u>Culturales</u> Creencias de que el embarazo afecta la leche (causa diarrea, la leche ya no sirve)</p> <p>Creencias de que la leche le pertenece al nuevo niño</p> <p>Percepción de la conducta de los niños (rechazo)</p>	<p>Enfatizar las ventajas de la lactancia prolongada, aún en caso de un nuevo embarazo</p> <p>Continuar promoviendo el espaciamiento de embarazos</p> <p>Enfatizar la ventajas del destete gradual</p>
Colocar sustancias sobre los pechos	Creencias maternas acerca de que las sustancias desagradables colocadas sobre los pezones harán que los niños dejen de mamar	<u>Culturales</u> Creencia de que ciertas sustancias harán que el niño deje de mamar	Enfatizar las ventajas del destete gradual

TABLA 4 A

Grupo por edad: Niños de 6-24 meses

Grupo Poblacional: Altiplano maya

Práctica Ideal: De los 6-24 meses, proveer alimentación complementaria

PRACTICA ACTUAL	UTIL	DAÑINO	NO SABE	¿QUÉ TAN COMÚN? ¿QUÉ GRUPOS?
Iniciación antes de los 6 meses de edad	Iniciación a los 6 meses *	Iniciación antes de los 4 meses ** Creencias maternas acerca de la calidad/cantidad de su leche		Comun Santa María Cauque * y Totonicapán **
Iniciación a los 6-9 meses de edad	Iniciación a los 6 meses	Iniciación a los 8-9 meses Creencias maternas acerca de que la comida enfermará al niño		Común Santiago Atitlán, San Marcos, Sololá, Quetzaltenango Menos comun Totonicapán (8 meses)
Introducción gradual de alimentos		Creencias maternas acerca de que el niño regula su dieta, que mucha comida es mala para él, que no debería comer de noche Creencias maternas de que la introducción de alimentos debería ser gradual (no de una manera regular y en cantidades adecuadas) Creencias maternas de que se introducen los alimentos para que el niño se acostumbre a los diferentes sabores y texturas, para "normalizar" o "hacer" el estómago Creencias maternas de que la comida las liberará de las demandas frecuentes del niño que toma pecho Creencias maternas acerca de la conducta de los niños		Común Poblacion del altiplano maya
No se preparan alimentos especiales para el destete	Se cambia la textura	Los alimentos ofrecidos son "comidas al alcance de la mano" Los alimentos ofrecidos son los que las madres tienen en casa		Comun Población del altiplano maya
Transición a la dieta familiar (1 a 3 años)		Completación tardía (3 años)		Común Santa María Cauque (3 años), otros (1-3)

TABLA 4 B

PROBLEMA ACTUAL	MOTIVOS PARA LA PRACTICA ACTUAL	IMPEDIMENTOS PARA MEJORAR LA PRÁCTICA	RECOMENDACIONES
<p>Introduccion temprana de alimentos</p>	<p>Percepciones maternas de que su leche no es buena/suficiente</p> <p>Conocimiento limitado sobre cómo amamantar y prácticas de alimentación complementaria</p> <p>Creencias maternas de que se les da de comer a los niños para ayudarse (los niños maman menos)</p>	<p><u>Sociales</u> Conocimiento limitado sobre alimentacion complementaria</p> <p><u>Culturales</u> Percepciones maternas sobre la calidad/cantidad de la leche de pecho</p> <p>Percepciones maternas de que la comida las ayudará cuando se sienten agobiadas por las frecuentes demandas del niño de pecho</p>	<p>Enfatizar prácticas adecuadas de alimentación complementaria</p> <p>Enfatizar las ventajas de la lactancia exclusiva</p>
<p>Introducción tardía de alimentos</p>	<p>Limitado acceso/disponibilidad al hogar o comunidad</p> <p>Creencias maternas de que la comida puede enfermar a los niños pequeños</p> <p>Creencias maternas de que los niños dan señales cuando estan listos para comer</p> <p>Conocimiento limitado sobre prácticas y alimentos de destete</p> <p>La carga de trabajo materno y actividades para cumplir con responsabilidades económicas</p> <p>Pasividad materna cuando sus hijos están comiendo</p>	<p><u>Culturales</u> Temores maternos de que sus hijos se enfermen (diarrea, infecciones, "empacho")</p> <p>Las madres esperan señales del niño que muestren que esta listo para comenzar a comer</p> <p>Pasividad de la madre al alimentar a sus hijos, ayudarlos, animarlos, o forzarlos a comer</p> <p><u>Sociales</u> Conocimiento limitado sobre alimentación complementaria y el valor nutricional de las comidas, preparaciones especiales para el destete, etc</p> <p><u>Económicos</u> Limitado acceso/disponibilidad de alimentos complementarios apropiados</p> <p>La carga de trabajo materno y actividades para cumplir con responsabilidades económicas</p>	<p>Enfatizar prácticas adecuadas de alimentacion complementaria</p> <p>Demonstracion de como preparar alimentos para el destete</p> <p>Ayudar a las madres a identificar alimentos y recetas locales que puedan usarse en el destete</p> <p>Promover las hortalizas a nivel de hogar, escuelas y en la comunidad</p> <p>Promover el uso de recetas gráficas</p> <p>Promover el intercambio de recetas y concursos</p> <p>Promover proyectos para disminuir la carga del trabajo femenino (agua, etc)</p>

20

PROBLEMA ACTUAL	MOTIVOS PARA LA PRACTICA ACTUAL	IMPEDIMENTOS PARA MEJORAR LA PRÁCTICA	RECOMENDACIONES
No hay alimentos especiales para el destete	<p>Los alimentos dados son "comida facil al alcance de la mano", lo que las madres tengan en casa</p> <p>Limitado acceso/disponibilidad al hogar o a la comunidad</p> <p>Conocimiento limitado sobre alimentos adecuados para el destete</p>	<p><u>Económicos</u> Acceso limitado a otros alimentos</p> <p>Las madres dan a sus hijos lo que hay en casa</p> <p><u>Social</u> Conocimiento limitado sobre alimentos adecuados para el destete</p>	<p>Enfatizar prácticas adecuadas de alimentación complementaria</p> <p>Promover las hortalizas en el hogar, escuelas y en la comunidad</p>
Inadecuada calidad/cantidad de alimentos	<p>Los alimentos dados son "comida facil al alcance de la mano", lo que tienen en casa</p> <p>Creencias maternas de que los niños deben acostumbrarse poco a poco a comer , que mucha comida hace mal, que ellos regulan su dieta, que no deberían comer mucho de noche</p> <p>Creencias maternas de que se les da comida a los niños para que se acostumbren a esta, a sus diferentes sabores y texturas, para normalizar o "hacer" el estómago</p> <p>Creencias maternas acerca de ciertos alimentos (prohibidos)</p> <p>Limitado acceso/disponibilidad en el hogar o la comunidad</p> <p>Conocimiento limitado sobre prácticas de destete</p>	<p><u>Culturales</u> Pasividad de la madre al alimentar a sus hijos, ayudarlos, animarlos, o forzarlos a comer</p> <p>Tendencia materna de complacerlos (dejarlos comer lo que quieran)</p> <p>Creencias maternas acerca de ciertos alimentos (prohibidos)</p> <p>Creencias maternas de que el niño regula su dieta, gradualmente se deberá acostumbrar a comer, no debería comer tarde en la noche, comer mucho es malo</p> <p>Creencias maternas de que las comidas se le dan al niño para que se acostumbre a ellas, sus diferentes sabores y texturas, para normalizar o "hacer" estómago"</p> <p><u>Sociales</u> Conocimiento limitado sobre alimentación complementaria y el valor nutricional de las comidas, preparaciones especiales para el destete, etc</p> <p><u>Económicos</u> Acceso y disponibilidad limitada de alimentos complementarios adecuados</p> <p>Se les da a los niños cualquier comida que haya en la casa</p>	<p>Enfatizar prácticas adecuadas de alimentación complementaria</p> <p>Enfatizar conocimientos y prácticas nutricionales adecuados</p> <p>Promover demostraciones de la preparación de alimentos para el destete</p> <p>Ayudar a las madres a identificar alimentos y recetas locales para usarse en el destete</p> <p>Promover las hortalizas en las casas, escuelas y en la comunidad</p> <p>Promover el uso de recetas gráficas</p> <p>Promover intercambio de recetas y concursos</p>

PROBLEMA ACTUAL	MOTIVOS PARA LA PRACTICA ACTUAL	IMPEDIMENTOS PARA MEJORAR LA PRÁCTICA	RECOMENDACIONES
<p>Completación tardía del proceso de destete</p>	<p>Conocimiento limitado sobre prácticas de destete</p> <p>Creencias maternas de que los niños regulan su dieta</p> <p>Pasividad materna para motivar a sus hijos a comer</p>	<p><u>Culturales</u> Pasividad de la madre en insistir que los niños coman</p> <p>Tendencia de las madres de complacer al niño (dejándolo comer cuando y lo que él quiera)</p> <p>Creencias maternas de que el niño regula su dieta</p> <p><u>Sociales</u> Limitado conocimiento sobre el destete</p>	<p>Enfatizar prácticas adecuadas de destete</p> <p>Enfatizar conocimientos y prácticas nutricionales adecuados (desnutrición)</p>

12

TABLA 5 A

Grupo por edad: Niños pequeños (menores de 2 años)

Grupo Poblacional: Altiplano maya

Práctica Ideal: Alimentarlos tanto como sea posible durante una enfermedad y alimentar extra durante la recuperación

PRACTICA ACTUAL	UTILIDAD	DAÑINO	NO SABE	¿QUE TAN COMUN? ¿QUE GRUPOS?
Continuar amamantando	<p>La mayoría de las madres continúa amamantando</p> <p>Creencias maternas de que su leche "ayuda a los niños a salir adelante", la necesitan, "los hace dejar de llorar", "es lo unico que aceptan"</p>	<p>Creencias maternas de que factores ambientales, biológicos, emocionales que las afectan cambiarán la calidad de su leche provocando diarrea en el niño</p> <p>Creencias maternas relacionadas con la calidad de su leche que afectará al niño y causará IRA</p> <p>Creencias maternas acerca de las diferentes causas de diarrea</p> <p>Percepciones maternas sobre la conducta y necesidad del niño (rechaza el pecho necesita descanso, lo empeora)</p>		<p>Más común Tonicapán, Solola *</p> <p>Común San Marcos *</p> <p>Menos comun Quetzaltenango *</p> <p>Común Totonicapán, Chimaltenango **</p>
Continuar dando igual o mayor cantidad de líquidos	Las madres continúan dando líquidos	<p>La administración de líquidos no se aumenta durante las IRA</p> <p>Prohibición de ciertos líquidos en caso de diarrea e IRA</p>		<p>Más comun Totonicapán, San Marcos, Sacatepéquez *</p> <p>Común Sololá *</p> <p>Menos comun Quetzaltenango *</p> <p>Común. Totonicapán, Chimaltenango **</p>

69

PRACTICA ACTUAL	UTILIDAD	DAÑINO	NO SABE	¿QUE TAN COMUN? ¿QUE GRUPOS?
Continuar dando igual o más comida		<p>Las madres disminuyen la cantidad de comida</p> <p>Prescripción de comidas "frías", "pesadas" o "grasosas" en caso de diarrea</p> <p>Prescripción de ciertos alimentos (huevos, frijol) en caso de IRA</p> <p>El niño decide qué o cuándo comer</p>		<p>Comun San Marcos *</p> <p>Menos común Totonicapán, Sololá, Quetzaltenango *</p> <p>Común Totonicapan, Chimaltenango **</p>

* Diarrea ** IRA

64

TABLA 5 B

PROBLEMA ACTUAL	MOTIVOS PARA LA PRACTICA ACTUAL	IMPEDIMENTOS PARA MEJORAR LA PRACTICA	RECOMENDACIONES
Dejar de amamantar	<p>Creencias maternas de que factores ambientales, biológicos, emocionales que la afectan cambiarán su leche provocando diarrea</p> <p>Creencias maternas acerca de la calidad de la leche ("resfriada") que puede causar IRA</p> <p>Percepciones maternas sobre las necesidades y conducta del niño (de descanso, lo rechaza, lo empeora)</p> <p>Limitado conocimiento sobre prácticas dietéticas durante la enfermedad</p> <p>Creencias maternas sobre las causas de la diarrea</p>	<p><u>Biológicos</u> El niño no tiene hambre y tiene náusea</p> <p><u>Culturales</u> Creencias maternas de que factores ambientales, biológicos y emocionales afectan la calidad de su leche provocando diarrea</p> <p>Creencias maternas acerca de la calidad de la leche que causa IRA ("resfriada")</p> <p>Percepciones maternas sobre necesidades y conducta del niño</p> <p>Creencias maternas acerca de las causas de diarrea ("ojo", lombrices)</p> <p><u>Sociales</u> Limitado conocimiento sobre prácticas dietéticas durante la enfermedad</p>	<p>Enfatizar las ventajas de continuar o aumentar la lactancia</p> <p>Enfatizar que en caso de náusea o vómitos debe buscarse atención</p> <p>Enfatizar la importancia de prácticas adecuadas de alimentación durante la enfermedad y la recuperación</p>
La provisión de igual o mayor cantidad de líquidos no es una práctica universal	<p>Limitado conocimiento sobre prácticas dietéticas durante la enfermedad</p> <p>Prescripción de ciertos líquidos en caso de diarrea e IRA</p>	<p><u>Sociales</u> Limitado conocimiento sobre prácticas dietéticas durante la enfermedad</p> <p><u>Culturales</u> Prohibición de ciertos líquidos en caso de diarrea e IRA</p>	<p>Enfatizar que igual o mayor cantidad de líquidos deben darse con la diarrea, especialmente SRO</p> <p>Enfatizar que la misma o mayor cantidad de líquido deben darse en caso de IRA</p> <p>Enfatizar la importancia de prácticas adecuadas de alimentación durante la enfermedad y recuperación</p>
Disminución de la ingesta de alimentos	<p>Percepciones maternas sobre el apetito del niño</p> <p>Prohibición de comidas "frías", "pesadas" o "grasosas" en caso de diarrea</p> <p>Prohibición de ciertas comidas en caso de IRA (frijol, huevos)</p> <p>Percepciones maternas sobre las necesidades y conducta del niño (lo rechaza, decide si come o no)</p>	<p><u>Biológicos</u> Pérdida del apetito</p> <p><u>Culturales</u> Percepciones maternas sobre las necesidades y conducta del niño (lo rechaza, decide si come o no)</p> <p>Prohibición de comidas "frías", "pesadas" o "grasosas" en caso de diarrea</p> <p>Prohibición de ciertas comidas en caso de IRA</p> <p>Percepciones maternas sobre el apetito de los niños</p>	<p>Promover la elaboración de recetas locales adecuadas para el niño enfermo y convalescente</p> <p>Enfatizar la importancia de alimentos locales para el niño enfermo y convalescente</p> <p>Enfatizar la importancia de prácticas adecuadas de comida durante la enfermedad y la convalecencia</p>

TABLA 6

Grupo por edad: Todos los grupos
Grupo Poblacional: Altiplano maya
Práctica Ideal: Conceptualización de Salud-Enfermedad

PROBLEMA ACTUAL	MOTIVOS PARA LA PRACTICA ACTUAL	IMPEDIMENTOS PARA MEJORAR LA PRACTICA	RECOMENDACIONES
Diferentes conceptualizaciones del cuerpo humano	Diferentes interpretaciones del cuerpo humano	<u>Culturales</u> Incompatibilidad de conceptos respecto al cuerpo humano	<p>Buscar convergencias en aspectos que pueden afectar la salud y la calidad de vida</p> <p>Considerar ambas conceptualizaciones en programas educativos y servicios de atención en salud</p>
Diferentes conceptualizaciones de las funciones del cuerpo humano	Diferentes interpretaciones de las funciones del cuerpo humano	<u>Culturales</u> Incompatibilidad de conceptos respecto a las funciones del cuerpo humano	<p>Buscar convergencias en aspectos que pueden afectar la salud y la calidad de vida</p> <p>Considerar ambas conceptualizaciones en programas educativos y servicios de atención en salud</p>
Diferente conceptualización de la sangre	Diferentes ideas sobre la calidad y cantidad de la sangre	<u>Culturales</u> Incompatibilidad de ideas respecto a la calidad y cantidad de la sangre	<p>Considerar ambas conceptualizaciones en programas educativos y servicios de atención en salud</p>
Diferente interpretación de salud-enfermedad (maya y biomédica)	Diferentes interpretaciones de la etiología (causas), signos, síntomas y tratamiento	<u>Culturales</u> Incompatibilidad de modelos de salud y enfermedad	<p>Buscar convergencias en aspectos que pueden afectar la salud y la calidad de vida</p> <p>Mejorar la comunicación y el intercambio de experiencias con los proveedores tradicionales</p> <p>Considerar ambas conceptualizaciones en programas educativos y servicios de atención en salud</p>
Algunas diferencias en las interpretaciones entre los distintos grupos maya	Algunas diferencias en las interpretaciones de la etiología, (causas), signos, síntomas y tratamientos entre los diferentes grupos étnicos	<u>Culturales</u> Variaciones en las interpretaciones entre los diferentes grupos étnicos	<p>Considerar diferentes esquemas durante las intervenciones</p> <p>Enfatizar el conocimiento de diferentes enfermedades infantiles</p>

TABLA 7 A

Grupo por edad: Infantes y niños pequeños

Grupo Poblacional: Altiplano maya

Práctica Ideal Las madres reconocen la diarrea

PRACTICA ACTUAL	UTIL	DAÑINO	NO SABE	¿QUÉ TAN COMÚN? ¿QUÉ GRUPOS?
De acuerdo con los diferentes esquemas, las madres identifican signos y síntomas de diarrea	<p>Las madres diferencian entre los casos leves y severos y los tratan de manera diferente</p> <p>Ahora, algunas madres reconocen que una causa importante de diarrea es la falta de higiene personal</p> <p>Algunas madres reconocen la relación entre la diarrea y la deshidratación</p>	<p>Creencias maternas de que la diarrea puede ser un síntoma de una enfermedad "popular" ("empacho", "mal de ojo", lombrices, "mollera caída")</p> <p>Creencias maternas de que la diarrea puede ser un signo normal de cambios en el crecimiento y desarrollo del niño</p> <p>La mayoría de los signos y síntomas reconocidos son asociados con el proceso de la diarrea en general</p>		Común Entre los mayas del altiplano
Algunas madres reconocen los signos de deshidratación	Algunas madres reconocen y describen la deshidratación como "perder líquido en el cuerpo" o "seco"	<p>Las madres no están familiarizadas con el término en español</p> <p>Alguna confusión entre la deshidratación y la desnutrición o pérdida de fuerza</p>		<p>Común Sacatepéquez, San Marcos, Chimaltenango</p> <p>La mitad de las madres en Totonicapán, San Marcos, Quetzaltenango</p> <p>No común Sololá</p>

57

TABLA 7 B

PROBLEMA ACTUAL	MOTIVOS PARA LA PRACTICA ACTUAL	IMPEDIMENTOS PARA MEJORAR LA PRACTICA	RECOMENDACIONES
<p>La diarrea se atribuye a diversas causas, incluyendo las sobrenaturales</p>	<p>Diferentes interpretaciones de las causas de la enfermedad (síntoma de enfermedad es "populares" , un signo normal</p> <p>La mayoría de los signos y síntomas se asocian con el proceso de la diarrea en general</p>	<p><u>Culturales</u> Creencias de que la diarrea puede ser una enfermedad, un síntoma de una enfermedad "popular", o un signo normal de cambios en el crecimiento y desarrollo</p> <p>Generalización de signos y síntomas de la diarrea</p>	<p>Enfatizar las prácticas de prevención de la enfermedad (higiene)</p> <p>Enfatizar que las medidas preventivas son efectivas para la mayoría de tipos de diarrea (por ejemplo, la mayoría puede prevenirse con lavado de manos)</p>
<p>Algo de confusión respecto a la deshidratación</p>	<p>Conocimiento limitado sobre la deshidratación y la desnutrición</p> <p>Conocimiento limitado sobre el término en español</p>	<p><u>Sociales</u> Conocimiento limitado sobre la deshidratación y la desnutrición</p> <p>Conocimiento limitado del español</p>	<p>Enfatizar el conocimiento sobre deshidratación y desnutrición</p>
<p>La mollera caída es un enfermedad, no un signo de deshidratación</p>	<p>Conceptualizado como una enfermedad separada, con la diarrea como uno de sus síntomas</p>	<p><u>Culturales</u> Diferentes creencias sobre las causas de la enfermedad</p>	<p>Recomendar la continuación de líquidos, independientemente del tratamiento tradicional</p>

TABLA 8 A

Grupo por edad: Infantes y niños

Grupo Poblacional: Altiplano maya

Práctica Ideal: Las madres brindan atención de calidad en el hogar en caso de diarrea

PRACTICA ACTUAL	UTIL	DAÑINO	NO SABE	¿QUÉ TAN COMÚN? ¿QUÉ GRUPOS?
La atención usualmente comienza con remedios caseros	Los remedios caseros incluyen una variedad de líquidos	Entre los líquidos ofrecidos, las SRO no son comunes		Comun Entre los mayas del altiplano
La atención se da con remedios caseros y fármacos	Uso de una variedad de líquidos	Auto-medicación de productos farmacéuticos		Común Entre la mayoría de los mayas del altiplano
La atención se da con remedios caseros y fármacos combinados con tratamientos tradicionales	Uso de una variedad de líquidos		Tratamientos tradicionales incluyen "frotamientos estomacales", "temascal" o inmersión en agua fría	Común Entre la mayoría de los mayas del altiplano
El tratamiento específico utilizado depende de lo que se perciba como causa de la diarrea		El tratamiento para el "mal de ojo" involucra pocos remedios líquidos *	Las madres cambian sus dietas y toman remedios cuando la diarrea es causada por la leche materna El tratamiento para las lombrices y disentería involucra prácticas tradicionales El tratamiento para la "mollera caída" y el "mal de ojo" involucra prácticas tradicionales	Comun Entre la mayoría de los mayas del altiplano Documentado para Sacatepequez*
El tratamiento generalmente se inicia en el segundo o tercer día		Tardanza en proveer atención en el hogar		Comun Entre la mayoría de los mayas del altiplano
Las decisiones de atención en el hogar recaen sobre las madres		Sobrecarga de responsabilidades		Comun Entre la mayoría de los mayas del altiplano
Las madres consultan con otras personas si los remedios caseros no funcionan	Las madres consultan con sus esposos o con más mujeres mayores que saben de enfermedades			Comun Entre la mayoría de los mayas del altiplano

GA

TABLA 8 B

PROBLEMA ACTUAL	MOTIVOS PARA LA PRACTICA ACTUAL	IMPEDIMENTOS PARA MEJORAR LA PRACTICA	RECOMENDACIONES
Automedicación en caso de fármacos	<p>Creencias maternas sobre los fármacos ("medicinas simples")</p> <p>Los farmacos están disponibles en tiendas y farmacias</p> <p>Limitado conocimiento materno sobre el manejo de la diarrea en casa</p>	<p><u>Culturales</u> Creencias maternas sobre los fármacos ("medicinas simples")</p> <p><u>Socioeconómicos</u> Farmacos fácilmente disponibles en tiendas y farmacias</p> <p><u>Sociales</u> Falta de conocimiento materno sobre el manejo de la diarrea en el hogar</p>	<p>Reforzar la práctica local de dar líquidos al niño con diarrea</p> <p>Enfatizar el uso adecuado de los farmacos</p> <p>Enfatizar el manejo casero adecuado de la diarrea en el hogar</p>
El tratamiento para el "mal de ojo" incluye muy poca provisión de remedios líquidos	El tratamiento tradicional de esta enfermedad no contempla el uso de remedios líquidos	<u>Culturales</u> El tratamiento tradicional del "mal de ojo" incluye muy poca provisión de remedios líquidos (se incluyen baños, pasar el huevo, etc)	Enfatizar la necesidad de continuar dando la misma cantidad o más de líquidos, aún en caso de enfermedades "populares"
Retraso en proveer atención en casa	<p>Las madres esperan a ver si la enfermedad se va por sí misma</p> <p>Conocimiento materno limitado sobre el manejo de la diarrea en casa</p>	<p><u>Culturales</u> Creencias maternas sobre el tratamiento de las enfermedades</p> <p><u>Sociales</u> Conocimiento limitado sobre el manejo de la diarrea en el hogar</p>	Enfatizar el manejo casero adecuado de la diarrea en el hogar
Sobrecarga de responsabilidades	Las madres tienen actividades diversas que realizar en la casa	<u>Socioculturales</u> El rol de las mujeres dentro de la casa y la comunidad	Promover grupos de apoyo en caso de enfermedades

TABLA 9 A

Grupo por edad: Infantes y niños

Grupo Poblacional: Altiplano maya

Práctica Ideal: Las madres administran correctamente las SRO

PRACTICA ACTUAL	UTIL	DAÑINO	NO SABE	¿QUÉ TAN COMÚN? ¿QUÉ GRUPOS?
La mayoría de las madres no usan las SRO	<p>Creencias de que las SRO dan fuerza y ayudan a nutrir al niño</p> <p>Las SRO son consideradas como remedio para ayudar al niño a recuperar su apetito y fuerza</p>	<p>Las SRO son consideradas un remedio "frio" que no debe usarse para diarreas "frías"</p> <p>No son reconocidas como parte de la lista de remedios caseros sino como una "medicina" recetada por doctores</p> <p>Creencia errada de que las SRO pueden parar la diarrea</p> <p>Creencia errada de que las SRO pueden servir para limpiar el estómago</p>		Común Entre los mayas del altiplano

2

TABLA 9 B

PROBLEMA ACTUAL	MOTIVOS PARA LA PRACTICA ACTUAL	IMPEDIMENTOS PARA MEJORAR LA PRACTICA	RECOMENDACIONES
<p>Limitado uso de las SRO</p>	<p>Conocimiento e información limitados sobre qué son y cómo usarlas</p> <p>No alivian la diarrea rápidamente</p> <p>No son reconocidas como parte de la lista de remedios caseros, sino como "medicina" recetada por doctores</p> <p>Creencia de que las SRO son un remedio "frío" que no puede ser usado para diarreas "frías"</p>	<p><u>Culturales</u> No son reconocidas como parte de la lista de remedios caseros, sino como "medicina" recetada por doctores</p> <p>Creencia de que las SRO son un remedio "frío" que no se puede usar para diarreas "frías"</p> <p><u>Sociales</u> Conocimiento e información limitados sobre qué son y como usarlas</p> <p><u>Institucionales</u> Falta de disponibilidad</p>	<p>Promover la distribución periódica de SRO por medio de promotores de salud/ farmacias, incluyendo capacitación sobre el uso adecuado de las mismas</p> <p>Promover las SRO como un líquido "neutral" (ni "frío" ni "caliente"), para que las madres sientan que las pueden usar aunque la diarrea sea causada por "calor" o "frío"</p>

22

TABLA 10 A

Grupo por edad: Infantes y niños
Grupo Poblacional: Altiplano maya
Práctica Ideal: Las madres reconocen las IRA

PRACTICA ACTUAL	UTIL	DAÑINO	NO SABE	¿QUÉ TAN COMÚN? ¿QUÉ GRUPOS?
De acuerdo con las diferentes clasificaciones, las madres reconocen los signos y síntomas	<p>La fiebre alta y la tos son los signos de peligro más reconocidos</p> <p>La mayoría de las madres están atentas a cambios en la frecuencia respiratoria y reconocen la respiración rápida*</p>	<p>El tiraje intercostal es subestimado como signo de peligro</p> <p>El tiraje intercostal no puede ser visto ya que las madres no desvisten a los niños con fiebre</p> <p>Muchas veces la respiración rápida es subestimada y tratada en casa</p>		<p>No muy común San Marcos, Totonicapán, Quetzaltenango, Sololá, de acuerdo con la encuesta del MSPAS</p> <p>No común Totonicapán y Sacatepéquez *</p>
Basados en diferentes clasificaciones, los signos y síntomas son considerados en diferentes niveles de severidad o peligro	Las madres son capaces de diferenciar niveles de severidad y por lo tanto, tratarlos diferente			<p>Más común San Miguel Dueñas</p> <p>Común Altiplano maya</p>
Algunos signos tales como la tos son asociados con "ojo" y "mollera caída", ambas enfermedades tradicionales		En este caso, no necesariamente es considerado como signo de peligro		Más común San Bartolo (Totonicapán)

TABLA 10 B

PROBLEMA ACTUAL	MOTIVOS PARA LA PRACTICA ACTUAL	IMPEDIMENTOS PARA MEJORAR LA PRACTICA	RECOMENDACIONES
Diferente perspectiva de los signos, síntomas, causas y tratamiento de las enfermedades respiratorias	Conceptualización maya de las enfermedades respiratorias	<u>Culturales</u> Incompatibilidad de modelos de salud-enfermedad	Enfatizar el conocimiento de los signos de peligro biomédicos Enfatizar el conocimiento de la etiología biomédica de las IRA
Los signos de peligro biomédicos son subestimados o no son reconocidos	Conocimiento limitado sobre los signos de peligro biomédicos El tiraje intercostal no puede ser visto ya que las madres no desvisten a los niños con enfermedades respiratorias La respiración rápida se reconoce pero es subestimada	<u>Culturales</u> Creencias maternas sobre desvestir a los niños con IRA Diferentes interpretaciones de los signos y su severidad <u>Sociales:</u> Falta de conocimiento y orientación sobre los signos de peligro biomédicos	Enfatizar el conocimiento de los signos de peligro biomédicos Enfatizar la severidad de los signos de peligro biomédicos Reforzar el conocimiento local en reconocer los signos de peligro
Atribución de los signos a enfermedades tradicionales	La tos se algunas veces relaciona con "ojo" y "mollera caída"	<u>Culturales</u> Creencias maternas sobre enfermedades tradicionales	Enfatizar el conocimiento de la etiología biomédica de las IRA

14

TABLA 11 A

Grupo por edad: Infantes y niños

Grupo Poblacional: Altiplano maya

Práctica Ideal: Las madres brindan atención de calidad en el hogar en caso de IRA

PRACTICA ACTUAL	UTIL	DAÑINO	NO SABE	¿QUÉ TAN COMÚN? ¿QUÉ GRUPOS?
Los niños que tienen enfermedades leves son tratados en casa con remedios caseros	Los remedios caseros incluyen una variedad de coccciones de hierbas			Común Totonicapán, Comalapa
La atención en el hogar incluye también auto-medicación de fármacos		Auto-medicación de fármacos (antipiréticos) Auto-medicación de supositorios para la fiebre y jarabes para la tos		Común Entre los mayas (predominantemente) No común
En muchos casos, la respiración rápida es tratada en el hogar		Subestimar los signos de peligro		Común Sacatepéquez y Totonicapán
La atención en el hogar incluye una variedad de otros tratamientos ("confortes", frotamientos o masajes y baños)			Uso del temascal y otros tratamientos tradicionales	Común Santiago y Comalapa
Los síntomas asociados con enfermedades "populares" son tratados en casa		La tos relacionada con "ojo" y "susto" y la dificultad respiratoria relacionada con "mollera caída" son tratadas en la casa		Común Entre los mayas (predominantemente)

75

TABLA 11 B

PROBLEMA ACTUAL	MOTIVOS PARA LA PRACTICA ACTUAL	IMPEDIMENTOS PARA MEJORAR LA PRACTICA	RECOMENDACIONES
<p>Los niños con signos de peligro son tratados en casa</p>	<p>Las madres subestiman algunos signos de peligro (respiración rápida)</p> <p>Las madres no reconocen algunos signos de peligro (tiraje intercostal)</p> <p>Limitado conocimiento de los signos de peligro biomédicos</p>	<p><u>Culturales</u> Diferente interpretación de los signos de peligro</p> <p><u>Sociales</u> Limitado conocimiento de los signos de peligro biomédicos</p>	<p>Enfatizar el conocimiento de los signos de peligro biomédicos</p> <p>Entrenar a los promotores de salud y a las comadronas a visitar las casas, orientar a las madres y referir los casos</p> <p>Promover el uso de monitores locales de salud para detectar casos, orientar y referirlos cuando sea necesario</p>
<p>Auto-medicación de fármacos</p>	<p>Extendida disponibilidad de fármacos en tiendas y farmacias</p> <p>Creencias maternas sobre los fármacos</p>	<p><u>Culturales</u> Creencias maternas sobre los fármacos</p> <p><u>Socioeconómicos</u> Acceso y disponibilidad de fármacos en tiendas y farmacias</p>	<p>Enfatizar el conocimiento del uso apropiado de los fármacos</p> <p>Entrenar a los vendedores de las farmacias sobre los signos de peligro y la referencia</p>
<p>Algunos signos son relacionados con enfermedades "populares"</p>	<p>Creencias maternas sobre las causas de la enfermedad</p>	<p><u>Culturales</u> Diferente conceptualización de los síntomas y causas de la enfermedad</p>	<p>Enfatizar el conocimiento de los signos de peligro biomédicos</p>

TABLA 12 A

Grupo por edad: Infantes y niños

Grupo Poblacional: Altiplano maya

Práctica Ideal: Buscar atención adecuada cuando el infante o niño con diarrea tiene signos de peligro

PRACTICA ACTUAL	UTIL	DAÑINO	NO SABE	¿QUÉ TAN COMÚN? ¿QUÉ GRUPOS?
Las madres no buscan atención cuando se percibe que la enfermedad no es seria (leve, inicial)		Percepciones maternas sobre la causa, severidad y persistencia de los síntomas		Común Entre los mayas (predominantemente)
Las madres buscan atención cuando los remedios caseros no son efectivos o cuando la enfermedad empeora (disentería)	Referencia a los servicios de salud por disentería	Percepciones maternas sobre la causa, severidad y persistencia de los síntomas		Común San Marcos, Quetzaltenango, Sololá No tan comun Totonicapán
Se busca atención con proveedores "populares" en caso de enfermedades "populares"		Creencias maternas respecto al tratamiento de las enfermedades populares		Común Entre los mayas (predominantemente)

17

TABLA 12 B

PROBLEMA ACTUAL	MOTIVOS PARA LA PRACTICA ACTUAL	IMPEDIMENTOS PARA MEJORAR LA PRACTICA	RECOMENDACIONES
<p>Retraso en la búsqueda de atención</p>	<p>Las madres primero prueban con remedios caseros, farmacos y otros tratamientos</p> <p>Las percepciones maternas sobre la causa, severidad y persistencia de los sintomas</p> <p>Las percepciones maternas sobre los servicios de salud (distancia, acceso, costo, tiempo, calidad)</p> <p>Control materno sobre efectivo, comida, tiempo, energia</p> <p>Organización en el hogar y sistema de apoyo</p> <p>Conocimiento limitado sobre prácticas de busqueda de atención</p>	<p><u>Culturales</u> Las madres primero prueban con remedios caseros, fármacos y otros tratamientos</p> <p>Las percepciones maternas sobre la causa, severidad y persistencia de los sintomas</p> <p><u>Sociales</u> Falta de orientación respecto a prácticas adecuadas de busqueda de atención</p> <p>Las percepciones maternas sobre los servicios de salud</p> <p>Organización en el hogar y sistema de apoyo</p> <p>Conocimiento limitado sobre prácticas de búsqueda de atención</p> <p><u>Socioeconómicos</u> Control materno sobre efectivo, comida, tiempo, energía</p>	<p>Enfatizar el conocimiento sobre los signos de peligro biomedicos</p> <p>Entrenar a los promotores de salud y comadronas para visitar casas, orientar a las madres y referir casos serios</p>
<p>Algunas veces no se busca atención</p>	<p>Percepciones de las madres sobre causas de la diarrea, severidad y persistencia de los síntomas</p> <p>Las percepciones maternas sobre los servicios de salud</p> <p>Control materno sobre efectivo, comida, tiempo, energía</p> <p>Organización en el hogar y sistema de apoyo</p> <p>Conocimiento limitado sobre practicas de busqueda de atención</p>	<p><u>Culturales</u> Las percepciones maternas sobre la causa, severidad y persistencia de los síntomas</p> <p><u>Sociales</u> Falta de orientación respecto a prácticas adecuadas de búsqueda de atención</p> <p>Las percepciones maternas sobre los servicios de salud</p> <p>Organización en el hogar y sistema de apoyo</p> <p>Conocimiento limitado sobre prácticas de búsqueda de atención</p> <p><u>Socioeconómicos</u> Control materno sobre efectivo, comida, tiempo, energía</p>	<p>Promover el uso de monitores locales de salud para detectar casos, orientar a las madres y referir casos serios</p> <p>Enfatizar el conocimiento sobre los signos de peligro biomédicos</p>

78

TABLA 13 A

Grupo por edad. Infantes y niños

Grupo Poblacional: Altiplano maya

Práctica Ideal: Buscar atención adecuada cuando el infante o niño con IRA presenta signos de peligro

PRACTICA ACTUAL	UTIL	DAÑINO	NO SABE	¿QUÉ TAN COMÚN? ¿QUÉ GRUPOS?
Si el niño no mejora después de darle remedios caseros, se busca atención biomédica		Las madres subestiman los signos de peligro Percepciones de las madres sobre la seriedad de la condición y la vulnerabilidad del niño		Común Quetzaltenango No tan común San Marcos, Sololá Menos común San Marcos
Se busca atención dentro de los primeros cinco días		Percepciones de las madres sobre la seriedad de la condición y la vulnerabilidad del niño Las madres subestiman los signos de peligro Amplio rango de tratamientos caseros		Común Sacatepéquez, Chimaltenango, Totonicapán
Las madres prefieren buscar atención en servicios privados y no en los servicios públicos		El manejo de los casos de las IRA no ha sido estandarizado para el sector privado La atención primaria en salud no se practica en el sector privado		Más comun Quetzaltenango, Sololá Comun Totonicapán, San Marcos

14

TABLA 13 B

PROBLEMA ACTUAL	MOTIVOS PARA LA PRACTICA ACTUAL	IMPEDIMENTOS PARA MEJORAR LA PRACTICA	RECOMENDACIONES
Retraso en la búsqueda de atención	<p>Percepciones maternas sobre la seriedad de la condición y la vulnerabilidad del niño</p> <p>Las madres prueban primero con remedios caseros</p> <p>Se subestima la magnitud de la seriedad de los síntomas</p> <p>Aspectos materiales y económicos (transporte, costo de los servicios y de las medicinas)</p> <p>Organización familiar y poder en la toma de decisiones</p>	<p><u>Culturales</u> Percepciones maternas sobre la seriedad de la condición y la vulnerabilidad del niño</p> <p>Las madres prueban primero con remedios caseros</p> <p>Se subestima la magnitud de la seriedad de los síntomas</p> <p><u>Económicos</u> Aspectos materiales y económicos (transporte, costo de los servicios y de las medicinas)</p> <p><u>Sociales</u> Organización familiar y poder en la toma de decisiones</p>	<p>Enfatizar el conocimiento sobre los signos de peligro biomédicos</p> <p>Entrenar a los promotores de salud y comadronas para visitas de casas, para orientar a las madres y referir casos</p> <p>Promover el uso de monitores locales de salud para detectar casos y referirlos cuando sea necesario</p>
Las madres prefieren buscar atención en servicios privados y no en los públicos	<p>Percepciones de las madres sobre los proveedores privados (las tratan mejor)</p> <p>Percepciones maternas sobre las características de los servicios de salud (acceso, largo tiempo de espera, problemas de comunicación, relaciones interpersonales, horarios inconvenientes, falta de medicinas, servicio de mala calidad)</p>	<p><u>Culturales</u> Percepciones maternas acerca de los servicios de salud pública</p> <p><u>Institucionales</u> Mala calidad del servicio prestado en los servicios de salud pública</p>	<p>Enfatizar la provisión de servicios de buena calidad en el sector público</p> <p>Enfatizar la promoción de los servicios públicos de salud a nivel local (visitas a las casas, altoparlantes, "pregones", radio, etc)</p>
Los proveedores privados no han sido entrenados en el manejo estandarizado de casos de IRA	No hay enlace entre los sectores privado y público de salud	<p><u>Institucionales</u> Falta de un sistema integrado de salud</p> <p>Como no existe un sistema de salud integrado, no hay comunicación entre los proveedores privados y públicos</p>	<p>Enfatizar la estandarización en el manejo de casos en el sector privado</p> <p>Promover el uso de la atención primaria en salud dentro del sector privado</p>

TABLA 14 A

Grupo por edad Infantes y madres embarazadas

Grupo Poblacional. Altiplano maya

Práctica Ideal: Los infantes deberían recibir un esquema completo de vacunación y las mujeres un esquema adecuado de vacuna antitetánica

PRACTICA ACTUAL	UTIL	DAÑINO	NO SABE	¿QUÉ TAN COMÚN? ¿QUÉ GRUPOS?
La mayoría de los infantes no tiene un esquema completo de vacunación		Creencias de las madres sobre la vacunación Las madres no llevan a sus niños a control a los servicios de salud Conocimiento limitado sobre la vacunación Reacciones a las vacunas		Común Sololá, Quetzaltenango, San Marcos, Totonicapán
La mayoría de las madres tiene un esquema incompleto de vacunas de toxoide tetánico		Creencias de las madres sobre la vacunación Las madres no van a los servicios de salud para control prenatal Conocimiento limitado sobre la vacunación		Poca información sobre prácticas, solo sobre conocimientos, los cuales son limitados respecto a las indicaciones y esquema completo de vacunación

TABLA 14 B

PROBLEMA ACTUAL	MOTIVOS PARA LA PRACTICA ACTUAL	IMPEDIMENTOS PARA MEJORAR LA PRACTICA	RECOMENDACIONES
<p>Registro incompleto de vacunación</p>	<p>Temor de las madres a las reacciones secundarias (se sienten mal, fiebre)</p> <p>Contradicción Las inyecciones se ponen cuando una persona está enferma, las vacunas cuando la persona esta sana</p> <p>Falta de conocimiento sobre la vacunación</p> <p>Problemas relacionados con los servicios de salud (comunicación, horarios)</p> <p>Oportunidades perdidas (enfermedad del niño, factores de los servicios de salud)</p> <p>Algunos niños no son llevados a los servicios de salud para su control</p> <p>Creencias maternas acerca de la vacunación</p>	<p><u>Biológicos</u> Probables reacciones secundarias</p> <p>Oportunidades perdidas por enfermedad del niño</p> <p><u>Culturales</u> Miedo a las reacciones secundarias</p> <p>La vacunación no tiene sentido en el contexto de las creencias tradicionales de salud</p> <p><u>Sociales</u> Falta de conocimiento sobre el esquema de vacunación, las madres no hablan español, y no tienen una educación formal</p> <p>Los niños no son llevados a los servicios de salud para su control</p> <p><u>Institucionales</u> Falta de vacunas, cobertura limitada, cambios en los horarios de vacunación</p> <p>Oportunidades perdidas por falta de vacunas o de quien las ponga</p> <p><u>Geográficos</u> Acceso difícil a las comunidades, la distancia a la municipalidad más cercana</p>	<p>Enfatizar la importancia de la vacunación como medida de prevención de enfermedades y de llevar a los niños a control</p> <p>Enfatizar el conocimiento sobre el esquema de vacunación</p> <p>Promover el uso de redes existentes privadas de distribución y promoción (Coca-cola y Pepsi por ejemplo) en aldeas lejanas para llevar mensajes educativos</p> <p>Considerar la importancia de los promotores de salud y comadronas a nivel local para incluirlos en las intervenciones educativas</p> <p>Apoyar las actividades de canalización</p> <p>Promover la transmisión de información adecuada respecto a campañas y canalización usando los medios locales</p>
<p>Esquema incompleto de vacunas tetánicas</p>	<p>Falta de conocimiento sobre esta vacuna (indicaciones, esquema)</p> <p>Temor de las madres a las reacciones secundarias</p> <p>Rechazo del esposo a la vacunación</p> <p>Las madres no van a los servicios de salud para control prenatal</p> <p>Las comadronas que proveen el control prenatal y del parto no están incluidas en la estrategia del programa nacional de vacunación</p>	<p><u>Culturales</u> Temor a las reacciones secundarias</p> <p>En algunas áreas, creen que se vacuna para esterilizar</p> <p>La vacunación no tienen sentido en el contexto de las creencias tradicionales de salud</p> <p><u>Sociales</u> Falta de conocimiento sobre vacunación</p> <p>Las madres no van a control prenatal a los servicios de salud</p> <p><u>Institucionales</u> Las comadronas no son incluidas en la estrategia del programa nacional de vacunación</p>	<p>Considerar la importancia de los promotores de salud y comadronas a nivel local para incluirlos en las intervenciones educativas</p> <p>Enfatizar la importancia de vacunar durante el embarazo para prevenir el tétano neonatal en los bebés</p> <p>Enfatizar la importancia y beneficios de buscar atención durante el embarazo</p> <p>Entrenar a las comadronas y promotores sobre la vacuna de tétano en el embarazo</p>

TABLA 15 A

Grupo por edad: Diverso

Grupo Poblacional: Proveedores de salud

Práctica Ideal. Los proveedores de salud tratan a las personas con respeto y de manera amigable

PRACTICA ACTUAL	UTIL	DAÑINO	NO SABE	¿QUÉ TAN COMÚN? ¿QUÉ GRUPOS?
Frecuentemente los proveedores de salud son discriminadores		La discriminación por clase social y grupo étnico es común		Común Altiplano
Frecuentemente los proveedores de salud son irrespetuosos		El respeto por los grupos étnicos y las diferencia de clases no es común		Común Altiplano
Frecuentemente los proveedores de salud no son amigables		Las relaciones interpersonales son inadecuadas		Comun Altiplano
Frecuentemente los proveedores de salud no son amables		Las relaciones interpersonales son inadecuadas		Comun Altiplano

TABLA 15 B

PROBLEMA ACTUAL	MOTIVOS PARA LA PRACTICA ACTUAL	IMPEDIMENTOS PARA MEJORAR LA PRACTICA	RECOMENDACIONES
Tratamiento discriminante	Percepciones y prejuicios sobre grupos étnicos y clases sociales	<u>SocioCulturales</u> Sesgo étnico y de clase	Promover la aceptación y respeto hacia los diferentes grupos étnicos y clases sociales Promover el uso de personal local
Tratamiento irrespetuoso	Percepciones y prejuicios sobre grupos étnicos y clases sociales	<u>SocioCulturales</u> Sesgo étnico y de clase	Promover la aceptación y respeto hacia los diferentes grupos étnicos y clases sociales Promover el uso de personal local
Tratamiento poco amistoso	Muchas obligaciones, poca motivación, poca identificación con los clientes, falta de interés en los seres humanos	<u>Institucionales</u> Poca motivación por bajos salarios, falta de apoyo técnico y moral, capacitación, incentivos y compensaciones Alta demanda de servicios y personal limitado <u>PsicoSociales</u> Poca identificación con los clientes Falta de interés en el ser humano	Enfatizar las relaciones interpersonales adecuadas y calidad de atención Motivar y estimular al personal de salud Involucrar a los promotores locales de salud y comadronas en dar apoyo en las actividades de atención de salud (en la clasificación de los pacientes) Una mejor selección del personal de salud
Tratamiento poco amable	Muchas obligaciones, poca motivación, poca identificación con los clientes, falta de interés en los seres humanos	<u>Institucionales</u> Poca motivación por bajos salarios, falta de apoyo técnico y moral, capacitación, incentivos y compensaciones Alta demanda de servicios y personal limitado <u>Psicosociales</u> Poca identificación con los clientes Falta de interés en el ser humano	Enfatizar las relaciones interpersonales adecuadas y calidad de atención Motivar y estimular al personal de salud Involucrar a los promotores locales de salud y comadronas en dar apoyo en las actividades de atención de salud Una mejor selección del personal de salud

22

TABLA 16 A

Grupo por edad: Diverso

Grupo Poblacional: Proveedores de salud

Práctica Ideal. Los Proveedores de salud explican con claridad y confirman la comprensión de lo que se está haciendo y lo que se debería hacer en el hogar

PRACTICA ACTUAL	UTIL	DAÑINO	NO SABE	¿QUÉ TAN COMÚN? ¿QUÉ GRUPOS?
Los proveedores de salud usualmente no escuchan cuando las madres están explicando el problema de salud		Los proveedores usualmente no son buenos "oidores" Interpretacion parcial del problema de salud		Común Altiplano
Los proveedores de salud usualmente no explican el diagnóstico y tratamiento a las madres en forma clara		Los proveedores no dan explicaciones claras		Comun Altiplano
Los proveedores de salud usualmente no confirman la comprensión de la persona que cuida al paciente sobre el diagnóstico y tratamiento		Los proveedores generalmente no confirman que se les haya entendido		Comun Altiplano

TABLA 16 B

PROBLEMA ACTUAL	MOTIVOS PARA LA PRACTICA ACTUAL	IMPEDIMENTOS PARA MEJORAR LA PRACTICA	RECOMENDACIONES
Los proveedores no escuchan a las madres	<p>Falta de tiempo</p> <p>Falta de interés</p> <p>Barrera de lenguaje</p>	<p><u>Institucionales</u> Limitado personal de salud</p> <p><u>Psicosociales</u> Falta de interés en los seres humanos</p> <p><u>Sociales</u> Barrera de lenguaje</p>	<p>Enfatizar la importancia de destrezas adecuadas de comunicación</p> <p>Enfatizar la importancia de mostrar interés en lo que las madres tienen que decir</p> <p>Enfatizar la importancia de tener proveedores locales en los servicios de salud que hablen el idioma</p>
El diagnóstico y el tratamiento generalmente no son claramente explicados a las madres	<p>La habilidad de las madres para entender es subestimada por los proveedores de salud</p> <p>Usualmente los proveedores hablan solo español</p> <p>Los proveedores de salud usan lenguaje técnico</p> <p>Percepción de las madres de que los proveedores no están interesados en explicarles asuntos de salud</p>	<p><u>SocioCulturales</u> Los proveedores subestiman la habilidad de las madres para entender</p> <p>Barrera de lenguaje</p> <p>Uso de lenguaje técnico</p> <p>Se percibe falta de interés en escuchar y explicar</p>	<p>Enfatizar la importancia de destrezas adecuadas de comunicación</p> <p>Enfatizar la importancia de tener proveedores locales en los servicios de salud que hablen el idioma</p> <p>Enfatizar la importancia de usar lenguaje simple y común al explicarle a las madres</p> <p>Enfatizar la importancia de mostrar interés en lo que las madres tienen que decir</p>
Usualmente los proveedores no confirman la comprensión de las madres respecto al diagnóstico, tratamiento y visitas de seguimiento	<p>La habilidad de las madres para entender es subestimada por los proveedores de salud</p> <p>Usualmente los proveedores hablan solo español</p> <p>Percepción de las madres de que los proveedores no están interesados en discutir asuntos de salud con ellas</p>	<p><u>Socio culturales</u> Los proveedores subestiman la habilidad de las madres para entender</p> <p>Barrera de lenguaje</p> <p>Falta percibida de interés en preguntar y escuchar</p>	<p>Enfatizar la importancia de tener proveedores locales en los servicios de salud que hablen el idioma</p> <p>Enfatizar la importancia de usar lenguaje simple y común al confirmar la comprensión de las madres</p> <p>Enfatizar la importancia de mostrar interés en lo que las madres tienen que decir</p>

26

7

TABLA 17 A

PROBLEMA ACTUAL	MOTIVOS PARA LA PRACTICA ACTUAL	IMPEDIMENTOS PARA MEJORAR LA PRACTICA	RECOMENDACIONES
<p>Los medios masivos han sido considerados ineficientes para las áreas rurales mayas</p>	<p>Menos accesibles</p> <p>Menos receptividad a los mensajes en español</p> <p>Más aislados geográfica y culturalmente</p>	<p><u>Sociales</u> Barrera del lenguaje</p> <p><u>Institucionales</u> Selección inadecuada de estaciones de radio</p> <p><u>Geograficos</u> Aislamiento</p> <p><u>Economicos</u> Acceso limitado a la radio</p>	<p>Enfatizar el uso de idiomas locales en los mensajes educativos</p> <p>Enfatizar la adecuada selección de estaciones y programas de radio para transmitir mensajes</p> <p>Cuando los impedimentos estén relacionados con factores geográficos y económicos, considerar el uso de otros canales</p>
<p>La mayoría de los mensajes no se ha basado en conceptos mayas o necesidades locales</p>	<p>Incompatibilidad de los modelos de salud-enfermedad</p> <p>La mayoría de organizaciones tienen mensajes y contenidos predeterminados</p> <p>Las organizaciones no han usado un enfoque participativo en sus intervenciones educativas</p>	<p><u>Culturales</u> Incompatibilidad de los modelos de salud-enfermedad</p> <p><u>Institucionales</u> Intervenciones predeterminadas</p> <p>Enfoque participativo limitado</p>	<p>Enfatizar el hallar bases comunes para la comunicación y familiarizarse con las clasificaciones étnicas</p>
<p>Uso limitado de los medios locales</p>	<p>La mayoría de organizaciones tienen mensajes y contenidos predeterminados</p> <p>Las organizaciones no han usado un enfoque participativo en sus intervenciones educativas</p> <p>Enfoque no-participativo en la identificación de problemas locales</p>	<p><u>Institucionales</u> Intervenciones predeterminadas</p> <p>Enfoque participativo limitado</p>	<p>Enfatizar el uso de mujeres de edad media, que hablen el idioma maya local y tengan conocimiento y experiencia comadronas, enfermeras, promotoras de salud y doctores</p> <p>Enfatizar el uso de los medios locales (títeres, mantas, banderas, eventos, pregoneros, etc)</p>
<p>Uso limitado de la combinación de medios locales y masivos</p>	<p>Generalmente se ha enfocado uno o el otro</p> <p>La mayoría de organizaciones tienen mensajes y contenidos predeterminados</p>	<p><u>Institucionales</u> Intervenciones predeterminadas</p>	<p>Enfatizar un enfoque que combine los medios masivos de comunicación y los canales locales de comunicación (maestros, estudiantes, servicios tradicionales de salud, iglesias, ONG's, etc)</p>