

# CAPITULO 1

## GENERALIDADES

### 1.1 INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la maestría decidí realizar mi trabajo de grado en asuntos relacionados con mi profesión y por ese motivo busqué a la profesora Gloria Alcaraz, Nutricionista Dietista, quien como colega y experta en investigación cualitativa, pudiera orientar mis intereses y focalizarlos mejor.

Así pues, me inscribí en el Grupo de Investigación de la facultad de Enfermería: La Práctica de Enfermería en el Contexto Social, en la línea cultura y salud, coordinada por mi asesora, quien además estaba involucrada en un Grupo de Investigación denominado “Vida Infantil”, adscrito a la Facultad de medicina, con el cual tenía un proyecto de investigación para el tratamiento de niños con desnutrición grave: Tipo Marasmo, Kwashirkor o Mixta.

Los grupos Vida Infantil y Práctica de Enfermería en el Contexto Social, plantearon el macroproyecto “Estado nutricional y condiciones de vida y salud de los menores de 5 años del municipio de Turbo”. Dos residentes de pediatría desarrollaron el componente de estado nutricional y condiciones de vida desde un enfoque cuantitativo y contribuyeron con la recolección de los datos antropométricos de los menores; en este proyecto me correspondió desarrollar el componente cualitativo, que pretendió conocer y comprender cómo ven las madres la desnutrición de sus hijos, qué sienten y por qué permiten que los niños lleguen a ese estado de desnutrición.

En ese sentido, realice una investigación cualitativa con el enfoque de etnografía focalizada, para comprender la percepción de las madres sobre el proceso de desnutrición grave de sus hijos.

Conocer las percepciones que tienen las madres frente al proceso de desnutrición de sus hijos permite comprender como las madres viven la enfermedad, cómo la diagnostican, donde quién asisten, cómo la tratan, cómo la previenen y cómo la padecen. Estos conocimientos permiten articular los hallazgos a los procesos de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención de la desnutrición en una forma intercultural.

Comprender cómo viven las madres el proceso de desnutrición de sus hijos, sirve para contextualizar la atención de los niños a su contexto socio-cultural para trascender a una mirada holística de la desnutrición donde se recupere, se valore y se integre a la familia y sobre todo a las madres en el proceso de recuperación de sus hijos.

En esa línea de pensamiento, los hallazgos de la investigación tienen repercusiones prácticas en el contexto de los currículos de las carreras del área de la salud y en las políticas públicas sobre alimentación y nutrición a nivel local, regional y nacional.

El texto consta de siete capítulos.

El primero denominado generalidades abarca la Introducción, el problema y los objetivos. El segundo capítulo desarrolla el marco contextual de la población de estudio y el marco teórico. El tercero aborda el proceso metodológico utilizado en el desarrollo del estudio.

El cuarto capítulo se desarrolla alrededor de la categoría *mal de ojo* como causante de la desnutrición aguda grave, muestra como el mal de ojo relatado desde el siglo V DC pervive hoy en día en la cultura Turbeña y a éste se le impugna el marasmo y el Kwashiorkor. El estudio muestra cómo las madres ejecutan una gran cantidad de acciones y concepciones frente al diagnóstico, tratamiento y prevención del mal de ojo (DAG).

El quinto capítulo describe etnográficamente el padecimiento de las madres cuidadoras de los niños con desnutrición aguda grave (DAG) durante el proceso de enfermedad de sus hijos. Dicho padecimiento recoge la historia de vida de las madres, su cotidianidad, las relaciones culturales e intersubjetivas, el itinerario terapéutico que realizan con sus hijos en búsqueda de una solución a la enfermedad, la ruta de su padecimiento y la culpabilización de la que son víctimas.

El sexto capítulo aborda el desencuentro entre los sistemas médicos: el biomédico con los sistemas médicos tradicionales: el afro Colombiano, el amerindio y el mestizo. Visibiliza la ausencia de la interculturalidad, la negación del sistema médico tradicional por parte del sistema biomédico y por ende la negación de la construcción cultural de la enfermedad.

Sin ánimo de calificar, ni de hacer juicios de valor, plasmo los relatos de las madres, los cuales muestran la forma como ellas perciben y se sienten tratadas por parte de los actores de los sistemas médicos: El Estado, sus compañeros y la sociedad en general.

Finalmente y sin intención de concluir, en el capítulo siete presento una reflexión final con la cual deseo abrir un espacio de discusión para retomar el verdadero sentido de la interculturalidad en salud, referida en este caso al proceso de desnutrición aguda grave.

## **1.2 PROBLEMA**

El problema se abordó desde la magnitud de éste y desde la concepción cultural de los colectivos frente a la desnutrición aguda grave (DAG) de sus hijos

### **1.2.1 La desnutrición como problema desde la epidemiología y la clínica**

La desnutrición infantil es uno de los flagelos más grandes de la humanidad. Las cifras son alarmantes: Casi el 30 por ciento de la población mundial sufre de alguna forma de malnutrición. Más de la mitad de los 12 millones de muertes anuales de niños menores de cinco años están relacionadas con la malnutrición, a menudo debido a la nutrición deficiente de las madres durante la gestación<sup>1</sup>.

En los países en desarrollo un tercio de todos los niños menores de cinco años sufren retraso en el crecimiento<sup>2</sup> y se estima que cerca de 12 millones de niños menores de 5 años mueren anualmente por enfermedades susceptibles de prevención, sobre todo en los países en desarrollo, donde más de 6 millones de niños (55%), perecen por causas relacionadas directa o indirectamente con la desnutrición<sup>3</sup>.

Más de la mitad de la carga de enfermedades del mundo se puede atribuir al hambre, a la ingestión desequilibrada de energía o a la deficiencia de vitaminas y minerales. Quienes no tienen una cantidad suficiente de energía o nutrientes fundamentales no pueden llevar una vida sana y activa<sup>1</sup>.

El bajo consumo de nutrientes pone en riesgo la vida de los niños: cada año quedan parcial o totalmente ciegos 500.000 niños debido a la deficiencia de vitamina A. El bajo consumo de nutrientes también aumenta la susceptibilidad a las enfermedades, retrasa el crecimiento y el desarrollo y aumenta las tasas de mortalidad por sarampión, diarrea y enfermedades respiratorias<sup>1</sup> La deficiencia de

yodo es la causa aislada más importante de lesiones cerebrales prevenibles en los niños y también aumenta la incidencia de abortos, muertes prenatales y muertes maternas. Hay más de 16 millones de casos de cretinismo y cerca de 49,5 millones de personas que sufren lesiones cerebrales debido a la deficiencia de yodo<sup>1</sup>

Los niños que padecen desnutrición presentan un mayor número de episodios diarreicos graves y una mayor vulnerabilidad a algunas enfermedades infecciosas, entre ellas el paludismo, la meningitis y las neumonías<sup>4,5</sup>. Existe una relación entre la creciente gravedad de los déficit antropométricos y la mortalidad, y todos los grados de malnutrición contribuyen considerablemente a la mortalidad infantil<sup>6,7</sup>.

Hay también pruebas sólidas de que el crecimiento insuficiente está asociado a un retraso del desarrollo mental<sup>4</sup>, así como a mayores tasas de fracaso escolar y de reducción de la capacidad intelectual<sup>8</sup>.

Los niños colombianos al igual que los de muchos países del mundo, padecen la desnutrición. En el año 2002 la UNICEF, en su informe anual de la infancia, afirmó que el 14% de la población infantil Colombiana sufría desnutrición severa<sup>9</sup> y según los últimos estudios sociales (2004) en Colombia mueren 2000 personas por desnutrición por año, o sea, 5 personas cada día<sup>10</sup>.

Las cifras de desnutrición en Colombia pueden ser mayores a la luz del informe de la FAO en el año (2002), quien reportó que 11% de la población colombiana no pudo satisfacer sus necesidades alimentarias diarias<sup>11</sup>, lo que parece lógico al mirar de cerca otros estudios que señalan que en Colombia “la pobreza sobrepasó el 60 por ciento, un índice que se refleja en los 3,5 millones de colombianos que dejaron de consumir las tres comidas diarias una o más veces a la semana”<sup>10</sup>.

Existen múltiples factores que inciden en la desnutrición del país: Más de 22,7 millones de personas en Colombia (55% de la población) carecen de una vida digna, 20% de la población vive por debajo de la línea de indigencia (8 millones). De los menores de 18 años, 41% vive en pobreza y de ellos 15.3% en absoluta miseria; hay 3,12 millones de desempleados y 6,93 millones de subempleados, y más de 2,7 millones de colombianos han sido desplazados, acosados por la violencia<sup>12</sup>. Según el Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) la iniquidad en Colombia equivale a un retroceso de más de 10 años en desarrollo humano<sup>13</sup>

Un aspecto que no se puede pasar por alto, en relación con este tema, es que la desnutrición no es considerada una enfermedad en el sistema de salud colombiano, sino un estado. Esto implica que los niños con desnutrición grave, son registrados en consulta como pacientes con las enfermedades subyacentes, como la enfermedad diarreica aguda (EDA) y la infección respiratoria aguda (IRA) u otras y, los niños que consultan por desnutrición aguda grave sin otras patologías concomitantes, no pueden ser hospitalizados. La carencia de registros impide que se tengan datos reales sobre la prevalencia e incidencia de desnutrición aguda grave para el país y sus diferentes departamentos y localidades municipales.

Al problema de la pobreza y al del no reporte de los casos, se le suma la dispersión de esfuerzos de las agencias internacionales, nacionales y locales; la falta de trabajo intersectorial e interinstitucional para impactar un problema multicausal de forma integral<sup>14</sup>; existe una descontextualización de los planes, programas y proyectos en salud y desarrollo en cuanto a lo social y cultural de cada colectividad. Esta situación menoscaba el impacto deseado de cada programa o proyecto.

En esta realidad colombiana están involucradas las diferentes localidades, lo que implica igualmente, la presencia de desnutrición en ellas. La Encuesta Nacional de

Demografía y Salud Profamilia 2000<sup>15</sup>, mostró que en Antioquia 7.6% de los niños menores de 5 años tienen desnutrición global y 15.6% desnutrición crónica, y registran índices más altos que los promedios nacional y suramericano y menores al estudio de Medellín en el 2002<sup>16</sup>. Sin embargo, los estudios realizados por la dirección Seccional de Salud del departamento de Antioquia, año 1996, muestra índices de desnutrición de 19.9% y 25.6% para desnutrición global y crónica respectivamente.

Contextualizando el problema en Urabá, la desnutrición crónica para 1996, según el Programa de Crecimiento y Desarrollo del Departamento de Antioquia, fue 28.1%, y la global 30.6%, superando el índice departamental que fue 25.6% y 19.9% respectivamente<sup>17</sup>. De acuerdo con las estadísticas del Hospital Francisco Valderrama de Turbo, entre los niños menores de 7 años que asistieron al Programa de Crecimiento y Desarrollo en 1999 (296 niños), 25.67% presentó desnutrición crónica y la prevalencia de la desnutrición aguda fue de 18.9%.<sup>18</sup>.

Según esta misma fuente<sup>18</sup> la prevalencia de desnutrición crónica en Turbo es similar a la estimada en Antioquia, pero considero que la prevalencia de desnutrición reportada puede no ser real, ya que sólo se estimó con una muestra de 296 menores que asistieron al Programa de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Francisco Valderrama. A este tipo de programas acuden, por lo general, niños “sanos” o cuyas madres se preocupan más por su salud y, en consecuencia, pueden tener menos riesgo de ser desnutridos. Por lo tanto puede considerarse que el estudio anterior no refleja el verdadero estado nutricional de la población infantil del Municipio de Turbo, ya que las muestras presentan un sesgo de selección.

El programa de tratamiento de niños con desnutrición grave que se lleva a cabo en la Unidad Vida Infantil del Hospital Francisco Valderrama de Turbo entre junio de 2001 y febrero de 2004, hace referencia a la recuperación de 153 niños con

desnutrición grave, tipo marasmo y tipo Kwashiorkor<sup>19</sup>, situación que es preocupante puesto que no todos los niños desnutridos acuden al hospital, lo que quiere decir, que el número de niños con desnutrición grave puede ser mayor a esta cifra reportada.

Volviendo nuevamente a Colombia, los datos reportados por la UNICEF (1995) sostiene que en los últimos 30 años, la prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años disminuyó de 21% en 1965 al 8% en 1995, la desnutrición crónica de 32% a 15% y plantea que la desnutrición aguda dejó de ser un problema de salud pública en el país, dado que en el mismo período pasó de 3.9% en los niños menores de 2 años a un 1.4%<sup>9</sup>.

La contradicción de las cifras tiene una explicación: la mayoría de los estudios de estado nutricional en el mundo utilizan el punto de corte de normalidad entre  $-2DS$  y  $+2DS$ , pues garantiza la comparabilidad nacional e internacional de la información de los sistemas de vigilancia nutricional; puede decirse sin embargo, que este punto de corte de normalidad enmascara a los niños con desnutrición leve y con sobrepeso, clasificándolos como normales. Si bien en el ámbito político este punto de corte permite mostrar mejoramientos en el estado nutricional, en el trabajo en salud invisibiliza el riesgo de la malnutrición (desnutrición y sobrepeso).

Se puede decir que es posible que las cifras de desnutrición sean mayores a lo reportado, que los datos disponibles estén subregistrados y que la desnutrición tenga un mayor peso en la mortalidad infantil en Turbo, en Antioquia y en Colombia.

### **1.2.2 La desnutrición desde las concepciones culturales de los colectivos.**

Para analizar el problema de la desnutrición desde las cifras epidemiológicas y desde los estudios clínicos se dispone de una cantidad abundante de información,

sin embargo, es muy pobre la literatura que trasciende la mirada biológica al contexto socio-cultural de la desnutrición aguda grave en cada grupo cultural.

Para analizar el problema de la desnutrición desde las cifras epidemiológicas y desde los estudios clínicos se dispone de una cantidad abundante de información, sin embargo, es muy pobre la literatura que trasciende la mirada biológica al contexto socio-cultural de la desnutrición aguda grave en cada grupo cultural.

La Revisión bibliográfica con relación a la percepción de las madres frente a la desnutrición grave de sus hijos, fue realizada en la base de datos LILACS, en las diferentes revistas indexadas de nutrición y dietética del mundo, en los boletines oficiales de organizaciones internacionales como la FAO y la UNICEF, así como en la Web.

Brasil es el país que más ha trabajado sobre los aspectos culturales relacionados con la desnutrición, allí se encontraron tres investigaciones relacionadas:

- López,<sup>20</sup> que analiza la percepción que tienen las madres sobre la pérdida de peso de sus hijos, el enfoque utilizado en este estudio es cualitativo y resalta los aspectos de percepción y cultura alimentaria, pero no deja claro cuales son las percepciones de la madre frente al tema.

- Rotenberg<sup>21</sup> trabaja las prácticas “alimentarias del cuidado de la salud: de la alimentación de los niños a la alimentación de la familia”, en este estudio las autoras resaltan que las prácticas alimentarias son una construcción social, aprendidas por las madres en su vida, en el contacto con los otros, por la experiencia de la maternidad y por el contacto con los servicios de salud, pero no centran el estudio sobre el tipo de prácticas alimentarias y demás acciones culturales en niños con desnutrición grave.

- Carvalho<sup>22</sup>, quien destaca que las madres perciben la desnutrición asociada con enfermedades y dolencias y con la dificultad que presentan los niños para aprender en las escuelas. Expresa esta autora que las madres tienen dificultades para definir qué es la desnutrición.

En Chile, el trabajo de Díaz<sup>23</sup>, lo orienta hacia las percepciones que tienen las madres sobre el estado nutricional de niños obesos, es un estudio cuantitativo de corte transversal, que utilizó encuestas estructuradas y no hablan desde la comprensión del fenómeno por parte de las madres.

En Colombia, Restrepo en su investigación cualitativo sobre una mirada a la vida cotidiana a la alimentación y nutrición del escolar, plantea como recomendación la necesidad de profundizar en el campo de la percepción sobre la desnutrición<sup>24</sup>.

Estas investigaciones no expresan con mucha claridad el hecho en si de la percepción de las madres sobre la desnutrición de sus hijos, ni sus prácticas terapéuticas, diagnósticas y/o de prevención, sólo el trabajo de Carvalho<sup>23</sup> manifiesta que las madres tienen dificultades para definir qué es la desnutrición.

El análisis del problema de la desnutrición ha carecido de la concepción cultural de quienes cuidan a los niños con la enfermedad y de quienes conviven con ella, que en la mayoría de los casos son las madres. Se evidencia un vacío que radica en el desconocimiento del personal del sistema biomédico de las percepciones, creencias, prácticas y significados que frente a la desnutrición tienen las madres de los niños, así como el desconocimiento de las prácticas de prevención y atención de la enfermedad y del por qué las madres hacen lo que hacen.

En este sentido, al tener en cuenta que la salud, el bienestar, la enfermedad y las formas de curar corresponden a construcciones socio-culturales<sup>25</sup> y que salud: “es un término que indica un estado de bienestar que se define, valora y practica

culturalmente y que refleja la capacidad de los individuos (o grupos) para realizar sus actividades cotidianas en modos de vida normalizados, beneficiosos y expresados culturalmente”<sup>26</sup>, el grupo de investigación Vida Infantil con su trabajo en Hospital de Turbo en la Unidad Vida Infantil, empezó a sentir que en la cultura turbeña las concepciones y las prácticas sobre la desnutrición aguda grave de los niños, posiblemente diferían de las del sistema biomédico.

El grupo empezó a observar que en algunos casos había incoherencia entre el estado nutricional de las madres (algunas con pesos normales, otras con sobre peso, otras obesas y otras tan desnutridas como sus niños) y sus niños con marasmo o kwashiorkor; esta situación mostraba que algo, más allá de la alimentación, subyacía frente a este problema. Y que el problema de la desnutrición era siempre analizado en cuanto a sus cifras y en cuanto a las alteraciones clínicas de los niños, más no desde la cultura de la población turbeña.

Dada esta situación y desde este análisis surgieron las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las percepciones que las madres de niños con desnutrición grave del municipio de Turbo tienen del estado nutricional de los niños? ¿Qué significa el marasmo y kwashiorkor? ¿Se perciben la pérdida de peso de los niños como un peligro para la vida de éstos? ¿Qué piensan las madres cuando ven que sus niños están perdiendo peso? ¿Cuáles son las prácticas y actitudes que tienen las madres para prevenir o tratar la desnutrición de sus hijos?

Mientras no se conozca y comprenda la percepción de las madres sobre la desnutrición aguda grave de sus hijos, así como las prácticas frente a esta desnutrición, no se podrá prevenir la desnutrición ni se podrá intervenir en forma holística y, el municipio de turbo continuará teniendo niños con desnutrición aguda grave que los colocan a las puertas de la muerte.

Escuchar la voz de las madres de los niños con desnutrición aguda grave tipo Marasmo, Kwashiorkor o Mixta, por parte de los profesionales de la salud, permite conocer y comprender aspectos culturales relacionados con la desnutrición infantil e intervenir este problema pero desde la interculturalidad de los grupos; en lo político planear acciones en el marco intercultural de los colectivos; y a los servicios de salud, el empoderamiento y la sustentabilidad de los programas tendientes a disminuir la morbí - mortalidad por desnutrición y a contribuir en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población infantil.

### **1.3 OBJETIVOS**

- Comprender la percepción y las prácticas que tienen las madres, frente a la desnutrición aguda grave (tipo Marasmo y Kwashiorkor) de sus hijos.
- Identificar las prácticas culturales que influyen en la presencia de la desnutrición.

## **CAPITULO II**

### **MARCO CONTEXTUAL**

#### **2.1 LA LOCALIDAD DEL ESTUDIO: EL MUNICIPIO DE TURBO**

Esta investigación se realizó con madres del municipio de Turbo cuyos hijos padecían o padecieron desnutrición aguda grave (DAG). Turbo forma parte de la región de Urabá y está ubicado al noroccidente del departamento de Antioquia, Colombia. El municipio fue fundado en 1.840 y erigido municipio en 1.847. Dista 380 Km. de la ciudad de Medellín. Limita al Norte con los municipios de Necoclí y Arboletes, al Este con los municipios de San Pedro de Urabá, Apartadó, Carepa y Chigorodó, al Sur con el municipio de Mutatá y al Oeste con los municipios chocoanos de Riosucio y Ungía. Tiene un área de 3.055 Km<sup>2</sup> siendo en la actualidad el más extenso del departamento de Antioquia, la altura de su territorio oscila entre superficies a nivel del mar (0 m.) hasta unos 1.600 m. aproximadamente, su temperatura promedio es de 28°C.<sup>18</sup>

Turbo tiene 121.469 habitantes, en su mayoría afrocolombianos, hay también población mestiza y un pequeño porcentaje de indígena. De la población total 36.7% está ubicada en la cabecera municipal y 63.3% en el área rural (estas personas están distribuidas en la cabecera municipal y en 17 corregimientos que aglutinan 225 veredas<sup>18</sup>

79.4% del sector urbano de Turbo cuenta con acueducto, sin embargo el agua no cumple con los estándares microbiológicos para ser considerada potable para el consumo humano, además es escasa y con cortes frecuentes. El agua del acueducto se utiliza para el aseo del hogar; para el consumo humano se recoge el

agua lluvia, en algunos casos se utiliza el agua de los pozos. Turbo cuenta con un alcantarillado deficiente y la cobertura de energía eléctrica es de 88% en el área urbana y 59% en la rural<sup>18</sup>

La recolección y el manejo de basuras tienen una cobertura de 60% en el área urbana y un 50% en 4 de los corregimientos<sup>18</sup>.

**Figura 1. Localización geográfica del Municipio de Turbo**



La principal actividad económica de Turbo es la agricultura, siendo el cultivo de plátano (*Musa cavendishii*) y banano (*M. Paradisiaca*) la principal fuente generadora de empleo y de riqueza, no sólo del municipio sino de toda la región de Urabá, constituyéndose en el primer elemento de exportación a nivel departamental y el segundo en el ámbito nacional. Los cultivos de plátano, banano y papaya (*Carica papaya*) son tecnificados a diferencia de los restantes que son considerados productos de subsistencias, entre los cuales se encuentran: maíz (*Zea mays*), yuca (*Manihot esculenta*), arroz (*Oriza Zativa*), aguacate (*Persea Americana*) y cacao (*Theobroma cacao L.*).<sup>18</sup>

El municipio presenta un alto índice de pobreza: aproximadamente 50% de la población vive en condiciones de miseria, según datos del último censo poblacional realizado (18) 64.1% de la población tiene sus Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), lo que ha sido resaltado por los Turbeños como el principal problema del Municipio. De igual manera, también reconocen otros problemas relacionados entre sí, como: Bajo poder adquisitivo para obtener los bienes de la canasta familiar en la mayoría de la población, desequilibrio en el crecimiento económico, desempleo, baja rentabilidad y productividad del sector agropecuario, entre otros.<sup>18</sup>

Se puede decir que más de la mitad de la población es de estrato 1, lo que equivale a estar en condiciones de miseria pues tienen todas o casi todas las necesidades básicas insatisfechas, se presentan deficiencias en cuanto al acceso a los alimentos de alta calidad nutricional, a saneamiento básico, presentan problemas de hacinamiento y aumento en la ocupación de viviendas en zonas de alto riesgo de inundaciones<sup>18</sup>; esta condición hace que sea una población muy sensible a enfermedades de la piel, Infección Respiratoria Aguda (IRA), y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA).

El municipio tiene un hospital estatal de primer nivel de atención, en el que se encuentra la Unidad Vida infantil donde se tratan los niños con DAG, el municipio cuenta además con varias empresas privadas de salud, además con sedes de universidades y otras instituciones de educación técnica.

## **2.2 MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1 Nutrición, desnutrición y prácticas alimentarias**

El estudio de la nutrición es muy reciente, las primeras observaciones de hace apenas 200 años se hicieron en Francia y se le atribuyen a Lavoisier <sup>27</sup>. Los estudios científicos de la nutrición en el siglo XIX pasan de Francia a Alemania y quedan establecidos los principios fundamentales del concepto energético de la nutrición<sup>28</sup>. En 1750 se identifican los inicios de los cambios fundamentales en la alimentación mundial, debido a los estudios científicos sobre energía y proteínas y al descubrimiento de las vitaminas.

En 1877 comienza el estudio de la Dietética y la Nutrición en América y Europa, y se implementa la Carrera de Dietista a nivel universitario. En 1914 –1918 (Primera Guerra Mundial) se plantea un problema insospechado en la alimentación de los soldados y la población civil por la deficiencia de tiamina (b1) que afecta a la mayoría de la población alemana, disminuyendo considerablemente su resistencia<sup>29</sup>.

En 1922 Bantin y Best descubren la insulina que no solamente permite tratar la diabetes sino que amplía los horizontes de investigaciones sobre nutrición <sup>27</sup>. En 1935 se crea una Marco Ético de alimentación equilibrada, con ocasión del diseño hecho por un grupo de filósofos de las “Normas de Ginebra”, lo que marca el inicio de la nutrición como disciplina académica <sup>29</sup>.

El período entre 1930-1940, se caracteriza por el descubrimiento de nuevas vitaminas y predomina la prevención de enfermedades carenciales, utilizando la fortificación de alimentos con vitaminas<sup>28</sup>.

A raíz de la conclusión de la Segunda Guerra Mundial en 1945, surgió como problema de primera magnitud la situación alimentaria de las poblaciones ocupadas por las fuerzas alemanas. La movilización científica fue inmediata y aun antes de terminar el conflicto se formaron grupos de expertos para acudir a las zonas más afectadas. A partir de este momento, la nutrición ha avanzado como área de conocimiento ligado a la medicina bajo la premisa del estudio de las interrelaciones de los nutrientes, su papel biológico y la determinación de los requerimientos dietéticos; predominando un enfoque positivista que prima sobre el histórico – social <sup>21</sup>.

Dada la creciente preocupación que ha generado la nutrición como objeto de estudio de las ciencias médicas y de las carencias sociales, hoy día se ha avanzado en el concepto de alimentación, el cual sintetiza Rotenberg<sup>21</sup> como “el estudio del hombre y su relación con los alimentos, inmerso y comprendido en la historia, en la cultura y en las organizaciones sociales”.

Coincidiendo con Rotenberg<sup>21</sup>, entiendo por alimentación - nutrición el área del conocimiento que estudia la relación hombre – naturaleza – alimento, en una relación compleja, que involucra aspectos estructurales, ideológicos y simbólicos, desde una mirada que integra lo biológico y lo social como una forma de comprender la nutrición en su totalidad.

Así, hablar de nutrición y alimentación en el ser humano, es reconocer no sólo la historicidad de dicho proceso, los aspectos de las organizaciones que lo subyacen y los asuntos culturales en los que está inmerso, sino también, reconocer que el hombre a través de su experiencia cotidiana con el proceso de alimentarse cuando

está sano, cuando está enfermo, cuando se es niño, cuando se está en crecimiento, o en cualquier proceso vital humano, adquiere conocimientos que crea y recrea con los otros y en los otros.

Esos conocimientos a su vez se convierten en prácticas alimentarias, las cuales entiendo al igual que Rotenberg<sup>21</sup> como la forma en que el ser humano selecciona, prepara, consume, produce e ingiere los alimentos, que involucra el qué se come, cómo se come, en dónde se come, con quién se come y cómo se utilizan los alimentos, horarios, combinaciones, todo conjugado como prácticas sociales.

Cabe resaltar, que lo que se selecciona, lo que se prepara y lo que se consume, está determinado por las preferencias, gustos y rechazos, normas y creencias y por el acceso a los alimentos. Los gustos y los rechazos pertenecen también a sistemas normativos socialmente construidos por representaciones traducidas en prácticas alimentarias diferenciadas, en las diversas culturas y grupos sociales<sup>30</sup>.

Según Martinic,<sup>31</sup> la alimentación, sus prácticas y significados se generan colectiva e intersubjetivamente y operan con una lógica diferente a la racional. Esta lógica es la del sentido común, en la cual pesa la experiencia y el ejemplo de lo que ha funcionado.

Así, se entiende que las prácticas relacionadas con la alimentación y la nutrición, son prácticas socio-culturales, que deben ser abordadas en esa misma mirada que trascienda lo estrictamente biológico y metabólico a una comprensión antropológica-social<sup>32</sup>.

La constitución política plantea que Colombia es un país multiétnico y pluricultural, lo que nos permite reconocer que no existe una sola cultura alimentaria, sino muchas culturas alimentarias cuyas prácticas deben ser comprendidas en su

dimensión compleja, con el fin de construir nuevas formas de hacerle frente a los problemas del hambre y la desnutrición.

La desnutrición, desde el enfoque positivista de las ciencias de la salud, es una condición patológica inespecífica, sistémica e irreversible en potencia, que se origina como resultado de la deficiente utilización de los nutrientes por las células del organismo <sup>33</sup>

La desnutrición también es definida como un grupo de enfermedades cada una relacionada con uno o más nutrientes y cada una caracterizada por un desbalance celular entre la oferta de los nutrientes y la energía, y de otro lado, la demanda del cuerpo para asegurar el crecimiento, mantenimiento y funciones específicas, entre otras <sup>34</sup>.

La desnutrición se manifiesta por un retardo potencialmente reversible del crecimiento físico y del desarrollo psicomotor, junto con otros síntomas y signos clínicos. Las formas severas de desnutrición aguda grave (DAG) se denominan marasmo y kwashiorkor, síndromes que se caracterizan por una deficiencia de proteínas y energía el primero y de proteínas principalmente el segundo <sup>35,35</sup>.

**El marasmo**, es la desnutrición proteicoenergética que se presenta, generalmente durante el primer año de vida y se caracteriza por una gran pérdida de tejido adiposo y muscular, también ocurre un retardo en el crecimiento que en casos graves, puede llegar a convertirse en detención completa del mismo. Los niños se observan muy enflaquecidos, con disminución notoria del panículo adiposo de la pared abdominal, las mejillas y la cintura escapular y pelviana <sup>35</sup>.

**El Kwashiorkor**, síndrome que se caracteriza por lesiones cutáneas, la presencia de edema, el hígado graso, la despigmentación del cabello y la irritabilidad. Aunque la patógenia del kwashiorkor no está completamente aclarada, se acepta

por definición que la expansión del espacio intracelular, manifestado clínicamente por la aparición del edema, es la forma característica de esta forma de desnutrición<sup>36</sup>. El kwashiorkor se asocia con signos físicos cutáneos como la dermatitis descamativa, el cabello ralo, despigmentado y quebradizo; las uñas frágiles, las conjuntivas pálidas y la boca con estomatitis angular, signos que son deficiencias de las vitaminas y las proteínas<sup>35</sup>.

**La desnutrición Mixta:** Es el síndrome caracterizado por la presentación de ambos tipos de desnutrición grave, con la combinación de signos y síntomas<sup>35</sup>. Todos tienen alto riesgo de muerte.

La mortalidad en niños hospitalizados por marasmo representa hasta el 20% o 30%, con una variación hasta de un 50% o 60% en los niños con desnutrición tipo Kwashiorkor<sup>36</sup>; significa entonces, que el niño que se encuentre en estas patologías está en riesgo de muerte.

La desnutrición, es la resultante de un estado nutricional anormal; el estado nutricional es una condición interna del individuo que se refiere a la disponibilidad y utilización de energía en el ámbito celular; condicionado por la disponibilidad de alimentos, el ingreso económico, factores culturales, educativos, emocionales, ambientales y de salud<sup>37</sup>; es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes<sup>38</sup>

Para evaluar el Estado nutricional se puede recurrir a medidas biológicas y clínicas, pero también a evaluaciones antropométricas, algunas de estas medidas tienen relación con el crecimiento físico, el cual está dado por las diferencias en el tamaño, expresadas como peso y estatura, proporción y composición corporal durante el crecimiento<sup>38</sup>, a lo que se le llama comúnmente, datos antropométricos, los cuales son de uso internacional por ser los más económicos y no invasivos<sup>39</sup>,

permiten mayor facilidad de trabajo en el primer nivel de atención y a nivel comunitario.

El ritmo de crecimiento de los niños de cinco años es una medida comúnmente utilizada para estimar el estado nutricional y el riesgo de desnutrición de toda una comunidad; de hecho, el mayor indicador global de salud de los niños es el crecimiento y su valoración en déficit (estatura para la edad) representa las desigualdades en las poblaciones en cuanto a desarrollo humano, puesto que los niños menores de cinco años representan el segmento más vulnerable de la población<sup>38</sup>.

Al respecto Castiel<sup>40</sup> hace un llamado cuando dice que al trabajar con datos poblacionales, el ser humano sufre los efectos del proceso de agregación de personas, y con eso, se pierde la particularidad, y la singularidad propia del nivel de organización individual.

El llamado toma importancia cuando se piensa que a pesar de la facilidad en el manejo de los datos, aún muchos casos de desnutrición pasan desapercibidos por los profesionales de los servicios de salud<sup>21</sup>. En este sentido Zaborowsky<sup>41</sup> plantea que las madres tampoco reconocen el problema, sus hijos están bien cuando ejercen sus actividades diarias. El diagnóstico de desnutrición llega por enfermeras, nutricionistas, o médicos.

Y es que generalmente se habla de estado nutricional, pero hablar de “estado” no significa alteración en la salud o en la enfermedad, así pues, la gravidez es un estado y no una enfermedad; pero cuando en la evaluación antropométrica los niños presentan un déficit en la estatura o en el peso ¿de qué se habla, de “estado” o de “alteración”?, ¿cómo se puede decir que la desnutrición es un estado cuando el riesgo de muerte en estos niños es alto? ¿cómo se puede hablar de estado, a sabiendas de que un niño pasa por procesos de daños fisiológicos y

físicos en todo el tiempo en el que se desarrolla la desnutrición?, ¿no será que se debe pensar la desnutrición, no como un estado, sino como una patología multicausal?, no para seguir en la línea exclusivamente biológica de explicación de la enfermedad, sino, para iniciar un proceso de visibilización del problema en salud, tanto por parte de los profesionales de la salud, como de las familias y de visibilización de la multicausalidad de la desnutrición y la necesidad de la interculturalidad en salud.

Sin embargo, lo importante sería que ningún niño o niña llegara a la desnutrición tipo marasmo o kwashiorkor y una forma de prevenirlo es indagar los aspectos culturales del colectivo en torno al estado nutricional y las percepciones de las madres frente a la desnutrición de sus hijos, de tal manera que los profesionales de la salud puedan comprender el ámbito sociocultural en el que se construye la enfermedad y desde esa comprensión, construir un puente que permita realizar prácticas curativas incluyentes, interculturales y más humanas.

## **2.2.2 Percepción y Cultura**

### **2.2.2.1 Percepción**

Existen múltiples acepciones del término percepción, ya que se ha estudiado desde hace mucho tiempo, por los filósofos, los antropólogos, los sociólogos y los psicólogos, cada una de esas disciplinas ha determinado un concepto y lo ha desarrollado de acuerdo con sus paradigmas epistemológicos.

De acuerdo con la Psicología, la percepción es “una función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir y elaborar las informaciones provenientes del exterior y convertirlas en totalidades organizadas y dotadas de significado para el sujeto”<sup>42</sup>; es “la actividad del espíritu encarnado (inteligencia) ejerciéndose sobre las sensaciones. Estas, en efecto, aseguran el contacto físico y

original del hombre con su medio por la mediación de su cuerpo cuyos órganos son los sentidos (de aquí el antiguo proverbio escolástico: nada hay en la inteligencia que primeramente no haya estado en los sentidos). Este contacto se convierte en presencia al mundo, asumida por el hombre, por la significación y elaboración intelectual que es la percepción, ayudada por los recursos de la memoria y la imaginación”<sup>43</sup> .

Desde la Psicología social se trabaja en la actualidad en el concepto de percepción social o de personas, ligados ambos a procesos como el de reconocimiento de emociones, formación de impresiones, las atribuciones causales y la inferencia social. Esta perspectiva atribuye como una de las razones o como razón principal de nuestra subsistencia como especie e individuos a “la adecuada percepción del medio –físico y social- y en la adaptación de estas condiciones cambiantes” <sup>43</sup> .

Dentro de esta orientación, existen múltiples enfoques teóricos, uno de ellos se denomina reduccionismo biológico y se basa en el supuesto de que para cualquier aspecto de la sensación del observador haya un hecho fisiológico correspondiente, sus representantes son Margarte Livingstone y David Hubel (1988). Otro enfoque es el de la percepción directa, el cual abarca varias teorías que parten de la premisa de que toda la información necesaria para formar la percepción consciente está en los estímulos que llegan a nuestros receptores, uno de sus exponentes fue J.J. Gibson (1979).

Por su parte, David Marr, es el autor más representativo de la teoría computacional; un enfoque mucho más antiguo, pero vigente. Parte del reconocimiento que nuestra representación perceptual se realiza con base en los estímulos que existen en un momento específico, lo que lleva el nombre de percepción inteligente, este concepto originado en Helmholtz (1867), también es conocida como teoría constructivista <sup>44</sup> .

De acuerdo con la filosofía, el término percepción, alude a una aprehensión sea cual fuere la realidad aprehendida. Percepción es en esencia “recoger” y cuando éstas afectan las realidades mentales se habla de percepciones *animi*, es decir la aprehensión de notas intelectuales. Así pues, para la filosofía, la percepción parece ser algo distinto de la sensación, pero también algo distinto de la intuición intelectual.

Existen múltiples corrientes filosóficas que han postulado teorías sobre percepción, entre ellas el realismo y el idealismo, representadas por Descartes y Espinosa, respectivamente, quienes postulan el carácter mediato o inmediato de la percepción. Otras doctrinas gnoseológicas del realismo y del idealismo, tienen el supuesto que la percepción sea solo un conocimiento<sup>45</sup>.

De acuerdo con la antropología, la percepción es “la clara toma de conciencia de los objetos, estados y procesos del propio cuerpo (parte interna) y del ambiente circundante (parte externa) que es provocada a través de estimulación de órganos sensoriales periféricos; experiencia compleja y global, que es codeterminada, a parte de, por sensaciones, a través de tendencias, de aspectos, contenidos de recuerdos, de intereses, de disposiciones, de ánimo, de expectativas, entre otros”<sup>46</sup>

Esta acepción desde la antropología recoge elementos dispuestos en las posiciones teóricas de la psicología y la filosofía, en cuanto retoma de la primera el papel fundamental que juegan los órganos de los sentidos y de la segunda, el aspecto *animi*, relacionado con la posibilidad de “recoger” esas emociones, expectativas, recuerdos, etc., en la percepción; ambos aspectos permiten la construcción de una visión propia del mundo, en el que se involucra la percepción de lo que se vive y de lo que se vivió.

En este sentido, y dado que se estoy trabajando la investigación cualitativa desde la perspectiva etnográfica y que esta perspectiva nace y tiene su fundamento en la antropología, tomó la percepción desde la antropología.

Así pues, esta investigación pretende a través de la percepción, resaltar la visión *desde dentro*. Esto, en contraposición con la perspectiva *desde fuera*, típica de la mirada médica, la cual minimiza o ignora la subjetividad real del que sufre. La perspectiva desde *dentro* se centra directa y explícitamente en la experiencia subjetiva de vida, de enfermedad o de padecimiento<sup>47</sup>. En la antropología, tal aspecto se ha llamado el punto de vista *emic*, palabra con la que se designa la visión de los sujetos de estudio.

Esta aproximación metodológica centrada en los actores busca dar la palabra a los sujetos sociales, y supone que dar esa voz implica, además de, escucharlos, asumir que lo que dicen es correcto y verdadero<sup>48</sup> y, finalmente pretender comprender al “otro” o a los “otros” en su cultura. Así mismo, reconoce que existen posiciones, creencias y experiencias del investigador, que influyen el proceso investigativo, a lo que se le denomina en antropología el aspecto *etic*.

La percepción incluye aquello que el individuo o individuos elaboran internamente según su historia, la historia del grupo y según los contextos culturales en los cuales está inmerso. De esta elaboración se deriva la comprensión del individuo o colectividad y las acciones que emprenda frente a un fenómeno. La percepción, entonces, está articulada a las formas culturales de cada grupo poblacional, por lo tanto, la cultura se convierte en un eje importante de la percepción.

Esta concepción de percepción es de gran importancia para el caso de este estudio: la percepción que tienen las madres sobre el estado nutricional de los niños menores de cinco años con desnutrición tipo marasmo o kwashiorkor.

Tal como se expresó en el problema en las bases de datos de Latinoamérica se encontraron muy pocas investigaciones referidas a percepción de la desnutrición por las madres de los niños.

López S<sup>20</sup>. Percepção das mães sobre a perda de peso e desnutrição dos filhos. Utiliza una metodología cualitativa y trabaja los aspectos de percepción y cultura alimentaria, pero no deja claro cuales son las percepciones de la madre frente al tema.

Carvalho S<sup>22</sup>. Percepción de la madre de niños desnutridos en relación a la desnutrición de sus hijos. Encuentra que las madres perciben la desnutrición asociada con enfermedades y con la dificultad en el rendimiento escolar. Según sus hallazgos las madres tienen dificultades para definir qué es la desnutrición.

Díaz P<sup>23</sup>. Percepción materna del estado nutritivo de sus hijos obesos. Realiza la investigación por medio de un estudio cuantitativo de corte transversal, en el que trabajo con encuestas estructuradas. Finalmente no hablan desde la comprensión del fenómeno por parte de las madres.

Restrepo S.<sup>24</sup> La alimentación y la nutrición Escolar. Una mirada a la vida cotidiana. Escuela Tomas Carrasquilla. Utiliza un enfoque cualitativo, pero con respecto a la percepción sobre la desnutrición, esta investigadora sugiere la necesidad de profundizar en el campo de la percepción de la desnutrición.

Rotenberg S.<sup>21</sup> Prácticas alimentarias y el cuidado de la salud de los niños con bajo peso. Trabaja la investigación cualitativa y finalmente resalta que las prácticas alimentarias corresponden a construcciones socios culturales.

A pesar de que estas investigaciones hablan de percepción, en sus trabajos no especifican claramente que es percepción y en sus resultados también queda el vacío sobre la percepción de las madres frente al estado de sus hijos.

### **2.2.2.2 Cultura**

La palabra cultura proviene de *culture*, latín (L), cuya última palabra trazable es *colere*, L. Colere tenía un amplio rango de significados: habitar, cultivar, proteger, honrar con adoración. Eventualmente, algunos de estos significados se separaron, aunque sobreponiéndose ocasionalmente en los sustantivos derivados. Así, 'habitar' se convirtió en *colonus*, L. de colonia. 'Honrar con adoración' se desarrolló en *cultus*, L. de culto. Cultura tomó el significado principal de cultivo o tendencia a (cultivarse), aunque con el significado subsidiario medieval de honor y adoración. Por lo tanto, el significado primario fue labranza: la tendencia al crecimiento natural <sup>49</sup>.

En castellano la palabra cultura estuvo largamente asociada a las labores de la labranza de la tierra, significando cultivo (1515); por extensión, cuando se reconocía que una persona sabía mucho se decía que era "cultivada". Según Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana, es sólo en el siglo XX cuando el idioma castellano comenzó a usar la palabra cultura con el sentido que a nosotros nos preocupa y habría sido tomada del alemán *kulturrell*. Es posible pensar que nuestra preocupación por conocer el concepto "cultura" desde las ciencias sociales proviene más bien de la fuerte influencia que el saber norteamericano ha tenido sobre nuestra propia cultura hacia las décadas de los 50 y 60<sup>50</sup>.

De las seis definiciones utilizadas a comienzos del siglo XX, se pasó entre 1920 y 1950 a unas 150 y hoy en día se pueden recoger más de 500<sup>50</sup>, por lo tanto no se pretende en este escrito agotar el panorama de definiciones y topologías sobre el

concepto cultura, sin embargo, es importante hacer un abordaje del concepto que permita vislumbrar la postura de la investigación.

Desde la antropología existen múltiples paradigmas donde se enfoca la cultura como hábitos, costumbres, patrones o pautas de comportamiento, a lo que se le conoció como la corriente paradigmática “conductual” y en la cual se resaltan algunos pensadores como Tylor (padre del concepto cultura, en 1871), Franz Boas (1930) y B. Malinowski (1931) y aquellas de la segunda mitad de siglo XX con el estructuralismo con Strauss, y la otra corriente, que se aleja del concepto de lo conductual y se presenta como un conjunto de información compartida, de ideas y conocimientos codificados de símbolos, a lo que se le denomina el paradigma “cognoscitivo”, donde se encuentran autores como W.H. Goodenough (1957), Clifford Geertz (1966), M. Harris (1981) y Anthony Giddens (1985), donde la cultura se comienza a redefinir en ideas, en simbolismos y significados, como algo que existe en la mente, en el pensamiento de las gentes y en sus representaciones internas.

Dentro de estos autores, se rescata el concepto de cultura del antropólogo Clifford Geertz <sup>50</sup>, asumo cultura como esa urdimbre y su análisis; por tanto, no como una ciencia experimental en busca de leyes, sino como una ciencia interpretativa, en busca de significaciones”. En este concepto, la cultura está articulada al tiempo, al espacio, a la historia; está permeada por símbolos y significados que tienen su interpretación al interior de esa cultura que los tejió. Estamos transitando en la actualidad en un nuevo paradigma cultural, al que se le debe adicionar el reconocimiento del contexto sobre las percepciones, los valores, los comportamientos del grupo social más amplio<sup>51</sup>, este es el enfoque en el que se enmarca esta investigación.

En el proceso salud enfermedad desde la mirada antropológica ha sido analizada desde diferentes posturas, entre ellas la de Tausing y Kleinman. Por ejemplo Tausing afirma que son las fuerzas y las relaciones sociales las que configuran el conocimiento, las creencias y la interacción tratamiento – enfermedad. Por otro lado, Kleiman<sup>52</sup>, sin negar estos determinantes, enfatiza en el papel de las estructuras cognitivas subyacentes en los relatos individuales de la enfermedad.

Para nosotros, estas posturas son complementarias y necesarias, en la búsqueda de la comprensión del proceso salud - enfermedad, a partir de los relatos de los sujetos. En esta línea de pensamiento, Alves<sup>53</sup> parte de la premisa que las personas producen conocimientos médicos existentes en el universo sociocultural en el cual están insertos.

El estudiar la percepción desde esta perspectiva implica necesariamente considerar una gran cantidad de aspectos subjetivos y significados que un enfermo le otorga a la experiencia de vivir con un padecimiento. Según Conrad<sup>54</sup>, para comprender esta situación se hace necesario explorar el significado de la enfermedad considerando la organización social del mundo del que sufre, así como sus estrategias de adaptación, las teorías y explicaciones que las personas desarrollan sobre su estado, ya que todo ello influye en la forma de atención, sea o no médica, que proporciona a su padecimiento.

Un estudio cualitativo de Rotenberg<sup>21</sup> sobre las prácticas alimentarias y el cuidado de la salud, de la alimentación de los niños y de la alimentación de la familia, analizado en la perspectiva socio antropológica, encuentra que las prácticas alimentarias en el cuidado infantil están planeados por el aprendizaje que tuvieron las madres en su infancia, aunado a las experiencias y vivencias durante su vida, a la cultura, a las redes sociales y al saber científico de cada época histórica y cultural. Concluye ésta autora que la comprensión de estos aspectos por parte de

los profesionales de la salud, permite intervenir en estas realidades para mejorar la salud de los niños y familias.

El estudio de Onis<sup>4</sup> sobre las variaciones de la desnutrición crónica (retraso en el crecimiento físico) de 1980 a 2005 señala como las intervenciones focalizadas en el campo de la salud, la alimentación y la educación contribuyen a disminuir la desnutrición crónica; señala además la necesidad de emprender programas comunitarios con la participación de la comunidad en la identificación de la desnutrición y en las medidas para resolverlo.

Por otro lado, el estudio de Hernández<sup>55</sup> sobre el cuidado de la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana, bajo la perspectiva sociológica de la interacción social, señala que el saber sobre un fenómeno es construido a través de la socialización, al aceptar valores y normas de conducta. Los conocimientos sobre los fenómenos son dependientes de las situaciones socio culturales y constantemente son renegociados, concluye que las diferentes interacciones sociales determinan la forma como se construye el qué y el cómo del cuidado de la salud de la familia y/o del sujeto.

La presente investigación entonces, reconoce que el concepto de cultura es construido por el individuo y sus colectividades, que es dinámico y que en ella se construyen y reconstruyen los símbolos y los significados y con ellos los patrones culturales que definen las formas de ver el mundo, de pensarlo, de articularse en él. Que las fuerzas sociales y las experiencias previas definen en las madres las formas de vivenciar la salud, el estado nutricional, las formas de cuidar y de curar. Por eso, las concepciones culturales de las madres y la forma como perciben la desnutrición grave de sus hijos son ejes centrales para el tratamiento de la desnutrición.

En esta investigación tomare como percepción la forma como las madres ven, sienten, interpretan y actúan frente a la desnutrición grave de sus hijos, pues es difícil proveer cuidados a un ser humano fuera de los parámetros de su cultura, ya que sólo en el marco de su hemisferio cultural se siente seguro, protegido, amparado y reconocido<sup>56</sup>. Considero que el abordaje desde lo cultural es la forma adecuada en este estudio para conocer y comprender a las madres que viven cotidianamente el problema de la desnutrición grave.

Pretendo que los hallazgos de esta investigación permitan orientar las políticas, planes y programas para mejorar y defender la vida de los niños del municipio de Turbo y como soñador que soy, a pesar de que no es el objetivo de este trabajo, dejar en la arena de discusión el tema “la desnutrición como enfermedad” de tal manera que esta discusión permita que los niños colombianos con desnutrición moderada o grave tipo marasmo o kwashiorkor, puedan ser visibilizados por el sistema biomédico y tratados en los hospitales.

## CAPITULO III

### EL PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio cualitativo que buscó conocer la percepción y las prácticas que tenían las madres sobre el estado nutricional de los niños con DAG tipo marasmo y Kwashiorkor o mixta.

#### 3.2 ABORDAJE

Este estudio trabajó con la perspectiva etnográfica. La etnografía es un método usado para describir un grupo cultural o un fenómeno social, se basa en que la cultura corresponde a conocimientos que se comparten entre los miembros de un grupo<sup>57</sup>, recrea para el lector las creencias compartidas, prácticas, artefactos, conocimiento popular y comportamientos de un grupo de personas<sup>58</sup> y su producto se evalúa por la medida en que logra una recreación del escenario cultural estudiado que permita a los lectores representárselo tal como apareció ante la mirada del investigador<sup>59</sup>.

Existen muchas descripciones de Etnografía<sup>60</sup>, aquellas que se caracterizan por el registro del conocimiento cultural (Spradley, 1980), la investigación detallada de patrones de interacción social (Gumperz, 1981), el análisis holístico de sociedades (Lutz, 1981), otros la han registrado como una forma de registrar narraciones orales (Walker, 1981) o como contraste, colocando énfasis en el desarrollo y verificación de teorías (Glasser y Strauss), o simplemente como un método de investigación social, el cual acude a una amplia gama de fuentes de información<sup>61,61</sup>.

En este trabajo, la etnografía fue entendida como el uso de la observación directa e investigación detallada en el lugar donde los hechos se producen, por ello siempre está referida al concepto de cultura, pues como dice Morse<sup>62</sup> “la etnografía siempre está imbuida de un concepto de cultura y se basa en la presuposición de que la cultura se aprende y comparte entre miembros de un grupo y, por ende, se puede describir y comprender”

Por eso la etnografía tiende generalmente a desarrollar conceptos y a comprender las acciones humanas desde una perspectiva interna<sup>63</sup>, así la información fue tomada directamente en las viviendas de los niños y en la Unidad Vida Infantil en el momento en que estaban siendo tratados por la DAG.

La información desde lo émico correspondió a lo que las madres manifestaron frente la DAG de sus hijos, sus percepciones y prácticas y desde lo ético a lo que el investigador observó de lo que las madres hicieron frente a la desnutrición aguda grave de los niños y a la revisión bibliográfica. Los datos desde lo émico y lo ético se analizaron conjuntamente para obtener una comprensión más holística frente al estado nutricional de los niños.

Al disminuir el número de pueblos “tribales” los etnógrafos encontraron otras unidades de estudio expresando que, una etnografía puede centrarse en un grupo de personas que tienen algo en común: compartir un sitio de trabajo, un estilo de vida o un fenómeno particular<sup>61</sup>. Es decir surge un estilo etnográfico en el cual se puede estudiar dentro de una ciudad un grupo de personas que comparten un fenómeno.

Boyle<sup>61</sup> plantea varios tipos de etnografías, entre ellas: Etnografías clásicas u holísticas, en la cuales se estudia la cultura en general y se basa en descripciones

densas, y la etnografía enfocada o focalizada, centrada es un fenómeno específico y cuyo análisis es descriptivo.

Según Boyle <sup>61</sup>, la etnografía enfocada toma grupos pequeños, y se orienta a un tema específico (este estilo enfocado no debe confundirse con estudio de casos). Esta orientación a un tema específico, es de gran relevancia para los estudios en salud.

En este estudio se elige la etnografía enfocada o focalizada para conocer y comprender la percepción que tienen las madres sobre la desnutrición grave de sus hijos; es una etnografía de análisis descriptiva que de acuerdo con los hallazgos puede trascender a proponer nuevas categorías, como lo sustenta Hammersley y Atkinson<sup>1 60</sup>.

Se utilizaron como herramientas, la observación, las entrevistas semiestructuradas, las entrevistas abiertas en forma de conversatorios y grupos focales<sup>63,63,,64</sup>.

### **3.3 POBLACIÓN**

La investigación se realizó con 20 madres de niños que estuvieran hospitalizados con desnutrición aguda grave tipo kwashiorkor, marasmo o mixta en la Unidad Vida Infantil de la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama del municipio de Turbo, Antioquia, Colombia o que hubieran tenido sus niños hospitalizados en dicha unidad y que vivieran en el municipio de Turbo.

---

<sup>1</sup> “...en cierta medida el análisis de la información es paralelo al de la investigación. Este proceso interactivo es fundamental en la “teorización enraizada” promovida por Glasser y Strauss, en la que la teoría se desarrolla a partir del análisis de los datos y la posterior recolección de datos está seguida estratégicamente mediante la teoría emergente. Sin embargo, el mismo proceso interactivo también se produce en otro tipo de investigaciones etnográficas, incluyendo aquellas que están enfocadas, no en la generación de teorías, sino en otros productos de investigación, como las descripciones y las explicaciones...” Hammersley y Atkinson. Etnografía. Métodos de Investigación. 2001, capítulo 8. p. 223.

Los criterios de inclusión fueron: ser madre de niños con DAG tipo marasmo o Kwashiorkor y que estuvieran en recuperación en la Unidad Vida Infantil en el momento de la entrevista o hubiera estado hospitalizados en ella días previos a la entrevista.

### **3.4 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de la información se establecieron como herramientas, la entrevista semiestructurada, la observación no participante, grupos focales y el diligenciamiento del diario de campo. El primer trabajo de campo se realizó en abril de 2004 y el segundo en junio de 2005.

Con la entrevista semiestructurada (ver anexo) se realizó el estudio exploratorio en dos de las madres que tenían sus hijos hospitalizados en la Unidad Vida Infantil del Hospital Francisco Valderrama de Turbo.

Las primeras entrevistas duraron alrededor de 30 minutos; antes de realizarlas se leyó a las participantes el consentimiento informado, el cual firmaron y estuvieron de acuerdo en permitir la grabación para ser utilizada en la investigación.

Con estas primeras entrevistas hubo algunos problemas como inducción de las respuestas, no dejar hablar a las madres, entre otros, lo que sirvió para tomar los correctivos necesarios para las siguientes entrevistas.

En las primeras entrevistas se encontraron indicios de categorías emergentes, que dieron lugar a preguntas nuevas, por ejemplo ¿Qué es el mal de ojo? ¿Cómo se siente o se sintió viendo a su hijo hospitalizado?, ¿Cómo fue el proceso de enfermedad de su hijo?, ¿Dónde lo llevó para que se lo revisaran?, ¿Usted lo

santiguó? ¿Qué cosas le hicieron a su hijo para tratarle la enfermedad? ¿Qué cosas hizo usted para tratar la pérdida de peso de su hijo?

En la primera salida de campo se efectuaron 12 entrevistas, de las cuales 8 fueron hospitalarias (incluidas las del exploratorio) y 4 en casas de las madres; así mismo, se realizó un grupo focal con las madres de los niños hospitalizados en la unidad y 50 horas de observación no participante.

La observación se desarrolló sin tener guías escritas, pero siendo conscientes del objeto de estudio; se observó la actitud de las madres con los niños, los momentos de comer de los niños, cuando las madres suministraban las comidas, los encuentros de las madres con los visitantes y con los papás de los niños, la parcería entre las madres, las relaciones entre las madres y el personal de salud, la actitud de la madre cuando el niño está en estado grave. En los hogares se observó el estado de salud del niño, la relación madre-niño, las condiciones sanitarias de las viviendas, las condiciones económicas, la organización de las madres en el hogar. Lo observado se plasmó en el diario de campo.

En la segunda visita, se realizaron 8 entrevistas, todas en casas de las madres y 30 horas de observación no participante, en los mismos términos que en la primera salida y un grupo focal con las madres de los niños hospitalizados.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas manualmente; una vez transcritas fueron analizadas manualmente y codificadas cada una con las siglas MND que significa madre de niño desnutrido, seguido de un número correspondiente a la entrevista realizada, quedando así MND01, MND02, y así sucesivamente.

En total se realizaron 20 entrevistas semiestructuras 8 en la Unidad Vida Infantil y 12 en las casas de las madres. Se dio por finalizada la recolección de la

información cuando se llegó a la saturación de la muestra, es decir, cuando no se obtuvieron datos nuevos<sup>65</sup>.

Los 2 grupos focales contaron con la participación de 8 madres en cada uno y algunos padres de familia y/o familiares, con el fin de confrontar ciertos hallazgos en grupo y determinar nuevos hallazgos; estos grupos focales fueron realizados en la Unidad Vida Infantil, uno de los cuales fue grabado con la autorización de los asistentes y transcrito manualmente.

Se llevó un diario de campo durante todo el proceso de la investigación cuyos datos fueron tabulados manualmente y sirvieron, junto con los datos arrojados por las entrevistas y los grupos focales para hacer encuadres temáticos que permitieron en esta etnografía descriptiva comprender el objeto de estudio: la percepción de las madres sobre la DAG de sus hijos y las prácticas realizadas en torno a esta enfermedad y avanzar hacia el sentir de la madre como cuidadora de estos niños en grave riesgo de muerte y el desencuentro de los sistemas médicos.

### **3.5 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

El análisis etnográfico descriptivo busca hacer comprensible las cosas complicadas, reduciéndolas a las partes que la componen<sup>66</sup>. Para el análisis etnográfico se tomaron procedimientos usados generalmente por la teoría fundamentada, pero igualmente utilizados por otras perspectivas de investigación cualitativa, como por ejemplo la etnografía<sup>67</sup>, tal como lo expresa Hammersley y Atkinson<sup>68</sup>. Según Boyle<sup>61</sup>, el análisis etnográfico puede darse en una descripción densa del fenómeno estudiado, o un análisis etnográfico descriptivo o en el surgimiento de nuevas teorías. En este estudio se privilegió el análisis etnográfico descriptivo.

El análisis de acuerdo con lo planteado por Valles<sup>65</sup>, se inició desde el comienzo del proyecto y correspondió a una serie de procedimientos y técnicas con los resultados obtenidos para llegar a una comprensión. Siguiendo con los autores, se trabajó el análisis desde las primeras entrevistas. Se desarrollaron, inicialmente, clasificaciones y códigos; se siguió la pista a los temas emergentes y se continuó con el proceso hasta que se establecieron las categorías principales.

Los códigos resultantes del primer proceso analítico fueron: mal de ojo, pérdida de peso, culpabilización de la madre, redes familiares, sistema médico tradicional, sistema biomédico, diferentes diagnósticos, diferentes tratamientos, prevención, redes sociales, diagnósticos comunitarios, diferentes recursos terapéuticos, sufrimiento, percepción del bajo peso, prácticas, códigos de comunicación diferentes entre las madres y el personal del sistema biomédico, miedo de la madre frente al riesgo de muerte de los niños, diarrea, enfermedades respiratorias y pérdida de peso como signos del mal de ojo.

Las categorías surgidas de la codificación se analizaron en conjunto con los memos analíticos y las observaciones, se plantearon hipótesis y se generaron nuevas categorías, las cuales dieron cuenta de la comprensión de la desnutrición de los niños por parte de sus madres.

Estas categorías principales fueron: Desnutrición aguda grave como una consecuencia del mal de ojo, la experiencia del padecimiento de las madres, y el desencuentro de los modelos médicos. Estas categorías resultantes se acompañaron de marcos émicos para sustentarlas.

El marco émico significa un comprimido sobre lo que expresan las madres frente a un tema específico. Estos marcos émicos permiten visualizar la voz de las madres sin recargar el texto para el lector.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Recogiendo a Kant <sup>69</sup> quien plantea que “los seres humanos deben ser considerados fines en sí mismos y no solamente medios”, la investigación partió del reconocimiento y del respeto por la dignidad humana de las mujeres que participaron en el estudio, materializada en el reconocimiento de su libertad y de su autodeterminación de participar o no en el estudio, después de haberseles informado de manera concreta y comprensible, de los objetivos y los alcances de la misma, para ellas, para sus hijos y las instituciones que los atienden.

El estudio estuvo enmarcado en las normas éticas internacionales como el código de Nuremberg (1947) con los principios éticos fundamentales del respeto por las personas, la justicia y la beneficencia; la declaración universal de los derechos humanos (1948), el informe de Belmont (1978), la declaración de Helsinki (1964), con sus revisiones de Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1985) y Edimburgo (2000), el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas -CIOMS- y de la Organización Mundial de la Salud –OMS- (1996)<sup>70</sup> y en el ámbito nacional, el estudio se enmarcó dentro de la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud<sup>71</sup>, referida a las normas científico-técnicas y administrativas para la investigación en salud, específicamente en lo relacionado al capítulo I, de los aspectos éticos con seres humanos y al capítulo II de la investigación en comunidades<sup>73</sup>; de allí se tomaron los aspectos necesarios para la elaboración del consentimiento informado, el riesgo y los compromisos que adquirieron los investigadores.

Con relación al principio de justicia y equidad<sup>73</sup>; se les garantizó a las madres participantes la confidencialidad de la información, el anonimato y se les retribuyó, tal y como lo plantea Gómez <sup>74</sup>, Lipson<sup>72</sup> y López<sup>73</sup>, a través de charlas educativas y conversatorios en salud y alimentación.

A las madres que aceptaron participar en el estudio, se les dio a leer o se les leyó, el consentimiento informado (anexo 1). Los investigadores explicaron y aclararon las preguntas surgidas, una vez la madre aceptó y autorizó, se anotó en el consentimiento informado el nombre de cada uno de los niños representados por esta persona. Las madres que aceptaron, firmaron el consentimiento o colocaron su huella dactilar quienes no sabían firmar, igualmente, firmaron o colocaron sus huellas dactilares los dos testigos. Los datos de cada niño y los aportados por el cuidador son confidenciales y no se publicarán los nombres de los participantes.

Al finalizar el estudio se hará un taller para socializar con la comunidad los hallazgos y se entregará un informe escrito a la Dirección Local de Salud de Turbo. De esta manera el municipio podrá adecuar las políticas y los programas para reducir el riesgo de desnutrición y mejorar las condiciones de los niños de este municipio.

De acuerdo con la resolución 008430 de 1993<sup>73</sup>, esta investigación entrañó un riesgo mínimo puesto que no se realizaron procedimientos invasivos ni se trabajó con medicamentos y se guardó confidencialidad de la información obtenida.

En cuanto al impacto ambiental, esta investigación no trabajó con sustancias radioactivas ni que generen desechos, por lo tanto, el proyecto no generó un impacto ambiental negativo.

## CAPITULO IV

### LA DESNUTRICION AGUDA GRAVE (DAG) UNA CONSECUENCIA DEL MAL DE OJO

Tal como se ha expresado en el marco teórico, la desnutrición desde las ciencias de la salud, ha sido conceptualizada y tratada como un asunto biológico. Sin embargo, en este estudio etnográfico aparecen varias categorías referentes a la percepción de las madres y sus prácticas sobre la DAG, las cuales tratare en este capítulo. Para iniciar, haré una breve descripción de las madres.

#### 4.1 DATOS GENERALES DE LAS MADRES

##### Marco Émico 1

##### Datos generales de las madres

| <b>Datos Generales de las madres</b>        |           |
|---|-----------|
| <b>Promedio de edad (años)</b>              | <b>28</b> |
| <b>Promedio Escolaridad</b>                 | <b>3°</b> |
| <b>Con compañeros</b>                       | <b>13</b> |
| <b>Cabeza de familia</b>                    | <b>7</b>  |
| <b>Han convivido con más de 1 compañero</b> | <b>15</b> |
| <b>Vivienda en el área urbana</b>           | <b>12</b> |
| <b>Vivienda en el área rural</b>            | <b>8</b>  |
| <b>promedio de número de hijos vivos</b>    | <b>4</b>  |
| <b>Promedio Lactancia Materna (meses)</b>   | <b>5</b>  |

Las madres encuestadas tenían al momento de la investigación en promedio 28 años edad, fluctuando entre 17 y 54 años; 13 convivían con un compañero y 7 son

mujeres cabeza de familia; 5 han convivido con un sólo compañero, 13 han convivido con más de un compañero; el promedio de hijos vivos, cuatro y una de ellas relató tener 9. Sólo 12 tuvieron los partos en hospitales y las 8 restantes fueron asistidas por parteras.

El promedio de tiempo de lactancia fue de 5 meses, pero hubo madres que amamantaron hasta 20 meses. Cabe resaltar que tres madres manifestaron haber amamantado exclusivamente por encima de los 6 meses, una de ellas amamantó al bebe hasta los 14 meses en forma exclusiva. Se pudo observar que la técnica para lactar no tiene para ellas ninguna complicación, ésta se hace en forma espontánea y natural.

En cuanto al nivel educativo, 11 de las madres son analfabetas, 3 estudiaron algún grado de primaria y 6 alguno de secundaria. Ocho<sup>8</sup> madres viven en el área rural y 12 en la urbana.

Todas las mujeres del área rural y 4 del área urbana manifestaron carecer de servicios básicos como acueducto y alcantarillado; cabe resaltar que todas las madres manifestaron utilizar el agua lluvia para el consumo, incluyendo las madres que habitan en la zona urbana. El agua de acueducto se utiliza únicamente para aseo personal y del hogar, información que se constató por la observación.

Las familias del área rural hacen sus necesidades fisiológicas a campo abierto y las del área urbana que no tienen alcantarillado utilizan el método de “lanzadera”<sup>2</sup> para deshacerse de los desechos, y en algunos casos utilizan letrinas con pozos sépticos.

---

<sup>2</sup> El método de la lanzadera es llamado así por los Turbeños para referirse a tirar los desechos en una bolsa lo más lejos posible de sus casas sin importar donde caiga.

Según las conversaciones sostenidas con las madres y los padres de familia durante los grupos focales y la observación no participante, se pudo constatar que la situación socioeconómica de las madres es precaria.

Las mujeres cabeza de familia, en el momento de la entrevista, no cuentan con un trabajo estable bien remunerado; trabajan en fincas plataneras o lavando ropa en casas de vecinas y según sus relatos, viven gracias al apoyo de vecinos y de su familia, quienes en épocas de mayor dificultad económica suministran la comida para los niños.

Los esposos de las madres que conviven con un compañero, trabajan en su gran mayoría en campamentos plataneros en donde ganan un salario mínimo y a veces menos del salario mínimo. Del salario, la empresa, les deduce la alimentación y el transporte a la finca platanera. El dinero sobrante puede ser llevado totalmente para alimentar la familia o a veces se desvía parte en licor y diversión del hombre, quedando muy poco para alimentar a su prole. Les corresponde a sus mujeres hacerle frente a las dificultades económicas como puedan, para cubrir en parte sus necesidades básicas.

Esta situación coincide con lo expuesto en el marco teórico, en donde se plantea que "...el municipio presenta un alto índice de pobreza: aproximadamente 50% de la población vive en condiciones de miseria, según datos del último censo poblacional realizado<sup>18</sup> y 64.1% de la población tiene sus Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)...."

La difícil situación económica de estas familias se refleja en sus viviendas y en su entorno; la gran mayoría vive en casas con pisos de tierra, paredes de tabla y techos de zinc o cartón, no cuentan con los servicios públicos domiciliarios de acueducto y alcantarillado, propiciando esto, que las aguas negras corran por caños aledaños a las casas o en algunos casos por debajo de ellas, generando un

factor de riesgo para la salud de los infantes, como se puede observar en la figura 2, la cual fue tomada con el consentimiento de la familia.

Lo anterior, también, coincide con el marco teórico donde se afirma que “...se puede decir que más de la mitad de la población es de estrato 1 lo que equivale a estar en condiciones de miseria pues tienen todos o casi todas las necesidades básicas insatisfechas, se presentan deficiencias en cuanto al acceso a los alimentos de alta calidad nutricional, a saneamiento básico, presentan problemas de hacinamiento y aumento en la ocupación de viviendas en zonas de alto riesgo de inundaciones <sup>18</sup>; esta condición hace que sea una población muy sensible a enfermedades de la piel, Infección respiratoria Aguda (IRA), y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)...”.

**Figura 2. Condiciones sanitarias de las viviendas de las madres**



Caño de agua en la entrada a la casa y ubicación de la manguera que provee el agua para el consumo sobre dicho caño

## **4.2 LA PERCEPCIÓN DE LAS MADRES SOBRE LA DAG DE SUS HIJOS**

Como se describió en el marco teórico, desde la antropología, la percepción es “la clara toma de conciencia de los objetos, estados y procesos del propio cuerpo (parte interna) y del ambiente circundante (parte externa) que es provocada a través de estimulación de órganos sensoriales periféricos; experiencia compleja y global, que es codeterminada, a parte de, por sensaciones, a través de tendencias, de aspectos, contenidos de recuerdos, de intereses, de disposiciones, de ánimo, de expectativas, entre otros”.<sup>47</sup>.

En este orden de ideas, la percepción que tienen las madres del estudio sobre el proceso de desnutrición aguda grave de sus hijos, corresponde a la forma como perciben y elaboran internamente el proceso de enfermedad de su hijo; esta elaboración depende del contexto histórico, familiar, social y cultural. La percepción, está articulada a las formas culturales de cada grupo poblacional, por lo tanto, la cultura de las madres se convierte en un eje importante de la percepción. De hecho, las personas estamos conectadas social, cultural, física y psicológicamente con el mundo que nos rodea<sup>74</sup>. En esa interacción, aprendemos la forma de ver el mundo, de concebirlo y de actuar en él. Dichas formas sociales y culturales son dinámicas y se transmiten de generación a generación con pocas o muchas variaciones.

La experiencia que relatan las madres del estudio es compleja y en este proceso se observa que ellas reciben la información de su hijo, tanto por su aspecto físico y psicológico, como por su estado anímico; reciben la información del grupo familiar y social, dicha información la articulan a sus recuerdos y experiencia para llegar a la toma de conciencia de que su hijo tiene o no una enfermedad y qué acciones debe emprender.

Cuando a las madres del estudio se les preguntó por qué su hijo llegó a esta enfermedad (marasmo o al kwashiorkor), principalmente responsabilizaron a los procesos diarreicos y a las infecciones respiratorias, pero al entrar en confianza y al indagar el por qué de la diarrea y de la infección respiratoria, surgió el mal de ojo como causante principal y que éste era relacionado con la inapetencia, la pérdida de peso y el edema de los niños.

Para abordar el tema de la percepción de las madres sobre la desnutrición aguda grave, se presenta el punto de vista *émic* en el marco émico 2

Estos testimonios corresponden a los momentos en que los niños estaban presentando el marasmo o el kwashiorkor o estaban empezando esta enfermedad. Tal como se aprecia, para la mayoría de las madres los niños presentan es mal de ojo, sólo una madre reconoce que la enfermedad de su hijo es la desnutrición como tal y otras tres madres diagnostican a sus hijos con enfermedades como la asfixia y diarrea, sin reconocer que concomitante con éstas se encuentra la desnutrición aguda grave. Es decir, para la mayoría de las madres la enfermedad de sus hijos es el mal de ojo.

Otros testimonios son:

**“...me dice mi marido “ese niño debe tener ojo, porque se siente que tose raro, todo...muy decaído va a tener que ir usted a Chigorodó y llevarlo donde alguien que sepa a ver si es... “la señora dijo “el niño si tiene ojo y es secador”, me dijo ella “y está muy malito...”** **MNDO3**

**“...ella apenas se enfermó cuando tenía 22 días y yo la traje al hospital y de ahí no se enfermó más, sino apenas cuando el pegaron ojo [...]**

**¿Pero qué tipo de ojo le han pegado a ella?**

**[...] así de la calle...”**

**MND08**

**“...haber, yo varias veces que la llevaba... cuándo la llevé por allí donde una señora por allá por... por la gran vía, me decía que era ojo secador, después de que le cambié de señora porque la niña no se recuperaba, me decían que era aflicción de... de casa (aflicción es igual a mal de ojo) y así me tenían como la cabeza loca, no sabían cual era entonces, yo le decía ¡ay! ...”**

**MND05**

**“...yo la llevé donde un señor y... pues a que la viera. A que la viera y él me dijo que sí que a la niña lo que le habían pegado era mal de ojo y empezó a**

**santiguarla, a porque estaba muy llorona, había días que no dormía, tenía diarrea, estaba con vómito, no comía nada y yo la llevé. Y el señor la miró y me dijo, no pues la niña le pegaron fue ojo y eso es lo que la está molestando bastante...”**

**MND07**

## Marco émico 2

### Diagnóstico cultural que las madres hacen de la enfermedad de sus hijos

| CODIGO | SIGNOS Y SINTOMAS   | DIAGNÓSTICO CULTURAL   |
|--------|---|------------------------|
| MND01  | Y eso es bien agitado y ¡ay no! Ya cuando se le va pasando es que ya busca de tomar lo que sea, pero casi no come nada, nada.   | Asfixia                |
| MND02  | Se le pasaba así como sin poder tomar aire, atacadito...  | Asfixia                |
| MND03  | Fiebre, Diarrea, Si, en veces vomitaba. Ah, entonces como a los 4 días le comenzó una tos, una tos seca y entonces, tosa y tosa y tosa y cuando le daba el tetero al ratico empezaba a toser y a vomitar, a toser y a vomitar y ¡ay no! lombrices revueltas   | Mal de Ojo             |
| MND05  | Ella empezó el 25 con la gripita, con la tosecita, con su fiebrequita, lombrices, le dio diarrea y fiebre, una fiebre, que mantiene la fiebre a penas en la cabeza y se le cierra la mollejita, se le cierra.   | Mal de Ojo             |
| MND06  | a veces le da con diarrea y la fiebre no se le quita, a veces siento que le da con fiebre que le da... es que la aflicción le rebota como las lombricitas   | Mal de Ojo             |
| MND07  | Una diarrea muy fuerte, una vomitadora  | Mal de Ojo             |
| MND08  | Una diarrea muy fuerte, una vomitadora. Uno lo acostaba y él era todo quietecito con su boquita abierta y con los ojitos abiertos, no los cerraba.  | Mal de Ojo             |
| MND09  | Primero que todo porque él se me enfermó, que me le cayó una obradera y vómito. Y entonces, a mi me decían que era dizque, era lombriz, era lo que él tenía, no, no muy desanimado. No pasaba sino acostadito, por ahí por el piso, a toda hora pasaba con sueño, durmiéndose por ahí. Uno lo cogía y no quería que lo cargara, sino que acostado. Sin jugar, los otros pelados venían a jugar con él y humm, humm. Y no me quería recibir nada, tenía que hacer fuerza, así como hago aquí pa' darle las coladas, tenía que hacer fuerza pa' darle un poquito de sopa, alguna cosa, el suerito, porque no me quería coger nada | Mal de Ojo - Lombriz   |
| MND11  | Empezó con Diarrea y vómito y luego le dio una infección, una rasquiña y no quería consumir la comida   | Mal de ojo - Infección |
| MND12  | Diarrea. Le empezó a dar y yo lo traje aquí al hospital y la doctora que me atendió, ella me dio unos sueros, me lo hospitalizó por 4 horas y de ahí me lo mandó pa' la casa y... y le hice lo que ella me dijo que le diera y el niño no..   | Mal de Ojo             |
| PND13  | Estaba con esa obradera (diarrea) que llaman, tenía fiebre, los ojitos hundidos y ardía de fiebre...  | Mal de Ojo             |
| MND14  | Por eso, porque tenía mucha fiebre y yo le noté la barriga como inflamada y roja, no lo podía mover pa' ningún lado,  | Malnutrición           |
| MND15  | Diarrea, vómito, antes de la diarrea no, estaba alentadito, pero cuando lo cogió la diarrea fue que él se fue poniendo con los ojitos así hundidos y entonces, a él le daba fiebre y ya por último el suero no lo recibía, entonces, como ya lo vomitaba, entonces, me tocó otra vez... ir al médico otra vez, porque el suero lo vomitaba ya todo  | Diarrea                |
| MND17  | Diarrea, vómito, tenía la carita como así (señala una cara abotagada), los ojitos todos hundidos, y la diarrea nada que se le quitaba...  | Mal de Ojo             |
| MND18  | A él le empezó con diarrea, una diarrea que no se le quitaba con nada.  | Mal de Ojo             |
| MND19  | Esa fiebre y ese pelaíto todo caliente, sin que se le quitara esa obradora, con nada se le quitaba...   | Mal de Ojo             |
| MND20  | Tenía así la mollejita toda hundida, los ojitos perdidos, fiebre y diarrea y de vez en cuando vomitaba.   | Mal de Ojo             |

**“...Sí, yo lo llevé a que me lo santiguaran, Porque yo sabía que el niño tenía ojo, si, porque yo conozco al niño cuando tiene ojo, tenía los ojos... tenía los pies des... disparejos y entonces yo lo llevé y allá me lo rezaron 7 veces y me mandaron unas pastillas, Me lo santiguó 5 veces de seguido y después me dijo que descansara 3 días...”** **MND10**

Es importante aclarar, que no todas las madres del estudio creen en el mal de ojo, pero por estar inmersas dentro de un medio sociocultural en el que la creencia del mal de ojo es fundamental como explicación para un tipo de signos y síntomas caracterizados por la fiebre, la diarrea, la infección, la inapetencia, la parasitosis intestinal y otras, sus hijos han recibido diagnóstico, tratamiento y prevención para el mal de ojo.

**“...me la han ojiado pero mi mamá casi no cree en esas cosas, pero le ha puesto ahí la salva a todos los pelados, se salva cuando uno entra y está la cuna ahí y todo el que va entrando la va salvando, esto se le hace todos los días todos los que viven aquí en la casa, la acuesta en el suelo y se cruza, la gente dice que con esto se le quita el ojo...”** **(MND06)**

**“...Yo no creo en el mal de ojo, porque el esposo mío decía; primeramente el médico, ni puede uno confiarse de que persona lo vaya a rezar, porque uno no sabe que de pronto se salga es muriendo, entonces, el esposo mío dijo, el de todas maneras tiene su carné, vamos a llevarlo con esto a la mano de Dios...”** **(MND15)**

80% de las madres percibe que la situación de salud de su hijo se debe al mal de ojo y 20% de las madres expresaron no creer en el mal de ojo, sin embargo la presión de su grupo familiar y social, las indujeron a llevar los niños a un rezandero.

El mal de ojo empieza con diarrea, enfermedades respiratorias, parasitosis intestinal o empieza con debilidad del niño, ojos hundidos y falta de apetito. Todas estas enfermedades asociadas al mal de ojo son de larga duración y en consecuencia el niño pierde peso.

Un estudio realizado en Brasil en la Vila João muestra que los niños con procesos diarreicos pierden en promedio 13,4 g de peso día y la estatura se reduce en promedio 0,132 mm/día, otro estudio posterior a éste, realizado por el mismo autor Bittencourt<sup>75</sup>, encuentra que la pérdida de peso por los procesos diarreicos es significativamente mayor en los niños sin lactancia materna que en aquellos con lactancia materna, el ejemplo de una niña sin lactancia materna señala una pérdida aproximadamente 330g de peso en los procesos diarreicos en el mes.

Al tener en cuenta la pérdida de peso de 13,4 g/día en los procesos diarreicos según Bittencourt<sup>78</sup> en los niños del estudio, significaría entre los 25 y 30 días del proceso del mal de ojo, una pérdida de peso entre 335 g y 402 g. La pérdida de peso podría ser mayor si el mal de ojo caracterizado por la diarrea se acompaña de vómito o de fiebre o de suspensión de la lactancia materna durante el proceso diarreico o de la alimentación normal de la familia. Significa entonces, que si el niño se encontraba en una desnutrición aguda moderada con la aparición del mal de ojo puede pasar fácilmente a la desnutrición aguda grave, es el caso de la mayoría de los niños de este estudio. No todo niño con mal de ojo llega a la DAG, seguramente aquellos niños con pesos normales para sus estaturas, o con un mal de ojo curado rápidamente pueden pasar la enfermedad sin alcanzar la DAG.

Ni los médicos occidentales, ni los tradicionales que atendieron a estos niños, reconocieron tempranamente los signos de desnutrición para entrar a tratarlos antes de colocar en peligro la vida del niño, sin embargo, la madre a pesar de no saber que es la desnutrición, sí reconoce que su hijo presenta problemas de salud. Esto concuerda con los hallazgos Rotenberg<sup>21</sup> quien plantea que por no estar

totalmente consolidados los proceso mediante los cuales se establece el riesgo de desnutrición de un niño en los servicios de salud, muchos casos pasan desapercibidos para los profesionales de la salud; y va en contravía de los postulados de Zaborowski<sup>42</sup> quien plantea que las madres no perciben la desnutrición en las actividades cotidianas del niño y que la desnutrición aparece como un asunto técnico a través de un agente de la salud, por enfermeras, médicos y nutricionistas.

Asunto lógico si pensamos que son los profesionales y los técnicos del área de la salud quienes deben reconocer tempranamente el riesgo de desnutrición, sin embargo, las madres a través de sus propias experiencias, lo que hacen es reconocer empíricamente la existencia de una serie de signos y síntomas que ponen en riesgo la salud de sus hijos y hacer todo lo que sus experiencias y recursos le permiten en búsqueda de una solución efectiva.

Cuando se hace la entrevista no aparece inicialmente el bajo peso, la apatía, la irritabilidad y la inapetencia, signos de desnutrición moderada y grave, sin embargo al profundizar con las madres sobre el estado de su hijo antes de presentarse el mal de ojo o con éste ya establecido, estos signos aparecen, como se observa en el marco émico 3.

### Marco émico 3

#### Percepción que tiene las madres del bajo peso de sus hijos

| CODIGO | PERCEPCIÓN BAJO PESO   |
|--------|--|
| MND01  | Me preocupa el peso del niño, uno ve que los demás no están así, ni los veo así tan resecos así como está él, que él está en las meras costillitas, ¿qué puede aguantar un peladito así bien flaco?, yo no creo que aguante tanto.   |
| MND05  | Sí estaba normal, el médico me dijo que estaba muy bien la niña de peso, pero de un momento a otro la niña fue bajando de peso, bajando de peso. yo veía a mi niña así bajando peso y yo ¡ay! se me va a desnutrir la niña, entonces, le dábamos dizque que ese calcio...  |
| MND06  | Yo ya estaba acostumbrada porque como ella siempre ha sido así delgaditica   |
| MND07  | Yo creí que se estaba engordando, como la veía... como la veía gordita y así, no sabía que se estaba hinchando...  |
| MND09  | A mi me preocupaba mucho porque es que él se iba secando mucho, La desnutrición se le va a los huesitos y con lo pequeño que está me lo mata, si porque es que como al menos uno ve mucho en la televisión (risas)... cuando la persona está falta de calcio que se le parten los huesos y todo eso, entonces yo no iba a esperar más con mi niño así, ¡ay! mucho. Cuando lo vi que no jugaba ni nada, yo me puse muy mal, porque es que él juega mucho, anda, él habla, ¡hombre!, pues al menos como le cayó esa obradera y no comía, entonces, porque es que él no comía nada, entonces, eso lo... lo... lo puso muy desnutridito, pues primero que todo, pues pienso en la enfermedad, porque como a mi no me había tocado... |
| MND11  | No es gorda, entonces, ella siempre ha sido así, pero yo la veía bien, ni se enferma, ni nada, si la... pues, después de eso si la vi como deprimida, triste y ya no consentía que nadie la tocara, desde que comenzó a hincharse ella no consentía que nadie la cogiera, todo el día lloraba y el todo era dormir y dormir, todo el día dormida y que nadie la tocara   |
| PND13  | Estábamos bien ahí y ahora de la noche a la mañana a el niño se le presentó una peladurita aquí y como el estaba como malito de esta mano, se le hincho la mano y después resultó fue con los piecitos hinchados y bueno. Y ya llevaba 2 días, a los 3 días, al cuarto se hinchó todo. Y ya no tiene nada de eso, ya, ya...  |
| MND14  | Tenía fiebre, entonces, como él no está acostumbrado a meterse a la marea y en estos días estaba subiendo la marea, se vino para acá y le salieron dos granitos y eso le empezó a subir fiebre, le dio vómito y no recibía nada, lo llevé por eso. y eso a lo otro día no... hoy le subió la fiebre y al otro día amaneció delgadito. a yo creía que era una infeccioncita   |
| MND15  | Desnutrición es cuando los niños... cuando empiezan con la diarrea todos recaiditos, los niños se enflaquecen todos, se ponen todos flaquitos, feitos, eso digo yo que es desnutrición   |
| MND17  | Me preocupa el peso del niño, no ve que los demás no están así, ni los veo así tan resecos así como está él, que él está en las meras costillitas, ..que puede aguantar un peladito así bien flaco, yo no creo que aguante tanto. Me siento bien mal.  |
| MND19  | Si, pero como él había nacido yo lo veía que estaba un poquito más gordito, más avispado y todo, yo veía... ya mi... yo lo veía normal y él iba evolucionando, porque él ya a los 7 meses empezó a gatear, a los 9 meses ya intentaba pararse agarradito y todo, inclusive que a los 11 meses caminó. me sentí? Muy preocupada porque al ver que el no comía, y yo decía él no come porque él tiene ese viaje de ampollas, se le ampolló la lengüita, todo esto acá, porque él intentaba, yo lo veía que él intentaba, él me recibía pero más bien sentía como que le lastimaba, él rechazaba todo eso. Y yo ay no si mi bebé sigue así hasta donde va a llegar, aquí no hay más nada.   |

En un contrasentido, pareciera que las madres no perciben la delgadez de los niños como un riesgo para la salud, pues para ellas mientras el niño consume los alimentos, sin importar la calidad nutricional de estos, su estado de salud no está en peligro.

Cuando el bajo peso es tan común en una comunidad se corre el riesgo de ser considerado como “normal” y no se identifica como problema. Al respecto Rotenberg<sup>21</sup> deduce de su investigación que “...cuando el bajo peso y la desnutrición figuran como elementos comunes en el medio social o grupo familiar en el cual esta inmerso, el crecimiento inadecuado puede ser considerado como normal, no siendo identificado como un problema o, por el contrario, si el síntoma no es tan frecuente, puede ser percibido a partir de la comparación del peso y la estatura entre los diversos niños...”

Algunas madres escucharon la palabra desnutrición del personal de salud o de líderes de la comunidad, con la connotación de enfermedad peligrosa para la vida del niño. Pero la mayoría de las madres no comprendían el significado de la palabra desnutrido, dato que concuerda con los hallazgos de Carvalho<sup>22</sup> a quien las madres de su estudio tampoco sabían definir la desnutrición. El padre de un niño del estudio responde sobre el significado de la palabra desnutrición.

***“...No, porque supuestamente yo se que él (niño) cayó en eso (desnutrición) porque lo médicos me explicaron, ya, pero yo no sabría decirle porque... Yo para mí... lo que había pensado es como dice por allá el campesino que desnutrido es malparido (risas del señor), que no tenía todavía el aliento para salir... para salir, eso vendría a ser un desnutrido, tenerlo sin tiempo... parir sin tiempo. Eso es lo que yo entendía por desnutrido...” (Grupo focal)***

Aquí me pregunto ¿qué trascendencia tiene para la madre el hecho que el personal del sistema biomédico le diga “su hijo está desnutrido, tiene que alimentarlo”?, ¿con cuántos vacíos e interrogantes sale la madre de estas consultas?, ¿será que estas observaciones contribuyen a que las madres mejoren las prácticas para el cuidado de sus hijos?, ¿O quizás, a lo que contribuyen, es a mantener la brecha entre el sistema biomédico y el sistema tradicional?

### **4.3 ¿EL HAMBRE O EL MAL DE OJO COMO CAUSA DE DESNUTRICIÓN?**

La mayoría de las madres del estudio perciben la desnutrición aguda grave como causa del mal de ojo, no como una enfermedad causada por la carencia de alimentos, ni como consecuencia de su condición económica, o la carencia de servicios básicos como acueducto y alcantarillado, ni mucho menos como la sumatoria de esos factores y muchos otros que harían falta para el análisis de la enfermedad en su contexto multicausal.

Cuando las madres hablan de la alimentación de sus hijos, en las primeras prácticas refieren la administración de colada de plátano con o sin leche. Desde el momento en que se deja la lactancia materna exclusiva y, a veces antes, se inicia la alimentación con el plátano (*Musa cavendishii*).

El marco ético 4 muestra los testimonios de las madres con respecto a las prácticas alimentarias antes de iniciar el mal de ojo o durante éste:

## Marco émico 4

### Testimonios de las madres frente a la Alimentación de los hijos

| CODIGO                   | TESTIMONIOS FRENTE A LA ALIMENTACIÓN DE LOS HIJOS  |
|--------------------------|--|
| MND01                    | “...Ellos así se levantan es con su colada y a los 6 meses su comida común y corriente, pero así del seno no les gusta. Le di S26, desde que tenía más o menos como 4 meses, a los 6 meses le empecé a dar cositas, comidita... la colada de plátano, pero no le daba mucha, aquí variadita, le daba un teterito de colada y la comidita. La colada unas veces es de plátano y otras de bienestarina...”   |
| MND03                    | “...A los 9 meses le empecé a dar comida de sal. El tetero también pensé en dárselo a los 3 meses y tampoco, me dio mucha lidia. Le compré un pote de leche S26, no se lo tomó porque no le gustaba eso. Eso era pegado... entonces yo venía y me lo colocaba en el seno...Yo le daba la colada normal. Desde que le empezó a dar diarrea, yo le quité la leche, porque yo le daba la colada con leche. En un día normal le daba su colada bien fuera de esa avena con leche y si tenía el plátano se la hacía de plátano pero, el plátano no es tan frecuente porque por allá no se consigue el plátano, por ahí hummm de vez en cuando. En el almuerzo hacia sopita de lentejas o frijoles y yo le daba y él se tomaba su plato, por la tarde yo le daba un poquito de frijoles o depende si tenía lentejas, él se la tomaba...” |
| MND06                    | “...Le di teta (exclusiva) hasta el año y medio, recibía uno que otro tetero, pero vino a coger la comida y dejar la teta a eso de los dos años. ella pasa cada ratico pidiendo agua de panela, yo tengo que mantener todo el día una olla de agua de panela y otra de mazamorra pilada...”  |
| MND04                    | “...yo les doy bienestarina. Yo les preparo su bienestarina diario. A las bebés le hago colada de plátano. Yo les hago sopita de legumbres..”  |
| MND08                    | “...le di colada de plátano con leche Klim. Cuando le daba Nestógeno se lo daba apenas la mera leche. Cuando le daba la colada de plátano, yo rallaba el plátano y lo montaba al fogón, después lo colaba y ahí si le echaba la leche klim, le echaba hasta 6 cucharadas de leche...”  |
| MND10                    | “...le doy de comida patacones con queso o con huevo revuelto, más que todo, porque plátano cocido casi ni les gusta. Cuando hay plata, a ellos más que todo les gusta que le lleve arepa con huevo...Mi niño empezó a perder peso porque el niño no comía, no tomaba, ni agua me recibía. Yo le daba el seno, porque aquí ( se refiere al hospital) fue que se lo quité, le daba el seno y que va el niño nada, lo único que recibía pues era el seno, pero comida... ni un suerito, nada me recibía, una sopita, nada. Ya la comidita, la sopita desde los 2 meses, empecé a darle la sopita y el tetero que siempre lo hago, más que todo siempre su colada de plátano...”  |
| MND11                    | “...No le di seno, desde que empezó le di NAN hasta los 4 meses y después leche Klim en coladas de plátano, además le daba sopitas de granos o de pastas, de harina...”  |
| MND12                    | “...Le empecé a dar coladitas de harina de trigo, de plátano, con leche. Y otras veces le echaba aguapanela con leche, Colada de plátano con esa colada de harina de trigo...”   |
| Hombre de un grupo focal | “...La mamá no lo quiso alimentar con teta, entonces yo empecé a darle alimentación, como mi mamá tiene una vaquita y yo también tengo una vaquita y está recién parida, entonces, empezamos a darle la lechita de vaca con agua de panela o con claro de mazamorra, y después le compramos dizque esa harina que dicen de plátano...”   |
| MND14                    | “...como a los 7 meses le empecé a dar jugo, después de la quitada de seno fue que empezó a rebajar bastante. Lo único que me recibía era agua, ni alimento, ni jugo, nada, ni un huevito me recibía...”   |
| MND15                    | “...Después de que le quite el seno a los 2 meses le empecé a dar leche Klim en la colada de plátano. Le inicié comida normal hace poco porque yo le daba y a él le daba la diarrea, yo le daba caldito de frijol y a él le daba diarrea, entonces, el esposo mío me decía, no seguro que es que todavía no tiene él la edad de comer, ¿por qué será?, es que le da uno alguna cosa y ya dizque le daba diarrea...”  |

La colada con leche de vaca o leche en polvo, significa buena alimentación y esta se suministra en algunos casos antes de los cuatro meses de vida del niño (Grupo focal), lo que va en detrimento de la lactancia materna. Estas prácticas están inmersas dentro de la cultura de las madres y del colectivo, replicándolas oralmente de generación en generación y están permeadas por la experiencia social y familiar: *“mi abuela daba a sus hijos colada de plátano con leche klim, mi madre, mis tías, mis hermanas y todos están bien”* (Grupo focal).

El plátano es de amplio uso en la región, hace parte de la cultura alimentaria de los Turbeños, de hecho los indígenas embera llamaban a esta región como *patado* que significa río de plátano y la región actualmente es exportadora de banano (*M. Paradisiaca*) y plátano. La práctica del consumo de plátano responde, tanto, al contexto socio cultural en el cual está inmersa la madre, como al acceso de alimentos, condicionado este acceso por factores económicos, de distribución y producción.

Las madres del estudio refieren como alimentos ideales para suministrar a sus niños: carne, leche, frutas y verduras, sin embargo las dificultades económicas las llevan a centrar la alimentación en el agua de panela, el plátano y el arroz, los cuales constituyen la seguridad para satisfacer el hambre (Grupo focal). Como se aprecia en el marco émico 4, priman en el consumo de alimentos de los niños del estudio los carbohidratos, seguidos de un bajo consumo de leguminosas (fríjoles y lentejas), y prácticamente la carne, frutas y verduras no aparecen en los relatos de las madres.

La práctica alimentaria con el plátano para los niños consiste en: el plátano verde se muele o licúa con agua, leche y azúcar, esta colada se cocina y se envasa en un biberón. El plátano hartón presenta un contenido alto de carbohidratos, bajo contenido de grasa, de proteínas y presenta pequeñas cantidades de beta caroteno y de hierro no emínico, al acompañarse con leche su valor nutricional

mejora; sin embargo, por problemas económicos muchos niños consumen la colada sin leche. Para las familias de escasos recursos económicos el plátano se convierte en el alimento base de la alimentación. El plátano significa alimento y es la seguridad para satisfacer el hambre. En la lógica de estas madres, si el niño tiene la colada de plátano, no tiene por qué estar desnutrido, de ahí, entonces que la causa base de la desnutrición aguda grave no sea la alimentación, pero sí, el mal de ojo.

Como lo expresa Rotenberg<sup>21</sup>, las prácticas alimentarias en el cuidado infantil están condicionadas por el aprendizaje que tuvieron las madres en su infancia, aunado a las experiencias y vivencias durante su vida, a la cultura, a las redes sociales y al saber científico de cada época histórica y cultural y lógicamente a las condiciones económicas. De hecho, de las 20 madres del estudio, 19 son oriundas de la región Urabá Antioqueño o Chocoano. Una madre es oriunda de Bogotá. Significa, entonces, que existe una amplia experiencia por parte de estas madres frente al significado del plátano y a la práctica de su consumo.

La carencia de alimentos como causa directa de la desnutrición aguda grave no aparece en los discursos de las madres del estudio, pareciera que la fuerza fisiológica y simbólica que tienen los alimentos, declinara ante la fuerza del mal de ojo y demás enfermedades. Una de las madres refirió que *“el niño tenía granitos en la piel y que de un día para otro se puso delgadítico”*. La causa de ésta delgadez y cuyo diagnóstico y tratamiento hospitalario fue el marasmo, subyace para la madre en una enfermedad y en ningún momento durante la entrevista en su propia casa manifestó problemas para alimentar y nutrir a su hijo.

Otra madre expresa:

***“Al niño lo raro que se le notó fue apenas la peladura en la boca. Estaba comiendo bien, y después me di cuenta de que no estaba comiendo bien. Sí***

***me di cuenta porque mi mamá me dijo que él no quería, y vamos a hacerle otra comida y que él no quiere. Y yo mamá voy a ir a conseguir plátano y me dijo ah vaya. Y como usted sabe que uno en el campo hace la mazamorra de maíz muy criollo (maíz hervido en agua) y bueno entonces, mi mamá sirvió la mazamorra para el almuerzo, sí. Entonces, yo vine, el niño vino conmigo y yo dije, ven saquemos un poquito de clarito (líquido de la cocción del maíz), y cogimos un poquito y se lo echamos en un tetero y se lo di y ahí fue que él no comió bien, bien, ahí dejó todo su plátano, dejó todo y apenas se comió media arepa (tortilla de maíz)... Yo me di cuenta de la enfermedad del niño porque mi mamá me dijo: mira mijo, el niño tiene como que es una... yo no se que le pasaría en la boquita, que tiene una cosita ahí en la boca. Y yo me puse a repararlo y le vi este lado así coloradito y yo dije esto no está bueno, ya tenía el estomaguito hinchado y se le estaba a botijando este piecito. Y dije no, bueno, no tengo plata, pero voy a tener que ir a averiguar por plata ahorita, yo había hecho unos trabajos, voy a ir a ver si me pagan ahorita. Y yo me fui por la tarde y vine y al otro día amaneció más malito, más grande la hinchazón, yo sentí acongojo, y ahí fue que lo traje rápido. Yo vi a mi niño así como flaquito, si , estaba así flaquito..." (MND13)***

Lo que se observa es que existe un hambre fisiológica representada por la necesidad sentida de comer, que las familias satisfacen con el alimento disponible como plátano, maíz, yuca, arroz o agua de panela, pero al margen de esta se encuentra el hambre que podemos llamar tisular, en la que los tejidos y órganos reclaman los nutrientes básicos, los cuales no son satisfechos ni por la *musa*, ni por los otros carbohidratos.

Hablo entonces de dos concepciones diferentes para satisfacer el hambre: un alimento que satisface el hambre, tenga o no tenga todos los nutrientes y, unos alimentos que satisfacen el hambre y aportan todos los nutrientes.

Esta hambre tisular es silenciosa y pasa desapercibida por los diferentes sistemas médicos y por los padres de familia. Prueba de ello es que las madres relatan que sus hijos estaban bien y rápidamente o de un día para otro se edematizaron. El edema nutricional representa el déficit en el consumo de proteína de alto valor biológico (origen animal o de leguminosa mezclada con un cereal), de vitaminas y de minerales los cuales no pueden ser cubiertos con los plátanos, cereales o tubérculos base de la alimentación de estos niños.

Lo que encontré en la investigación, es que el hambre a la par con la enfermedad de filiación cultural como el mal de ojo o de no filiación cultural, son causantes de la desnutrición aguda grave. Sólo que en la sociedad colombiana, tanto hambre como enfermedad, de filiación cultural cuentan muy poco, la enfermedad de filiación cultural se ignora y el hambre y la desnutrición tienen su peso para las estadísticas.

Las representaciones científicas del hambre y del exceso de población (que además se encuentran a menudo juntas) son deshumanizantes y objetivizantes en grado sumo. Después de todo, cuando se hace referencia al “hambre” o a la “población” se habla de personas, de la vida humana en sí misma. Pero para la ciencia y los medios occidentales, todo ello se convierte en masas desesperadas e informes (oscuras), objetos numerables y medibles por demógrafos y nutricionistas, o sistemas con mecanismos de realimentación, como el modelo del cuerpo elaborado por los fisiólogos y los bioquímicos.

“El lenguaje del hambre y el hambre del lenguaje reúnen sus fuerzas no sólo para mantener cierto orden social sino también para ejercer un tipo de violencia simbólica que desinfecta la discusión sobre hambrientos y desnutridos”<sup>30</sup>. El hambre en los niños menores de cinco años y la desnutrición como su consecuencia, se objetivizan en las cifras epidemiológicas, ocultando la

subjetividad de los niños que las padecen y sus familias. Es como si se estuviera al frente de la indiferencia frente a la desnutrición y al hambre.

El hambre y las hambrunas (escasez de alimentos) han estado presentes en la historia de la humanidad, en la edad media, en la época romana, en Europa etc., pero, irónicamente el aumento en la producción de alimentos ha estado acompañado de aumento de las personas con hambre o de colectivos con hambruna <sup>76</sup>. En estos ires y venires de la historia no se ven cambios profundos, es el caso del municipio de Turbo, una región ganadera con una amplia exportación de plátano y banano, en la cual el 60% de la población vive en pobreza absoluta, en consecuencia la carencia de alimentos en los niños, en la población más vulnerables, es alta.

Según Ávila<sup>79</sup>, la relación entre hambre y desnutrición empieza a aparecer entre 1507 y 1534 con los obreros, pero sólo hasta los siglos XVIII e inicios del siglo XIX el personal médico relaciona el hambre con el trabajo de los obreros; ya en el siglo XIX se ve claramente la relación hambre-desnutrición y enfermedad. Argumenta este autor que los últimos en darse cuenta de que la desnutrición existía fue el personal médico, y al parecer aun continua siendo así, los últimos en darse cuenta de la desnutrición son los médicos y los profesionales de la salud, cuando los niños son llevados al hospital por sus madres por el edema o caquexia.

Reconocer la existencia del hambre y la desnutrición, es dejar ver el extremo de los problemas sociales, económicos y de inequidad de una región o Estado, por eso a veces se soslaya el problema o se guarda cierta indiferencia, o se objetiviza en cifras.

En Colombia, 1.4% de la población infantil presenta desnutrición aguda moderada o grave, lo que ha facilitado expresar que esta desnutrición no es un problema de salud pública para Colombia<sup>3</sup>. Sin embargo, esta prevalencia “insignificante”

esconde un problema serio: La población total de habitantes de Colombia es de 45'921.000, de éstos, 10,7% corresponde a niños menores de cinco años: 4'913.547 niños (15) y, si de estos niños 1,4% presentan desnutrición aguda moderada o grave, el porcentaje correspondería a 68.789 niños colombianos con alto riesgo de morir por esta enfermedad.

Surgen entonces las siguientes preguntas: ¿el alto riesgo de morir de estos 68.789 niños no es un problema para Colombia?, ¿si se considera grave la muerte de una persona adulta por cáncer, por enfermedad cardiovascular, por accidente o por suicidio, por qué no es grave la de de los niños? Tal vez, el miedo de enfrentar la desnutrición, por su trasfondo económico, político, social y cultural, nos lleve a enmascarar la gravedad de la desnutrición grave bajo el rótulo de baja prevalencia.

Cuando el personal del sistema biomédico detecta el bajo peso, dice a la madre “señora, su hijo está muy flaco, déle comida”, pero ¿de que comida se habla?, ¿acaso para las madres el plátano que es lo que tienen disponible no es comida?, en la pobreza absoluta, ¿cómo comprar carne?; ¿el clínico tiene conocimientos sobre los recursos económicos y agrícolas tradicionales de la región que pueden mejorar el estado nutricional de los niños? Quizás nos hace falta conocer los contextos sociales, culturales y económicos de cada localidad para orientar a las madres correctamente.

Por otra parte, el sistema alimentario de la cultura médica tradicional y de la cultura médica occidental también contribuye, en parte, al avance de la desnutrición, puesto que cada sistema delimita lo comestible y lo no comestible en los casos de enfermedad:

- ❖ El sistema occidental prohibía el consumo de leche en niños con procesos diarreicos, práctica que persiste en unos pocos clínicos y en algunas familias de Turbo.
- ❖ La práctica actual de la medicina occidental consiste en ordenar suero oral para los procesos diarreicos, pero algunos médicos y enfermeras no especifican a las madres sobre los alimentos que deben suministrársele al niño, concomitante con el suero, en consecuencia algunas madres limitan el ofrecimiento de alimentos durante estos procesos.
- ❖ La práctica del rezandero se centra en los baños, las bebidas y los rezos para reponer las fuerzas del niño; no se hallaron recomendaciones alimentarias por parte de estos terapeutas en las entrevistas.

Durante la enfermedad ocurre un aumento de la tasa metabólica basal, se presenta anorexia (ocasionada por los propios procesos infecciosos), se da pérdida de nutrientes (entre otros, por los procesos diarreicos). Si a esta situación del niño se suma la disminución en el ofrecimiento de alimentos, lógicamente lo que se inicia, según las madres, como un mal de ojo, llega al marasmo o al kwashiorkor.

Así pues, para las madres del estudio el mal de ojo es la causa de la desnutrición aguda grave de los niños, mientras que para el personal del área de la salud pareciera que es el hambre y los procesos mórbidos. Sin embargo ambos actores invisibilizan la multicausalidad de la enfermedad. Mientras que el personal de salud recurre a la técnica, a la ciencia para explicar los fenómenos fisiológicos, bioquímicos y físicos, objetivizando a los niños que padecen la desnutrición, las madres por su lado, tratando de lidiar con la enfermedad de su hijo, el mal de ojo, recurren a sus creencias y a las de su grupo familiar más cercano; ambos actores dejan en segundo lugar la alimentación, como una forma de prevenir la DAG.

Así entonces, en esta separación de culturas, no debería ser extraño que para la cultura occidental el marasmo y el kwashiorkor cuentan por las cifras y por las alteraciones fisiológicas; y para la cultura de las madres, esta desnutrición cuenta como una consecuencia del mal de ojo.

Conocer y comprender lo que las madres entienden por mal de ojo, las formas de tratarlo y prevenirlo, es de vital importancia para que los profesionales de la salud puedan entrar a la prevención y al tratamiento en articulación con la cultura de las madres

#### **4.4 EL MAL DE OJO ¿QUÉ ES? ¿CÓMO SE TRATA?**

El mal de ojo ha estado presente en la historia de la humanidad desde tiempos muy antiguos, ha pasado de generación en generación y el municipio de Turbo no ha estado libre de este conocimiento, como una de las enfermedades de filiación cultural de la localidad.

En el municipio de Turbo, Antioquia, se ojean los niños hasta los siete años y también se ojea a los animales y a las plantas. Este mal es causado por “la fuerza emanada” que produce la mirada de algunas personas y que tienen el poder de “ojear”, ya sea de forma voluntaria o involuntaria.

Según las madres del estudio, el ojo es una enfermedad que se manifiesta de dos formas: (figura 3)

a) El mal de ojo secador o mal de ojo casero, este es causado por un miembro de la familia, generalmente el papá. El padre de forma involuntaria le pega el ojo al

niño cuando le brinda al niño mimos excesivos o cuando lo carga llegando de la calle sudoroso. El mal de ojo secador lo relacionan con la pérdida de peso y puede causar la muerte. Se manifiesta por enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias leves o por “tener la cabeza caliente y los pies fríos”.

b) el ojo callejero, se debe a la malquerencia o a la envidia hacia un niño por parte de un miembro de la comunidad, sea este conocido o no de la familia. Los niños más sensibles a este mal de ojo son los niños “gorditos y simpáticos”. El ojo callejero se manifiesta en vómito, fiebre y diarrea.

***“...ella apenas se enfermó cuando tenía 22 días y yo la traje al hospital y de ahí no se enfermó más, sino apenas cuando el pegaron ojo así de la calle...”***

**(MND08)**

***“...eh... el que le dicen secador, el que los va adelgazando bastante...”***

**(MND07)**

***“...cuándo la llevé por allí donde una señora por allá por... por la gran vía, me decía que era ojo secador, después de que le cambié de señora porque la niña no se recuperaba, me decían que era aflicción (mal de ojo) de casa...”***

**(MND05)**

#### **4.4.1 Signos y síntomas del mal de ojo**

Las madres de este estudio relatan que los niños con mal de ojo de la casa o de la calle presentan los pies y las manos frías, llanto, inapetencia, inactividad, vómito, diarrea, lombrices, “peladuras” en las manos o en la boca, pérdida de peso e hinchazón de los pies y del estómago cuando la enfermedad avanza.

***“...como él era con esos ojitos así cerraditos y esa cabeza como que se le quería explotar, las manitos y los piecitos fríos. Me va diciendo una... me dice mi marido “ese niño debe tener ojo, porque se siente todo raro, todo...muy decaído va a tener que ir usted a Chigorodó y llevarlo donde alguien que sepa a ver si es...” Verdad y salí con él, con una cuñada de mi marido para Chigorodó, cuando llegamos donde una señora y la señora dijo “el niño si tiene ojo y es secador”, me dijo ella “y está muy malito, porque tiene las lombrices revueltas y está muy mal como de peso”, y eso me dijo ella...”*** MND03

***“...cuando a ella se le empezó a enfermar la boquita ya no quiso recibir nada de la comida[...] La pobre se quejaba. Y entonces, como al mes de haber pasado la diarrea amaneció con los bracitos y las piernitas brotadas, así como con sangre, como si fuera sangre untada. Yo me cogí y le dije a la abuelita de ella, ¡ay! Carmela, mira como la niña está, entonces, ella me dijo y yo la llevé al médico otra vez. Yo ahí mismo me metí a urgencias y le dije, doctor vea que mi niña... no estaba el mismo que me la atendió primero... vea que mi niña como está y yo no se que es eso. Y dijo, no... y no puede toser porque como que le duele el pechito. Y él apenas la vio me dijo, no, ella no tiene nada, está normal, eso es una infeccioncita...”*** MND11

***“...él se hinchó rápido, porque vea, él tomaba suero... él primero le daba yo con la diarrea, cuando le comenzó la diarrea, suero día y noche pa’ no darle tetero, colada, porque el médico me dijo, cada que haga deposición déle suero, entonces, el niño como se mantenía tan vaciado así, entonces yo cogí y le di suero, le daba suero y ya después le niño se me hinchó...”*** MND18

Analizando desde lo *etic* y tomando los relatos de las madres, se puede deducir que el marasmo corresponde a la acción del ojo secador, en tanto que el

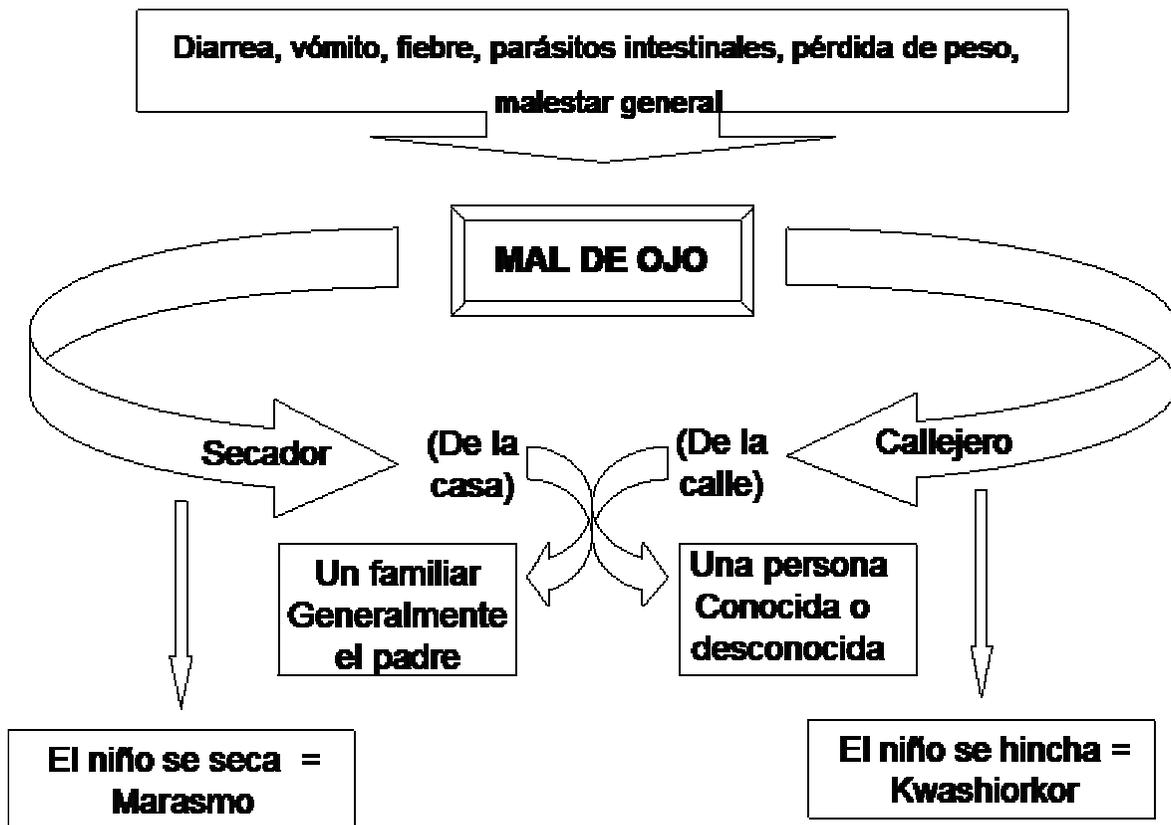
Kwashiorkor no tiene una causalidad precisa con respecto al mal de ojo, es decir, es por el ojo secador o es por el ojo callejero, siendo claro que sí es una consecuencia del mal de ojo.

En Colombia según Gutiérrez<sup>77</sup> los síntomas son muy variados y parecen acoplarse al tipo de endemias de cada región: Constituye una dolencia aguda en el sur del país, que se acelera rápidamente si no se contrarresta su acción. En la zona minera antioqueña por ejemplo, donde la alimentación es muy precaria, la desnutrición infantil con todas sus secuelas es generalizada y se encubre con lo que se denomina mal de ojo "húmedo" y mal de ojo "seco" o "secador". En el mal de ojo húmedo, el niño se hincha, se vuelve inapetente y adinámico. En el ojo secador el niño se "esqueletiza", secándose paulatinamente y muere. Vómitos y diarreas complementan la sintomatología de estas dos versiones (figura 3)

La literatura señala que en el mundo los síntomas de un niño con "mal de ojo" básicamente son el llanto frecuente, intranquilidad, inapetencia, náuseas, vómitos y fiebre alta<sup>78</sup>, signos que coinciden con los reportados por las madres del estudio. En los niños recién nacidos que son dañados tienen diarrea y les sangra el ombligo; el niño mayor sufre diarrea con pujos o sin ellos, fiebre, vómito, sobresaltos durante el sueño y una de las aberturas palpebrales es más chica que la otra<sup>79</sup>, signos de este tipo no fueron reportados por las madres de este estudio.

En Turbo, las casas son de puertas abiertas, el lugar de recreación de los niños son los antejardines y la calle. La elevada temperatura ambiente, hace que los adultos formen sus lugares de socialización en las aceras y antejardines. Esta cultura de puertas abiertas facilita la intercomunicación en salud entre vecinos, familias y sociedad, en esta comunicación miembros de la familia o de la colectividad hacen el diagnóstico del mal de ojo en relación con sus signos y síntomas, pero, también pueden causar involuntariamente el ojo a los niños.

Figura 3. Esquema del mal de ojo, sus tipos y su relación con la desnutrición



El mal de ojo se expresa como diría Tausing<sup>77</sup> en el signo de las relaciones socio-culturales, es un hecho social, tanto, físico como biológico, que está latente en la cultura Turbeña. Al ser la DAG una consecuencia del mal de ojo, esta DAG, operaría también como un signo de relaciones socio-culturales, en la que la familia del niño juega un papel fundamental.

Por tratarse el mal de ojo como resultado de una fuerza que emana voluntaria o involuntaria de un miembro de la familia o un miembro de la colectividad y que se manifiesta con diarrea, infección respiratoria, pérdida grave de peso y edemas, el tratamiento se encamina a eliminar dichas fuerzas, tal como se analiza a continuación.

#### **4.4.2 Tratamiento del mal de ojo**

En Turbo, sólo una madre relató realizar prácticas preventivas contra el mal de ojo, pero por la observación de la población general se pudo constatar el uso frecuente de manillas y objetos de fabricación indígena como “contras” para prevenir el mal de ojo, puestas en las muñecas de las manos de los niños.

***“...si me la han ojeado pero mi mamá casi no cree en esas cosas y entonces les ha puesto ahí la salva a todos los pelados y...***

***“...uno entra y está la cuna ahí y todo el que va entrando la va salvando la acuesta en el suelo y se cruza...” (ponen al niño en el suelo y cada miembro de la familia pasa por encima de él)***

***¿Con eso se le quita el ojo?***

***“.. Dice la gente que se le quita y la verdad es que a ella...”***

***¿Y por cuántos días se le hace eso?***

***“... todos los días...”***

***¿Y cuántas personas la salvan?***

***“...aquí en la casa todos los que viven...”***

Los amuletos en este contexto social, como diría Geertz <sup>51</sup> se convierten en un símbolo de lo que se podría llamar “energía positiva” o “energía vital”, en ellos la comunidad Turbeña pone en relación lo visible con lo invisible y lo real con lo sobrenatural, pone de manifiesto una construcción social de la enfermedad, pero también del tratamiento. Estos amuletos, encierran en sí mismos, una clara connotación simbólica que encarna la concreción de ideas, actitudes, juicios, deseos y creencias.

En cuanto a lo preventivo Montes<sup>80</sup> plantea que "...de uso universal y constante ha sido en otro tiempo la *liga*, que se usaba como colgante en collares, pulseras,

leontinas y hasta sortijas y clavillos [...]. describe la *liga* en esta forma: "... una *higa de caucho*, así llamada una figurita en forma de mano cerrada, con el pulgar entre el índice y el dedo medio en forma de cruz... [...]". En cambio la *liga* es interpretada hoy por los investigadores en sentido fálico; la usaban, se dice, los romanos como figura apotropaica y con cierta especialidad contra el mal de ojo, para lo cual los pueblos clásicos empleaban un falo de metal u otra materia, colgado al cuello".

"...Atan a las muñecas de los niños varios amuletos: unas veces es un asta de ciervo volante [...], otras una figura de caucho figurando una higa, una bolsita con un diente de ajo y lo que llaman la bolsa de los atavíos, que contiene un pedazo de ara, *otro* pedacito de la puerta santa de Santiago y un diente de ajo..."<sup>81</sup>.

De ahí la costumbre de proteger a los niños vistiéndolos con ropa de telas coloradas y colocándole en la mano derecha chaquiras, amuletos, etc. prendidos en una cinta roja con lo que se desvían los malos espíritus que asechan a su alrededor <sup>83</sup>.

Se utilizan Corales, azabaches; cuentecitas en las muñecas; copé (aceite endurecido de la caraña o el chimú); dientes de ajo; higa (bolitas que se sacan de los árboles de limón u olivo); matecito; piezas de hierro; pulsera con piedritas; secretos; si la persona [que puede ojear] no quiere hacerle daño al niño tiene que pegarle hasta que llore<sup>84</sup>.

Esta práctica de amuletos para evitar el mal de ojo se observa con mucha frecuencia en el municipio de Turbo, especialmente en el área rural; y en el hogar de los niños de algunas de las familias entrevistadas se notó este dispositivo de prevención.

En Turbo, ante la presencia del mal de ojo, las madres del estudio relataron la necesidad de un "santiguador" para aliviar el mal. En el contexto de la cultura

Turbeña, el santiguador es una persona, hombre o mujer, con un alto reconocimiento popular, que desarrolla sus oraciones haciéndole al niño la señal de la cruz en la frente, en el pecho y del hombro izquierdo al derecho. Las oraciones se hacen en silencio y son desconocidas por las madres. “No se trata de curanderos (as) sino de «sabios-as» o «entendidas-os», quienes recitan una oración, que a su vez aprendieron por tradición oral de otra mujer – hombre”<sup>81</sup>.

Estos médicos tradicionales una vez consultados por las madres (o su círculo cercano de amigos y familiares) y realizado el diagnóstico, inician el tratamiento que puede ser con rezos, baños, ungüentos y tomas, lo que coincide con Gutiérrez<sup>80</sup> y Montes<sup>83</sup>

Los santiguadores o rezanderos como se denominan en Turbo, utilizan una gama de prácticas mágico religiosas para tratar el mal de ojo que se pueden clasificar como prácticas curativas y algunas preventivas, coincidiendo con los hallazgos bibliográficos.

Las prácticas curativas se subdividen en tres: Santiguar (Rezos), Toma de bebidas y baños y ungüentos.

**4.4.2.1 Santiguar (rezar):** Se reza al enfermo tres veces y se le hace la señal de la santa cruz en el pecho, en la frente y en la espalda. Algunos santiagueros cobraban por los tres rezos, \$10.000 (US \$4.5), otros no cobraban y otros sólo pidieron pastillas para el dolor de cabeza.

***“... Y él empezó a rezarla, fueron 3 días seguidos... Como yo las he llegado a llevar cuando las he llevado rezar, pues, las niñas se recuperan bastante.***

***Claro que en cuanto al peso y a eso pues no, pero si mejoran el ánimo...”***

***(MND07)***

***“...pero yo lo voy a rezar 3 días y le mando unos baños para que usted se los de...”. Lo llevé a los 3 rezos y el niño nada que cambiaba...”***

***(MND03)***

***“... a que la santigüen, le hace una cruz aquí y otra atrás en la espaldita y en el pechito... si porque es que allá... eso se le para en un momentito apenas la rezan...”***

***(MND17)***

***“...para la diarrea le mandaron a que le cocinara las hojitas de guayaba verde y le diera de eso... la santiguaron y le echaban baños...” MND07***

En algunas ocasiones el rezo puede ser efectivo o no, por lo tanto las madres pasados unos días del tratamiento, sin que noten cambios significativos en el estado de salud de sus hijos, buscan otro médico que puede ser tradicional u occidental.

**4.4.2.2 Bebidas:** Se encontró una gama amplia de bebidas, que se relacionan con la sintomatología del mal de ojo, las cuales son en su gran mayoría plantas vegetales solas, y en algunas, al parecer mezcladas con un aguardiente (licor), petróleo, ajo, cebolla, otras sustancias no conocidas por las madres. Dentro de las plantas se mencionaron el guandú, mata ratón para la fiebre, mata de dormidera para el sueño, hoja de guanábano, hoja de guayabo para la diarrea, así como el yuyo y el saúco para la tos y las lombrices.

***"...por ejemplo acostumbran dizque echarle dizque aguardiente y ahí le echan un poco de raíces..."***  
**(MND04)**

***"...para la diarrea le mandaron a que le cocinara las hojitas de guayaba verde y le diera de eso..."***  
**(MND05)**

***"...pues la mayoría si, porque yo a veces, cuando estaba así con la lombriz le doy ese saúco porque ella les baja ahí mismo... algunos dicen que sí le echan aguardiente..."***  
**(MND06)**

***"...cogíamos la cebolla, la rallábamos, le echábamos una gotitas de petróleo y 3 góticas de limón y le dábamos eso; o si no cogíamos una mata que se llama dizque.... Bueno, cogíamos esa mática, la machucábamos bien machucadita y le echábamos 3 gotas de limón y se la dábamos a ella..."***  
**(MND11)**

**4.4.2.3 Baños y Ungüentos:** En Turbo, para este tipo de tratamientos, fue muy repetitivo el uso del yuyo, el guandú y otras plantas, algunos testimonios nos permiten identificar dichas prácticas.

***"... le mandó baños de leche con guanábano, con guandú, como no dormía me dijo que dizque que le echara esa mata de dormidera y qué otra mata me dijo que le echara? ..."***  
**( MND07)**

***"...y que le colocara hojitas de aguacate, que la tibiara en la candela y le... le echara vapor por aquí y le colocara esa hoja, que le quitara... se le secaba una y le colocara la otra... y yo le hacía eso y la diarrea nada que el bajaba...Y fui donde esa señora y me dijo "vea para la fiebre de la niña la bañaba por la mañanita con mata ratón cocinado en agua tibiecita y por la noche al acostarse también la bañaba con eso y de día... para la diarrea le di***

***yuyo” Me dijo ella, yuyo un cable, una matica que tiene un canutico así. Eso lo machaca uno bien machacadito y le echa agua y lo pone a hervir y le da esa agua a tomar bien sea en el tetero o en las cucharas, como... Verdad y a él no le gustaba esa agua, pero le bregué y le bregué hasta que le di. La verdad que eso fue lo que le quitó la diarrea a mi bebé...” (MND03)***

Tal como se observa el tratamiento tradicional va en dos direcciones, el primero en tratar de eliminar las fuerzas que ha recibido el niño y el segundo en tratar los síntomas del mal de ojo como las lombrices (parásito intestinal), la diarrea, las enfermedades respiratorias y la fiebre, sin embargo, como se verá en el itinerario terapéutico, la búsqueda de solución terapéutica hace que la madre vaya y venga del sistema biomédico al sistema tradicional, evaluando los síntomas de mejoría del niño, atribuyéndole a uno u otro sistemas propiedades y prácticas curativas específicas.

En la literatura se encuentra que la historia de la humanidad ha estado ligada desde sus orígenes a rituales, creencias y prácticas relacionadas con los procesos de salud - enfermedad; algunas de las cuales han evolucionado o pervivido en el tiempo acomodándose a las diferentes condiciones culturales de cada región a donde han sido trasladadas. Algunas de esas creencias están relacionadas con hechiceros y brujas, pérdida del alma, posesión por un espíritu, pérdida del equilibrio corporal básico, usualmente causado por un frío o un calor excesivo, el mal de ojo, entre otras<sup>82</sup>.

El tratamiento del mal de ojo a nivel mundial es múltiple y depende de la cultura, de las condiciones socio económicas y de los recursos naturales con que las personas cuentan en el espacio poblacional en el que habitan.

En cuanto a la curación el mal de ojo, según, Gutiérrez<sup>80</sup> y Montes<sup>83</sup>, en Colombia existen múltiples prácticas terapéuticas para aliviar y/o prevenir el mal de ojo. Las

acciones curativas según estos autores, están relacionadas con la ingestión de bebidas de plantas disponibles en la flora local. Algunas de ellas son: concha de cachicamo molida; chocolate con espiga de albahaca; azabache fino.

Así mismo, señalan estos autores que otra práctica común son los baños, que al igual que las bebidas, son de plantas disponibles en la flora de cada localidad, algunas plantas utilizadas para hacer baños al niño son: agua de eucalipto; agua de manzanilla y ácido bórico; amorseco, alcanfor, cascabelillo y albahaca; botoncillo; concha del palosanto tomada en el monte, donde nadie lo vea (San Luis, Casanare); orines de la misma que los ojió; verbena; yerbé milagro machacada en crudo.

Referente a untos, toques, aplicaciones, estos autores relacionan las siguientes: azotado con ramas; chupado una persona con una bolea de chicote con angalia; pomadas; se cuelga al niño un colmillo de perro negro calzado hasta la mitadcita; se pasa el muchacho a escondidas por encima de la mata de ruda: la mata se muere y el muchacho se alienta; untarse aguardiente y clavo de olor.

Si bien las prácticas descritas por Gutiérrez<sup>80</sup> y Montes<sup>83</sup>, no son iguales a las practicadas en el municipio de Turbo, en cuanto a materia médica, si siguen este patrón curativo.

#### **4.4.3 El mundo del mal de ojo y el mal de ojo en el mundo**

En la literatura el mal de ojo es la emanación personal de una fuerza que surge en forma voluntaria o involuntaria, que ataca principalmente a los infantes, con más frecuencia en los que aún no “comen sal” es decir están en el período de lactancia<sup>85</sup>, pero dependiendo de la región del mundo, y del nombre que reciba, ataca animales y plantas. Es considerada una creencia en la que hay personas de

mala vista, o de tal fuerza en la misma que tienen que usar lentes, pues si dirigen su mirada sobre un semejante le acarrearán desgracias y si sobre un animal, la muerte"<sup>83,84</sup>.

El mal de ojo es una creencia universal antiquísima que se encuentra en todas partes bajo diversos nombres. En Europa, en castellano, se le denomina mal de ojo, aojamiento; en Gallego, mal de olla; en Vasconce, *beguizco*; en francés, *fascinarían* o *charme*; en Inglés, *evil eye*; en Alemán, *bose auge*, *bose blick*, *augenzauber*; en Italiano, *mal'occhio*, *jettatura*; en Neogriego, *kakomati*, etc." <sup>83</sup>. El Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua en su edición de 1817 le dio el término latino: «*Fascinatio*»<sup>85</sup>.

La creencia del mal de ojo se menciona en el Torah (el viejo testamento de la Biblia) y su existencia es reconocida por los árabes, los judíos, y los cristianos modernos. La creencia se extiende hacia el este de la India, hacia el oeste a España y a Portugal, hacia el norte a Escandinavia y a Gran Bretaña, y en África del norte. El epicentro de la creencia del mal de ojo está en las naciones que se localizan a lo largo de las orillas mediterráneas y egeas, de la India y de los países suramericanos influenciados por la conquista Española y al parecer llevada también por los colonialistas a Norteamérica, Australia, y Nueva Zelanda<sup>88</sup>.

En cada parte del mundo, la creencia recibe un nombre diferente como se ha visto, pero también es relacionada con enfermedades, dolencias y prácticas curativas y preventivas diferentes.

En África, la tribu congoleña de Lugbara cree que el hombre con mal de ojo puede reconocerse por su estrabismo y su mal carácter. Se le ha de tratar con mesura y ofrecerle cerveza y tabaco<sup>86</sup>.

En el Cercano Oriente y en Turquía se escribían frases del Corán en las paredes exteriores de las casas, con el fin de establecer una barrera sagrada contra la

influencia perniciosa del ojo. El símbolo del ojo, que incluso hoy se ve pintado en la proa de los barcos de pesca en algunos puertos del Mediterráneo, también se suponía que anulaba los efectos del mal de ojo con suma eficacia <sup>89</sup>.

En Portugal las gentes se protegían con ramos de salvia, y en el sudeste de Europa se recurría al ajo, sobre todo por parte de los eslavos y los griegos. Los beduinos del norte de Arabia llevan dos canicas a todas partes. Una, es negra, les ampara durante la noche; otra, blanca, durante el día. En el siglo XVIII se creía en toda Europa que el color rojo, símbolo de la sangre y de la salud, preservaba contra el mal de ojo a cuantos con él se vestían <sup>89</sup>.

En Italia las novias se cubrían la cabeza con grandes velos rojos. En Rumania los bueyes llevaban trapos rojos atados a los cuernos. Los labradores escoceses ataban con hilo rojo a los rabos de sus reses cintas rojas o cruces de madera de fresno sagrado <sup>89</sup>.

En los siglos XVI y XVII, cuando se decía que las brujas destruían a sus víctimas con el poder de su mal de ojo, cientos de mujeres subieron al cadalso por el solo hecho de que muchos o muchas, indefensos, murieron después de recibir la mirada airada de una fémina <sup>89</sup>.

Los jueces tenían tal horror a ser embrujados cuando dictaban sentencia que muchas veces se obligaba al acusado a entrar de espaldas en la sala del tribunal. Los métodos de protección contra el mal de ojo adquirieron una compleja variedad de formas <sup>89</sup>.

En los días de las ejecuciones públicas, el espectador que se creía embrujado compraba al verdugo una soga usada y la quemaba hasta reducirla a cenizas. Después las mezclaba con agua fría y las tragaba para verse libre del mal de ojo. Los persuadidos de que sus desgracias se debían al mal de ojo procuraban

zafarse de la maldición arrojando agua sobre las huellas de los pies del posible autor de sus males <sup>89</sup>.

En países como Guatemala, México, Costa Rica, Bolivia, Chile, Ecuador, Nicaragua, Perú y República Dominicana, dentro de sus sistemas de salud tradicionales, se tiene la creencia del mal de ojo según la OPS y la OMS<sup>87</sup>.

#### 4.4.4 El mal de ojo en Colombia

En el contacto con los españoles en el territorio Colombiano, llega a la población el sistema médico de la época, donde la creencia sobre el mal de ojo se introyecta en la población mestiza y de descendencia afro, es así como parte de la población de Colombia hoy día cree en el mal de ojo, asignándole a este mal, diferentes tipos de dolencias y prácticas terapéuticas y preventivas. Las prácticas curativas dependen tanto de las posibilidades que brinda la naturaleza en cuanto a flora, pero también a asuntos económicos, que determinan la accesibilidad a determinado tipo de tratamiento.

En Colombia se ojean los niños, los adultos, los animales y las plantas. Al respecto escribió Gutiérrez<sup>80</sup>, “ [...] Fuera de las personas, se ojean los animales. En el sur, los cuyes<sup>3</sup> son las principales víctimas, y mueren súbitamente por su influjo. En el altiplano Cundiboyacense, [...] padecen con frecuencia este mal y en menor escala las ovejas y en general es ésta la zona donde se siente la dolencia con más intensidad en el grupo animal. [...] También se presenta sobre las plantas, particularmente sobre las de adorno, que se tienen en las casas”

En algunas comunidades indígenas de Colombia, como los embera del Noroccidente Antioqueño aparece el mal de ojo, llamado *tabu dasia*<sup>88</sup>. Las autoras

---

<sup>3</sup>El llamado es propio para aclarar al lector el significado de los cuyes. Según el diccionario de la real academia de la lengua el CUI es llamado Cobaya o conejillo de Indias americano, perteneciente a la familia de los mamíferos roedores.

relatan que éste se deba al poder voluntario o involuntario que reside en la mirada de alguien, ocasionando un cuadro definido de dolor de cabeza, dolores corporales, inapetencia, fiebre y diarrea y que se distinguen las variables de mal de ojo “seco”, “gordo” y “flaco”, que hacen referencia a características del enfermo, así el mal de ojo “gordo” implica que el afectado se hinche, en tanto que el mal de ojo “seco” o “flaco” determinan visible pérdida de peso del enfermo.

Regresando la lectura a las madres del estudio, tal como se refirió en el ítem sobre la percepción de la desnutrición aguda grave, se encuentra que el mal de ojo está muy presente en la población Turbeña y tal como se ha analizado, el mal de ojo es el causante del Marasmo y el Kwashiorkor.

#### **4.4.5 La Pervivencia del Mal de Ojo**

El concepto de pervivencia, excede la perspectiva precisa de la sobrevivencia, va más allá de la reproducción, el trabajo y la consecución de los alimentos propios de la sobrevivencia, abarcando la organización social y cultural y las acciones y prácticas de interacción con el contexto externo<sup>89</sup>. La pervivencia está relacionada con la permanencia de los individuos o de la sociedad a través del tiempo<sup>90</sup> y con ellos, sus creencias. En esta perspectiva de largo alcance que supone el enfrentamiento de las dificultades que ofrecen tanto el medio ambiente natural como el social, tiene cabida la reproducción biocultural<sup>91</sup>, esto es, la posibilidad de realizar acciones que permitan mantener y transformar dichas creencias, para permanecer vivas en la sociedad.

Estas acciones obedecen a un proyecto cultural, esquivo a los ojos de un observador externo, pero susceptible de ser mirado a través de la práctica etnográfica<sup>92</sup>, apropiada para dar a conocer como se da la pervivencia de prácticas, mitos y creencias.

Así pues, el mal de ojo viene desde hace siglos cabalgando en la cultura del Mundo, acomodándose a los cambios que éste ha sufrido y camuflándose en la idiosincrasia de las poblaciones, las cuales la identifican con diferentes dolencias, enfermedades y padecimientos.

Como ya se dijo, 80% de las madres entrevistadas afirmaron creer en el mal de ojo, haber llevado a sus hijos a que los tratara un curandero, rezandero o hierbatero, de acuerdo con los síntomas y dolencias que presentaron y, el 20% restante, a pesar de no creer en él, relataron que fueron sus familiares, amigos o vecinos, los que de una u otra forma, pusieron a sus hijos en contacto con este mundo mágico - religioso.

***“...Eso lo hacía era la abuela y la tía, yo no le hacía nada porque yo no creía en nada de eso, sino que yo todo era los médicos, yo era los médicos, si yo la veía mal la llevaba donde el médico y yo como siempre...ella siempre era con gripa y fiebre, yo la llevaba a donde el médico, pero así como esas otras cosas no, ni mis otros niños tampoco...” MND11***

En este sentido se puede afirmar que el mal de ojo ha pervivido en la cultura Turbeña, pasando de generación en generación a través de la transmisión oral y de la replicación de las prácticas para su diagnóstico, tratamiento y curación, haciendo una construcción social tanto de la enfermedad, que implica aspectos físicos y espirituales, como de su tratamiento que cura lo físico y trabaja en lo espiritual.

## CAPITULO V

### EXPERIENCIA DEL PADECIMIENTO DE LAS MADRES ANTE LA DESNUTRICIÓN GRAVE DE SUS HIJOS

*El verdadero dolor es el  
que se sufre sin testigos.*  
**Marco Valerio Marcial**

Así como la frase viven muchas de las madres del estudio su sufrimiento, en silencio. Silencio que se plasma en la experiencia del padecimiento de las madres ante el proceso de la desnutrición aguda grave (DAG) (tipo Kwashirkor y Marasmo) de sus hijos.

La categoría se empezó a vislumbrar cuando estaba iniciando la investigación y escuche el siguiente comentario sobre las madres “*Algunas mamás son apáticas, no hablan, son agresivas, parece que no les importa su hijo, son madres descuidadas*”. Estas palabras me impactaron y comencé a observar a las madres en esos momentos críticos cuando el niño llega y se encuentra casi a las puertas de la muerte, y al mismo tiempo introduje en las entrevistas las indagaciones pertinentes para determinar cómo se sienten las madres durante el proceso de la enfermedad, encontrando que sus sentimientos están íntimamente ligados a sus historias de vida, a sus experiencias previas de dolor, sufrimiento y angustia.

En este sentido, las historias de la mayoría de las madres de la investigación están inmersas en una niñez llena de pobreza y privaciones, sin opciones de estudio. Asuntos como el maltrato del que fueron víctimas por sus padres, parecen condicionar las respuestas de cuidado y de relación con sus hijos.

**“...Mis papás pues tienen ya 14 años de haberse separado, ellos discutían, peleaban bastante, tenían problemas, mi papá a veces agredía a mi mamá, en varias ocasiones le pegó, con mi papá yo nunca me la fui muy bien, ...me sobreprotegía más de lo normal él llegó abusar de mí cuando tenía 13 años, yo lo enfrenté delante de mi mamá, nosotros de una vez salimos para la fiscalía, nosotros lo demandamos, de ahí me mandaron para el médico hacerme los exámenes pertinentes y todo lo comprobó. Él estuvo preso 3 años, pero pues, a la final salió [...]**

**La mera verdad, yo cuando... cuando salgo más bien yo me llevo los niños, porque yo a él no se los dejo. Él si, él me dice que ¡ay! que yo a él no lo dejo salir... ese es el problema que más que todo nosotros mantenemos y me dice que ¡ah! Es que tú no me dejas salir con al niña y yo no, y me dice pero es que yo no soy igual. Él una vez me dijo es que yo no soy igual y yo le dije ¡ay! es que yo no estoy diciendo que sea igual o no sea igual. Pero no, no me gusta, yo ni con mis hermanos me gusta dejar la niña...” (MND07)**

Y aunque no todas las madres del estudio fueron violadas, si tuvieron historias de pobreza y maltrato. Algunas relatan haber sido criadas por sus abuelas paternas o maternas, a causa del abandono de alguno de sus padres; otras manifiestan haber sido criadas por madrastras o padrastros.

**“...vivo con mi mamá de quien dependo económicamente, vivo además con siete hermanos, mi marido y mis hijos. Nunca estuve con mi papá, estuve con mamá sólo a partir de los 14 años, por lo que siempre viví con mis abuelos de los que tengo los apellidos...” (MND06)**

En la adolescencia ven en un compañero la opción de cambio; sin embargo, el cambio es fugaz, porque con el paso de los días, el nacimiento de los hijos y la falta de empleo, se reproducen nuevamente las condiciones de pobreza por las

cuales pasaron en su infancia, criando a sus hijos solas o teniendo hijos con varias parejas, como se puede deducir de los testimonios del marco émico 5.

De las 20 madres 15 han convivido con más de un compañero; y en la mayoría de los casos, han tenido hijo(s) con cada uno de ellos. Se observa en algunas madres que el primer compañero las abandona después de quedar en embarazo sin reconocer legal o socialmente al niño, ni prestarle ayuda en su manutención, inclusive dejando en duda la verdad acerca de la paternidad del menor (Marco émico 5).

Se “juntan” con otros compañeros como una forma para garantizar alimento, vivienda y vestido, como estrategia de sobrevivencia, lo cual es utilizado por sus compañeros para maltratarlas, volviendo su vida matrimonial en un círculo de maltrato entre un compañero y otro.

**“... Con Roger mi primer marido me conocí a los 17 años en el colegio, fuimos novios 3 años, me fui a vivir volada con él, a los dos años quede embarazada de Jhon Alfonso mi primer hijo. Con Roger la relación fue muy buena, el no me maltrataba pero cuando quede embarazada nos cogimos mucha rabia y después que alumbre él me abandonó...”**

**Volví a conseguir marido a los 2 años, tuve una relación con un señor de Bogotá jubilado de la armada que vino a trabajar y nació mi segundo hijo, el señor respondía por el niño, pero un día lo llamé, me dijeron que estaba enfermo y no volví a saber de él...**

**Me quedó dos años sin compañero, trabaje lavando en casas y vendiendo boletas. A los dos años, me fue a vivir con William un vecino que conocía desde la infancia, de eso han pasado 6 o 7 años, de él tengo 2 niñas...”**

**MND06**

Marco émico 5

Testimonios de algunas madres frente al abandono por parte de sus compañeros

| CODIGO | Testimonios de Abandono  |
|--------|--|
| MND02  | <p>“...El papá es un pelao tiene como 17 años, después me embaraza, nosotros nos unimos y un embarazo normal, ya y él dijo que no que ese hijo no era de él que esto y lo da más allá. Y yo: ¡ah! Voy a parir mi hijo normal yo sola desde que estuve en embarazo del niño viví sola y tuve mi parto sola y cuando fui a alumbrar me fui para el hospital. mantenía peleando con mis hermanitos o a veces que peleaba con el papá de él que no me daba nada y uno en embarazo y no me daba nada...”</p>  |
| MND03  | <p>“...si teníamos 2 años larguitos cuando me embaracé y allí estuvimos...pues ahí de una vez él se... en cuando él se dio cuenta de que yo estaba en embarazo, como que ya lo dejó todo atrás y dijo “no, ya no más, dejémoslo así”. Y yo era, pero, mire que yo estoy en embarazo de usted, yo necesito que usted me ayude, que usted... “no, no, no, vea dejemos eso y esperemos que ese niño nazca a ver si es mío, y si será mío?.” Me fue diciendo así y yo le dije si porque yo se que es de usted, me dijo “no, esperemos que nazca a ver”. Y de verdad me voltio las espaldas totalmente, sufrí mucho porque yo estaba estudiando, me tocó trabajar, me tocó estudiar y en ese lapso de tiempo no viví con mis hermanas, viví en casas particulares...”</p> |
| MND05  | <p>“...él se fue cuando yo tenía 6 meses de embarazo y él no me le pasa nada a la niña porque él me dijo que si me salía de su casa él no le pasaba sustento a la niña...”</p>   |
| MND06  | <p>“...cuando yo quedé en embarazo ambos nos cogimos mucha rabia, mucha cosa y ahí mismo nos separamos. Entonces, ya después que alumbré él se llevó los corotos y entonces, ahí ya no quiso volver más conmigo y no volvimos más...”</p>  |
| MND12  | <p>“...él se fue y me dejó y no supo que yo había quedado en embarazo, entonces ya él dizque no es de él...Por ahí yo busco por ahí quien me preste, o a veces cuando me salen lavadas el dinero... cuando me salen lavadas, no así todos los días, sino a veces cada 3 días, cada 15 días, con eso yo compro la leche pa'l niño...”</p>   |
| MND14  | <p>“...a veces si me sentía mal porque de todas manera es mi hijo y yo pues quería que él tuviera su papá ahí al lado y que sepa quien es su papá, pero como no se pudo yo trato de brindarle a mi hijo lo que el papá no le ha brindado...”</p>   |

En algunos casos las mujeres soportan el maltrato mientras sus maridos provean alimentos. Otras rompen momentáneamente con el maltrato, pero las dificultades para mantener una prole numerosa las lleva nuevamente a unirse a otro compañero y a un nuevo maltrato. Así entonces, para comprender el sufrimiento de estas madres se muestra al lector dos historias de madres de niños que tuvieron desnutrición aguda grave ocasionada por el mal de ojo o por otra enfermedad.

***“...Nací en Necoclí, allí viví hasta los 6 años, luego me llevaron a Currulao a casa de un hermano. Cuando tenía 14 años y viviendo en Currulao, Eligio un trabajador de esa zona me empezó a molestar mucho. Yo no le prestaba atención, él insistía, yo lo insultaba, un día me dijo “quieres o no quieres serás mi mujer”. Él seguía molestando, un viernes que nos fuimos a bañar al mar, él dijo “serás mi mujer, yo te lo digo”. Llegué a la casa y al día siguiente me cogió un desespero y salí volada a la casa de Eligio. No lo discutimos y nos fuimos a vivir al año siguiente ya teníamos un hijo, tuvimos 4 hijos. Fue difícil para llevar comida porque él era muy jugador y vendía todo hasta el zinc del techo de la casa. Peleamos, nos dimos golpes, yo no quería vivir más con él, se fue y me quedé sola [...]***

***Estuve sola 4 meses y trabajaba en casas de familia, hasta que conocí a Vidilvi, lo distinguí en una fiesta, por medio de una hermana de él, ese fue muy lanzado ya en la fiesta me estaba pidiendo besos, no me gustó la forma de ser por lanzado. Luego en otra fiesta estaba Vidilvi y una mujer dijo: allí va mi novio (se refería a Vidilvi) yo le dije a esa mujer ¿su novio, si yo lo quiero, entonces yo lo busqué y pasé la fiesta con él, luego que salí para la casa, él me pidió acompañarme, yo le dije sí, por la otra, me pidió un beso yo se lo di [...]***

*Me fui a vivir con él, al principio vivimos muy bien, pero con el primer embarazo le cogí rabia, el niño nació de 6 meses, me fui de la casa, él me buscó y me regresé con él, quedé otra vez embarazada, nació una niña, vivíamos bien, me daba comida y no me maltrataba ni a mi ni a los niños. Después me embaracé y el se empató con otra mujer [...]*

*Peleábamos mucho, un día llegó con una bulla a la casa, me ofendió con una palabra que no recuerdo, intentó pegarme, yo le di con una rula y le corté un pedazo de la nariz, se fue y me dejó sin comida...”* (MND16)

*“... Nací en Río Grande, tengo 40 años. Mi mamá se separó de mi papá cuando yo tenía un año, a mí me llevaron donde mi tía de agua (bautizo). No me dieron estudio porque mi madrina decía no te pongo a estudiar por que eso es para mandarle cartas a los novios. Cuando tenía 16 años conocí a mi primer marido, tuve 7 hijos, 5 murieron cuando tenían menos de un año, me quedaron 2; los niños murieron de diarrea y vómito, en ese entonces vivíamos en una montaña muy lejana, cuando sacábamos los niños enfermos al pueblo ya llegaban muertos. Nos vinimos de la montaña a Apartadó, mi marido y yo nos dejamos. Al dejar a este marido, hace 6 años, me fui a Río Grande donde mi papá, no volví con este marido porque me pegaba a mí y a los niños [...]*

*En Río Grande conocí a otro hombre, el encuentro fue emotivo, llorábamos porque no nos conocíamos. Viví con él 3 años, no me maltrató. Luego me dejó porque se fue con su mujer antigua, pero él me había dicho antes que no tenía mujer. Llegó entonces y me dijo no voy a vivir más contigo porque viene mi mujer y dice que te va a matar entonces yo me voy. A mí se me fue el mundo me puse mal, se fue y me dejó en un cuarto que él me había hecho. Me quedé sola con 3 hijos, donde me buscaban para lavar ropa allá iba, me quedé luchando sola 3 años [...]*

***Luego salió un hombre y me dijo que estaba enamorado de mí y que él era macho solo. Me junté a vivir con él y quedé en embarazo. Ese embarazo fue de pelea con él, solo reconoció la hija cuando nació, era muy borracho, cuando la niña tenía dos meses lo dejé y quedé sola, esa niña va a cumplir 10 años. Me quedé sola lavando y aplanchando ropa ajena [...]***

***Al tiempo quedé en embarazo de otro señor y nació un niño que tiene 5 años. Ahora vivo con Manuel, lo conocí en Río Grande, la mujer lo dejó con un niño de dos meses. Él habló conmigo y me dijo que estaba enamorado de mí y que necesitaba una mujer para llevarla a la parcela, le dije que sí, por que yo estaba pasando trabajo para mantener mis hijos, me fui con él, allá hay arroz, plátano, maíz, ñame, yuca, actualmente son 7 niños con el de él...”***

**(MND17)**

Historias de vida llenas de experiencias, incluidas aquellas relacionadas con el proceso de enfermedad – salud – atención, construidas desde su subjetividad y del contacto con el mundo y la cotidianidad que la rodea, en donde el peso de sus propias vidas, marcadas en mayor o menor grado por la pobreza, la inequidad en el acceso a los servicios de salud, a la educación, al agua potable, al acueducto y al alcantarillado, a una alimentación saludable y/o a un empleo digno, permea el padecimiento ante la enfermedad de sus hijos.

Ibáñez<sup>92</sup> sostiene que la mayor parte de materiales para la construcción de las representaciones provienen del fondo cultural acumulado en la sociedad a lo largo de la historia, que circula en toda sociedad en forma de creencias ampliamente compartidas, de valores considerados como básicos, de referencias históricas y culturales que integran la memoria colectiva, así como la identidad de la propia sociedad. En este orden de ideas, Alves<sup>54</sup> plantea que las estructuras cognitivas son instrumentos de entendimiento, son dinámicas y están en constante movimiento.

Estas estructuras forman complejos procesos de interpretación por los cuales las personas, según sus contextos biográficos e históricos, atribuyen significado a sus aflicciones. En este sentido, el padecimiento de las madres del estudio está influenciado por las interpretaciones de sus propias historias de vida, por los contextos de pobreza, por la frustración como madres cabeza de familia proveedoras económicas y del cuidado y por el maltrato de sus compañeros; contexto fundamental, pues determina en gran medida el tipo de materiales sobre los cuales se construyen los conocimientos y las prácticas que tienen las madres frente al padecimiento.

### **5.1 LA EXPERIENCIA DEL PADECIMIENTO (EP) DE LAS MADRES**

Comprender la experiencia del padecimiento de las madres, implica partir de sus propios relatos (marco ético 6) y de las observaciones realizadas en sus casas como en la Unidad Vida Infantil del Hospital Francisco Valderrama del municipio de Turbo. Por razones prácticas siempre me refiero a este hospital como el hospital de Turbo.

En los relatos de las madres se puede sentir el sufrimiento por la enfermedad de sus hijos, el sufrimiento con cada paso que dan para recuperar la salud de su hijo, el sufrimiento cuando sienten el niño quejarse, inclusive muchas relatan los hechos con lágrimas en los ojos.

## Marco émico 6

### Relatos del proceso infeccioso de los niños

| CÓDIGO | RELATO DE LA MADRE   |
|--------|--|
| MND01  | <p>... Por tanta infección y todo eso, uno no sabe... claro, que puede aguantar un peladito así bien flaco, yo no creo que aguante tanto... vea mejor dicho cómo será ahí si sigue adelgazando cómo irá a quedar? Me siento viendo a mi hijo delgadito bien mal y me da pena de verlo así..."</p> <p>...cuando traje el niño me sentía mal, me da pena verlo así (la madre solloza) mi esposo se preocupa mucho...</p>   |
| MND03  | <p>...Bueno, pues en las manos de mi Dios está, él sabrá qué hace con nosotros y me coloqué a darle la droga y le hice las inhalaciones y cuando ya él era tranquilo, a veces lloraba, a veces no y cuando estaba conmigo me agarraba de aquí, dormía con los brazos así agarradito y cuando yo le soltaba los manitos, las soltaba con cuidadito aquí se las colocaba y me movía para el lado del papá así de espalda y enseguida él me agarraba por acá desesperado y me halaba y me halaba y era chillando. Y yo de una me volteaba para el lado de él y otra vez se quedaba, según él dormido, pero en bien yo me movía se despertaba yo me desvelé mucho a ratos cuando despertaba dormía por ahí, yo le calculaba más o menos una hora, hora y media yo le daba tetero, chupaba un poquitico, me sentaba con él y se iba quedando, se quedaba dormido, me acostaba, dormía un ratico y así la pasé toda la santa noche, entonces yo le dije a mi marido: verá yo no me voy para ningún Chigorodó ni para ningún Apartadó, yo me voy para Mutatá cualquier cosa me deben solucionar allá. Y verá yo el jueves madrugué y yo le dije: amor me voy para Mutatá? y el me dijo "para donde usted quiera, usted es la que sabe" Y yo a veces lo veía un poquito bien, cuando al ratico otra vez mal y yo dije, no yo mejor me voy, yo no me quedo otro día más con este niño, donde se llegue a morir aquí yo...</p> |
| MND07  | <p>...Me sentía mal viendo mi niña perder peso, y más mal cuando la traje, ustedes no saben como estaba (hay llanto, la madre esquiva la mirada del investigador y guarda silencio)..."</p> <p>Cuando la niña se enfermó e hinchó me sentí mal, pensé que se me podía morir la niña</p>  |
| MND09  | <p>"...En el puesto de salud me dijeron que la niña estaba mal, me remitieron a Turbo porque la niña estaba mal. Llegué a turbo a las tres de la tarde y me la recibieron inmediatamente, pensé que no iba a superarlo, pensé que se me podía morir. Uno como mamá sufre mucho. Uno siente angustia, rabia por no poder hacer nada, es triste ver los niños así. La niña era seca, seca, deshidratada, rígida, con los ojos cerrados, llanto débil, pensaba que se moría..."</p>   |
| MND18  | <p>"...La gente me decía lleve a esa pelada a Turbo que puede estar desnutrida, ahí llegó Maritza a la comunidad (auxiliar de enfermería del hospital de Turbo) y me dijo cuando le de fiebre llévela a Turbo. Así fue, la traje al hospital, la entré por urgencias con fiebre y tos. Esa noche casi se me muere, ¡hombre, yo estaba asustada, yo ni comía del susto y del dolor, antes de enfermarse era delgada pero comía y jugaba. Al enfermarse se consumió, el Médico me dijo que estaba desnutrida (la señora llora un poco, guardamos silencio)..., se me parte el corazón..."</p>  |
| MND20  | <p>...la niña venía muy enferma, estaba enferma con vómito y diarrea, el médico me dijo que la llevara a Turbo al hospital porque si seguía así se podía morir. La tía pidió dinero con las vecinas para yo ir al médico, la niña estaba casi muertecita con los ojos hundidos para dentro, la vi casi muerta con los ojos blanqueados, yo lloré..."</p>   |

Surge, entonces, como primera categoría el sufrimiento. El sufrimiento, es conceptualizado como una dimensión espiritual de la existencia humana, que es causado por un estado grave de desamparo inducido por la pérdida de integridad personal o por un peligro que la persona cree que resultará en la pérdida de su salud<sup>93</sup>, que puede identificarse con el dolor cuando su causa es física, y se distingue cuando su causa es psíquica o espiritual. Puede ser iniciado por profundos cambios en el estado físico de la persona, por cambios sociales o por la necesidad de conversión en el campo espiritual.

Para Cassell<sup>96</sup> en el sufrimiento se halla incorporada una idea del futuro a la que uno tiene que enfrentarse, pero no se encuentra preparado; según el autor la esencia del sufrimiento consiste en la desintegración del ser, incluyendo el pasado, el futuro, el propósito de la vida, las ideas y creencias acerca del mundo y la comunidad.

En este sentido, las madres sienten una pérdida de integridad personal: el desespero, la angustia y el miedo de perder, por muerte, a su hijo. Las madres enfrentan un presente, cargado por el miedo a la muerte, para lo cual no están preparadas. El desespero y las expresiones de que, ante el riesgo de muerte de sus hijos, harían cualquier cosa, las sitúa en una situación de sufrimiento. La madre sufre intensamente.

Pero, las madres de estos niños no se quedan solamente en el sufrimiento, este es sólo un aspecto de lo que se denomina la experiencia del padecimiento, el cual pasa muchas veces inadvertido por los profesionales de la salud

Los investigadores como Eisenberg<sup>94</sup>, Kleiman<sup>95</sup> y Helman<sup>96</sup>, han sido pioneros en el estudio del padecimiento haciendo la diferencia entre enfermedad y padecimiento -*sickness and illness* tal como han sido bautizados inicialmente en inglés.

Según estos autores, la enfermedad –sickness- encuentra su fundamento en el modelo biomédico occidental que construye sus entidades u objetos de estudio a partir de la definición de estados anatomofisiológicos que entran o salen de las normas. Es decir, este acercamiento a la enfermedad se define a través del uso de escalas de medición y de instrumentos que establecen los procesos salud - enfermedad independientemente de la opinión del enfermo. En este caso las madres de los niños reciben el diagnóstico socio-cultural de mal de ojo y reciben el diagnóstico médico de enfermedad: marasmo o kwashiorkor. Pero el proceso mórbido no está solo, está acompañado de aquel sentir, significar y actuar frente a la enfermedad. Dicho proceso es conceptualizado como el padecimiento.

Se plantea que el concepto de padecimiento, *illness*, se basa en la definición de la persona que lo sufre, rebasando los límites de lo biológico y penetrando en el campo de lo social y cultural<sup>97,98,99</sup>.

Kleinman<sup>98</sup> sostiene que el padecimiento es una experiencia humana innata referida a los síntomas de una enfermedad y el sufrimiento que esta genera, así como a la forma como los enfermos, sus familias y la sociedad percibe, vive y responde a los síntomas y a la discapacidad. En los relatos de las madres del estudio, y a lo largo del texto, se constata como las madres y las familias sufren, pero además, responden ante la enfermedad de su hijo.

Para Mercado<sup>97</sup> el padecimiento es una experiencia subjetiva del que sufre la enfermedad, en la que se plasma el sentido que le dan las personas de cualquier grupo social a la misma, sus explicaciones, así como los juicios para enfrentar de mejor manera los problemas y trastornos generados en la vida diaria.

En este orden de ideas, considero que el concepto de padecimiento integra las categorías de sufrimiento y angustia, por lo que trabajare la investigación bajo esta categoría.

La categoría, padecimiento, permite reconstruir la experiencia subjetiva de las madres de los niños con el mal de ojo o con la DAG, desde el sentido que ellas le dan al proceso de la enfermedad. Dicha experiencia está permeada tanto por el sufrimiento como por las fuerzas y condicionantes sociales, por la construcción subjetiva e íntersubjetiva que ha hecho de la misma a lo largo de su propia experiencia de vida y por la relación con los otros.

El padecimiento de estas madres está también permeado por todo aquello que ellas significan frente al mal de ojo, resignifican y hacen o actúan frente a estos procesos mórbidos hasta llegar a la desnutrición aguda grave. Este recorrido es denominado experiencia del padecimiento<sup>4</sup>, categoría central de este estudio

**La experiencia del padecimiento.** Desde la antropología médica, Alves<sup>54</sup> propone hablar de experiencia de la enfermedad (EE), entendiéndola como una

---

<sup>4</sup> Según Mercado, existen varias corrientes teóricas que trabajan el proceso vivido por los sujetos enfermos, bajo el termino de “trayectoria del padecimiento” (TP), “experiencia del padecimiento” (EP), “experiencia de la enfermedad” (EE), “experiencia de la salud enfermedad” (ES), o de “la experiencia social del padecimiento” (ESP); todos ellos, aunque se adscriban a diferentes posturas teóricas, como el interaccionismo simbólico, la antropología médica y la fenomenología hacen referencia a la necesidad de incorporar los significados o las interpretaciones que dan los individuos a la misma experiencia (Mercado F, 2002 ).

Desde el interaccionismo simbólico, Corbin y Struss (1992) introdujeron el concepto de trayectoria del padecimiento (TP), relacionado con las prácticas que realizan tanto los enfermos como los trabajadores de la salud, para enfrentar la enfermedad y los impactos que esta genera en la vida del enfermo.

Una de las características de esta TP es que parte de las enfermedades crónicas y plantea que las personas que padecen este tipo de enfermedades sufren una ruptura biográfica cuando sufren la enfermedad; esta ruptura se hace en el orden temporal, psicológico, sentimental, social.

realidad objetiva – subjetiva, que hace referencia a los medios por los cuales los individuos o grupos sociales responden a un episodio dado de la enfermedad y analiza el universo macro y micro fenomenológico de los significados establecidos por las sociedades y el individuo a ese padecimiento, desde su subjetividad (relación con los otros) y su intersubjetividad (su propias construcción frente a la enfermedad).

En esa misma perspectiva teórica, Mercado (100), propone el término experiencia del padecimiento (EP), como un fenómeno subjetivo que incluye la percepción y organización que hacen los individuos en torno a sus estados de ánimo, las sensaciones, los estados corporales, los cambios físicos y las alteraciones o trastornos corporales vinculados al padecimiento, sus efectos en la vida diaria, las formas de enfrentarlo y sus efectos en las redes sociales.

Mercado propone analizar la EP desde tres dimensiones: Trayectoria del padecimiento (TP), la carrera del padecimiento de los sujetos (CP) y el manejo del tratamiento. Referente a la TP y a la CP, Mercado expresa que:

- Se entiende por TP las molestias físicas de los individuos, estados emocionales y complicaciones, así como los cambios de dichas manifestaciones y los efectos en la vida diaria del enfermo y en el de su grupo social cercano. En este estudio, el niño por su corta edad no puede responder por la trayectoria de su padecimiento, pero en la estrecha relación madre-hijo, la enfermedad del niño se hace extensiva a la madre cuidadora, y la madre soporta la TP.

- La CP la entiende, este autor, como el proceso por medio del cual los sujetos deciden buscar, seleccionar y usar determinadas estrategias para su atención. Incluye valoraciones, esfuerzos y acciones a lo largo del tiempo para enfrentar una o varias facetas del padecimiento y no sólo las alteraciones morfológicas,

funcionales o bioquímicas. Así, entonces, las madres de estos niños también soportan la CP

A mi modo de ver la CP de Mercado concuerda con la propuesta de Freidson<sup>98</sup>, de itinerario terapéutico (IT), el cual definió como el proceso mediante el cual el sujeto definido socialmente como enfermo desencadena una secuencia de prácticas destinadas a una solución terapéutica. Nuevamente, en este estudio el itinerario terapéutico como se acaba de expresar está relacionado con la madre cuidadora<sup>5</sup>

La EP de las madres del estudio, vista desde lo émico reconoce que dicha experiencia está permeada por su propia historia de vida, como ya se planteó al inicio del capítulo, en el que los conocimientos previos adquiridos a través de sus experiencias, de su vivencia cotidiana, se transforman en realidades dotadas de significado, individual y social. La EP está permeada por las concepciones culturales frente al mal de ojo y por los casos de muerte en su medio social por este mal y, está permeada por la búsqueda de recursos de tratamiento en los diferentes sistemas médicos y por la carga de responsabilidad atribuida a la madre.

## **5.2 ITINERARIO TERAPÉUTICO**

Las madres soportan una carga alta de responsabilidad, pues en la sociedad y cultura machista en la que viven son las responsables de los hijos y en este caso,

---

<sup>5</sup> Es importante aclarar, que todos los autores que hablan de EP, incluyendo a Mercado, lo remiten a la perspectiva de quien padece una enfermedad crónica, a la forma en que se vive el padecimiento en la cotidianidad diaria rescatando los aspectos micro fenomenológicos de la enfermedad (lo subjetivo), en el marco de los procesos sociales, políticos, económicos y simbólicos en el que se desarrolla la enfermedad (lo macro fenomenológico).

Como se puede leer en este análisis, estas propuestas de EP no hacen referencia a la EP desde los cuidadores, en este caso de las madres cuidadoras de los niños. A pesar de las diferentes posturas, todos coinciden en manejar la EP desde la perspectiva de quien padece la enfermedad. Así mismo, el análisis de la EP se ha relacionado en todos estos trabajos en enfermedades crónicas

con o sin compañero realizan acciones tendientes a cuidar sus hijos antes, durante y después del proceso de desnutrición, tal como lo expresa Kalinsky<sup>99</sup>. Las madres del estudio buscan y crean formas de cuidar, diagnosticar y tratar a sus hijos durante todo el proceso de la enfermedad. Para ellas, no importa pasar por encima de sus creencias con tal de que su hijo se recupere y tenga una vida sana y activa.

En la búsqueda de “soluciones” al “problema” de la enfermedad de sus hijos, las madres van y vienen de un terapeuta a otro, de un tratamiento a otro, haciéndole frente a las manifestaciones de recuperación o complicación de la enfermedad y a los resultados de los tratamientos. Recogiendo información a cada paso, que convierten en conocimientos y que les sirve para tomar decisiones en el transcurso de la enfermedad de sus hijos, o de los hijos de los otros miembros sociales.

Tomando en cuenta la definición de Freidson<sup>101</sup> he llamado Itinerario terapéutico (IT), al recorrido que hacen las madres con sus hijos en la búsqueda de una solución terapéutica, la secuencia de prácticas de tratamiento y prevención que desencadena y los significados que le atribuyen a esa experiencia.

***“...La niña empezó con fiebre en la cabeza y manos y pies fríos, la llevé al santigüero y dijo que era mal de ojo, le hizo tres santiguos pero no curó. La llevé al puesto de salud me dijeron que era neumonía le mandaron tratamiento, pero no mejoró. La llevé a 6 veces al médico, se iba poniendo flaquita, flaquita, esa tos no la dejaba, no comía nada y se ponía más flaquita. La gente me decía lleve a esa pelada a Turbo que puede estar desnutrida. La llevé por urgencias, tenía fiebre y tos. Esa noche casi se me muere, ¡hombre! yo estaba asustada, yo ni comía del susto y del dolor (la madre llora), a uno se le parte el corazón...”*** **MND19**

Marco émico 7

Itinerario de las madres en búsqueda de solución terapéutica al problema de sus hijos

| DX inicial                |   | MND03   | MND10   | MND11  | MND04                               | MND08   | MND06                                  | MND05   | MND12   | MND01  |
|---------------------------|---|---|---|--|-------------------------------------|---|--|---|---|--|
|                           |   | Mal de ojo  | Mal de ojo y lombriz  | Mal de ojo e infección                             | Mal de ojo Lombriz                  | Mal de ojo                                      | Mal de ojo                             | Mal de ojo  | Mal de ojo  | Asfixia  |
| No de terapeutas          |   | 9   | 8   | 6  | 6                                   | 5   | 4                                      | 4   | 3   | 3  |
| <b>Tipo de terapeutas</b> | 1 | Mamá  | Puesto de salud   | Puesto de salud                                    | Médicos hospital                    | Rezandero/                                      | Médico                                 | Médico  | Médicos   | Médico   |
|                           | 2 | Medico  | Puesto de salud   | Yerbatero  | Rezandero                           | Médico  | Curandero                              | Abuela  | Rezandero   | Rezandero  |
|                           | 3 | Rezandero   | Yerbatero   | Rezandero  | Rezandero                           | Rezandero                                       | Rezandero                              | Rezandero   | Médicos Unidad  | Médicos  |
|                           | 4 | Vecina  | Rezandero   | Puesto de salud                                    | Rezandero                           | Médicos H.                                      | Unidad Vida                            | Unidad Vida   | Vida Infantil del   | Unidad   |
|                           | 5 | Espiritista   | Rezandero   | Rezandero  | Rezandero                           | Médicos Unidad                                  | Infantil                               | Infantil  | Hospital de Turbo   | Vida Infantil del Hospital de Turbo                                |
|                           | 6 | Puesto de salud   | Médicos hospital de Apartadó                                  | Puesto de salud                                    | Médicos hospital                    | Médicos Unidad                                  |  |   |   |  |
|                           | 7 | Médicos Hospital de Chigoradó                                 | Médicos Unidad Vida Infantil del Hospital de Turbo            |  |                                     | Hospital de Turbo                               |  |   |   |  |
|                           | 8 | Médicos hospital de Mutatá                                    |   |  |                                     |   |  |   |   |  |
|                           | 9 | Médicos Unidad Vida Infantil del Hospital de Turbo            |   |  |                                     |   |  |   |   |  |
| <b>Tipo de ttos</b>       | 1 | Automedicación  | Medicamentos  | Suero  | Medicamentos                        | Rezos y baños con plantas                       | Medicamentos                           | Medicament os   | Suero   | Inhalador  |
|                           | 2 | Suero, Trimetropin, Metronidazol                              | Medicamentos  | Bebidas de yerbas para beber y ungüentos           | Rezos ungüentos y bebidas de yerbas | Rezos   | Medicamentos                           | Ungüentos y bebidas de yerbas                                 | Rezos TTO de la desnutrición Aguda grave según guías de la OPS/OMS. | Rezos TTO de la desnutrición Aguda grave según guías de la OPS/OMS |
|                           | 3 | Rezos y baños con yerbas                                      | Bebidas de yerbas para beber y ungüentos                      | Rezos y bebidas                                    | Bebidas de yerbas                   | Rezos, bebidas de yerbas para beber y ungüentos | Rezos, bebidas de yerbas, ungüentos    | Rezos bebidas de yerbas, ungüentos                            |   |  |
|                           | 4 | Baños ungüentos y bebidas para tomar                          | Rezos y bebidas   | Exámenes   |                                     | Medicamentos                                    | TTO de la desnutrición                 | Médicos Unidad Vida Infantil del Hospital de Turbo            |   |  |
|                           | 5 | Rezos y baños   | Ninguno, emisión al hospital de Apartadó                      | Ninguno  | Ninguno, remisión al médico         | Remisión Unidad                                 | Aguda grave según guías de la OPS/OMS. | Unidad Vida Infantil del Hospital de Turbo                    |   |  |
|                           | 6 | Médico particular   | Ninguno, remisión Hospital de Turbo                           | Médicos Unidad Vida Infantil del Hospital de Turbo | Remisión Unidad                     | Unidad Vida Infantil del Hospital de Turbo      |  | TTO de la desnutrición Aguda grave según guías de la OPS/OMS. |   |  |
|                           | 7 | Ninguno, remisión al hospital                                 | Ninguno, remisión Hospital de Turbo                           |  |                                     |   |  | TTO de la desnutrición Aguda grave según guías de la OPS/OMS. |   |  |
|                           | 8 | Ninguno, remisión Hospital de Mutatá                          | TTO de la desnutrición Aguda grave según guías de la OPS/OMS. |  |                                     |   |  | TTO de la desnutrición Aguda grave según guías de la OPS/OMS. |   |  |
|                           | 9 | Ninguno, remisión Unidad Vida Infantil de Turbo               | TTO de la desnutrición Aguda grave según guías de la OPS/OMS. |  |                                     |   |  | TTO de la desnutrición Aguda grave según guías de la OPS/OMS. |   |  |
|                           | 9 | TTO de la desnutrición Aguda grave según guías de la OPS/OMS. |   |  |                                     |   |  |   |   |  |

Al analizar el itinerario terapéutico que las madres realizan con su hijo, encontré que el tiempo promedio entre el inicio del mal de ojo y la llegada a la desnutrición tipo marasmo o Kwashiorkor es de 25 a 30 días. Durante estos días el niño es llevado de un médico tradicional a otro, de un médico occidental a otro, de un puesto de salud al otro, como se puede ver en el marco émico 7 y en la imagen No 3.

***“... pues al niño me le calló una obradora (diarrea) y vómito. Y entonces a mí me decían que era lombriz lo que él tenía. ... para eso lo llevé donde un señor que me lo estuvo santiguando, me le dio unas tomas de una botella y se mejoró unos días... después ya como a la semana que otra vez siguió lo llevé donde otro señor, porque a mí me dijeron que de pronto ya había botado ese poco de lombrices, ya tenía entonces, aflicción (mal de ojo) y lo estuve llevando donde otro señor y me lo estuvo santiguando y echándole unos baños, pero el niño no se me mejoraba nada, entonces, otra vez... ahí lo llevé donde otro, pa’onde una señora y ahí fue que ya la señora me dijo que no, que el niño no tenía aflicción que ya lo que tenía el niño era... y empezó a hincharse y entonces ahí mismo para Turbo, porque es que yo primero que todo lo había llevado al médico y allá me le mandaron unas inyecciones... al puesto de salud de Nueva Colonia... le mandaron unas inyecciones de despacilina, eso fue lo que le mandó... ahí fue que más bien lo llevé... había un muchacho morenito ahí y ahí me dijo mire yo no tengo que hacerle aquí al niño, le voy a dar un pase de una vez para Turbo, porque le niño tiene una desnutrición. Él también me dijo: el niño tiene una desnutrición yo aquí no tengo nada que hacerle, allá es que le van a hacer...”***

**MND04**

Es importante señalar que la figura 3 ilustra la forma en que van y vienen las madres y el tiempo que dura el proceso de la enfermedad antes de llegar al

hospital y ser diagnosticada la DAG. Soy consciente de que existen múltiples itinerarios y múltiples respuestas a la enfermedad, muchas de las cuales quizás no están contempladas en este estudio.

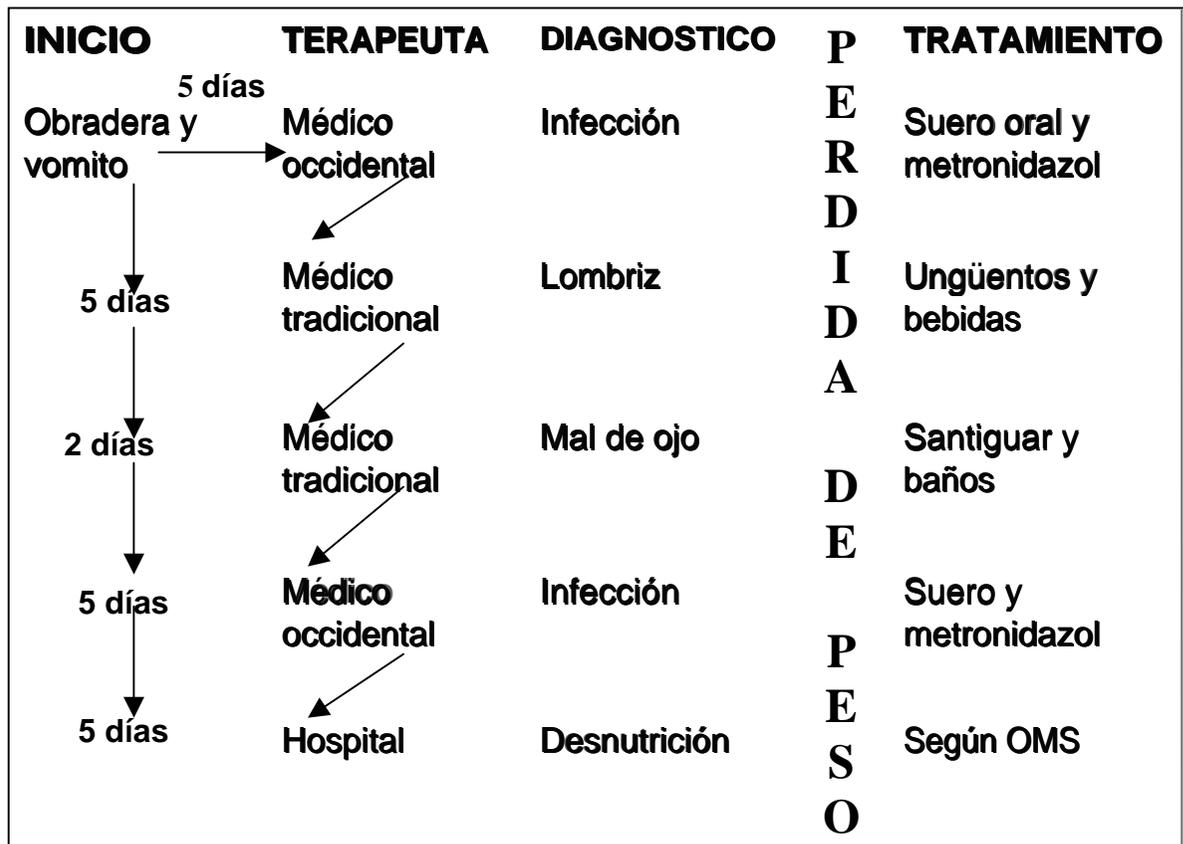
Encontré que las madres son las primeras cuidadoras en la familia, son las que determinan, apoyadas por su grupo social, el diagnóstico inicial de las dolencias de su hijo, el tratamiento que se debe seguir y la posterior vigilancia y control del mejoramiento del estado de salud del niño. Al no sentir que su hijo mejora, optan por algún tipo de tratamiento médico, ya sea tradicional o biomédico, en los cuales transita de uno a otro de acuerdo a la evolución de la enfermedad; pero en este ir y venir, observan cómo su hijo se deteriora, va perdiendo peso, no come, no juega, no habla, se le ampollan las manos y la boca, se le hincha la barriga y los pies y sienten que su niño va a morir, sufriendo en cada paso, en cada momento, sufren con cada ilusión de mejoría no hecha realidad y con el deterioro constante de la salud de su hijo.

La enfermedad de los niños moviliza en los miembros de su familia y círculo social una gran cantidad de acciones, de interpretaciones, resignificaciones y comportamientos los cuales están relacionados con la propia historia personal de grupo, con la propia vivencia y con el contexto socio-cultural en el cual viven y comparten, tal como lo expresan Alves<sup>54</sup>, Kleinman<sup>98</sup>, Mercado<sup>100</sup> y Corbin y Strauss<sup>100</sup>.

Las madres del estudio, al contrario de las acusaciones sobre descuido y falta de hacer algo por su hijo, se mueven de un sistema médico a otro en busca de sanar a sus hijos. No son pasivas, e incluso dejan su trabajo, sus labores caseras y los demás hijos para encontrar solución a la enfermedad de los niños enfermos. Otra cosa es que reconozcan en la pérdida de peso sin ninguna otra manifestación de enfermedad un signo de alarma, pero esto está determinado por el hecho que en

el medio socio cultural en el que habitan, lo normal es ver niños delgados y por lo tanto ellas lo ven en la cotidianidad como un asunto “normal”.

**Figura 4. Mapa del itinerario terapéutico que realizan las madres con sus hijos**



El IT no revela la forma en que la madre padece con la enfermedad, pues como ya se dijo, está relacionado con el recorrido que éstas hacen en la búsqueda de una solución terapéutica. Sin embargo este itinerario terapéutico está acompañado de un gran padecimiento.

### 5.3 RUTA DEL PADECIMIENTO

He denominado ruta del padecimiento al recorrido que hacen las madres durante el transcurso de la enfermedad de sus niños y lo que sienten alrededor de esa experiencia, la cual se esquematiza en la figura 4.

En la ruta que hacen las madres cuando su hijo tiene una enfermedad de filiación cultural o de tipo occidental, movilizan toda la capacidad física y mental en procura de la curación de sus hijos. Este recorrido está bañado por la angustia, que les permite estar alertas de los cambios positivos o negativos frente a la enfermedad.

La angustia de las madres se convierte en sufrimiento en el momento que el niño es hospitalizado, cuando lo ven a las puertas de la muerte o cuando las personas de su medio social o el personal de salud occidental les dicen “su hijo está muy mal”, “su hijo está grave”, “su hijo se puede morir”, a lo que se le suma la culpabilización por la enfermedad de sus hijos.

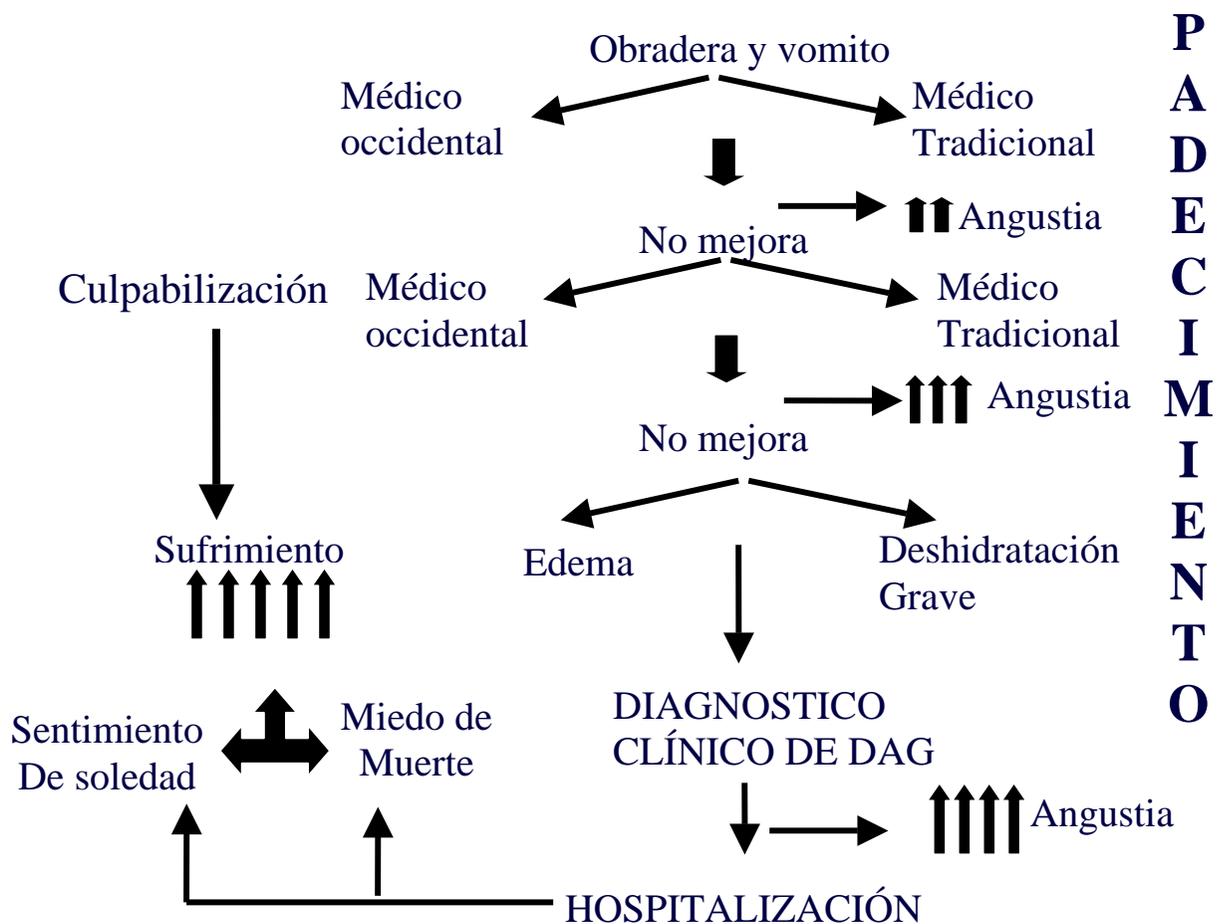
Palabras como desespero, miedo, dolor, angustia, sollozos, y expresiones de los rostros como silencios, lágrimas, expresión de angustias, denotan el padecimiento de las madres. Sin excepción, todas las madres relataron sentir angustia, dolor y en muchas ocasiones pude constatar durante la entrevista, como se encharcaban sus ojos o como lloraban recordando el padecimiento de sus hijos o viéndolos recuperados, jugando felices.

***“...Cuando yo la traje ¡qué cosa tan horrible!, la niña tenía los ojos hundidos y los volteaba para arriba, se le veían blancos, parecía que se estaba muriendo. Yo dejé el trabajo y la traje. Es tan horrible y uno sin dinero, mire en esos estados yo haría cualquier cosa para conseguir dinero para traer la niña. Yo haría lo que fuera, es muy duro verla así, a uno le duele hay mucho dolor...”***

**MND14**

*“... lo dejaron hospitalizado, yo no hablaba en la unidad porque no me sentía capaz de hablar, porque la angustia no me dejaba hablar...” MND14*

**Figura 5. Ruta del padecimiento de la madre**



Como se puede inferir de la lectura, se interactuó con madres cuyos procesos de enfermedad de sus hijos son “objetivamente cortos”, pero “subjetivamente largos” y peligrosos. La organización de la cotidianidad del hogar y de su trabajo cambian

durante este período; la madre debe procurar el sostenimiento de la familia, mientras recorre los diferentes sistemas médicos. Una vez llega a la unidad de tratamiento del hospital debe quedarse acompañando y colaborando con el tratamiento del niño entre 15 y 30 días. Es decir, este período que vive la madre intensamente y cargado de tensión, puede durar entre el inicio de la enfermedad y el egreso hospitalario entre 20 y 40 días, tiempo que para una madre cabeza de familia es demasiado.

La madre mientras está en la Unidad Vida infantil colaborando y acompañando a su hijo en el tratamiento de la desnutrición aguda grave, está pensando en su hogar y tratando de organizar las cosas desde el hospital. En las observaciones realizadas en la Unidad Vida Infantil escuche a las madres hablando sobre la preocupación respecto a sus hogares: la búsqueda de alimentación para sus hijos, la preparación de los alimentos, el arreglo de la ropa y todo el cuidado en general de sus hijos en la casa y el mantenimiento de la casa. Observe, que las madres reciben apoyo de sus esposos o de sus familias y, en algunas, el apoyo de vecinas o amigas, para que estas madres puedan salir, de vez en cuando, a sus hogares para velar un poco por ellos.

El padecimiento de la madre durante el tratamiento de su hijo se puede aminorar cuando empieza a ver su recuperación, pero el padecimiento permanece latente, puesto que está en vilo el cuidado del hogar. La ruta del padecimiento cede su lugar a la alegría y a la satisfacción de salir de la Unidad Vida infantil con su hijo henchido de alegría, con deseos de jugar y recuperado del marasmo o kwashiorkor.

#### 5.4 EL PADECIMIENTO POR LA CULPABILIZACIÓN A LA MADRE

***“...al principio asumía una actitud que es la misma que asumen los compañeros recién llegados a trabajar con nosotros y es decir... es que para coger esa mamá y ahorcarla..., yo antes era muy regañón, antes de hospitalizar a un niño les rezaba todas las retahílas que quisiera a las mamás, las hacía sentir mal, pues, considerando era puro descuido y maltrato infantil...”***

***Apartes de una entrevista con un Médico de la UVF***

El aparte de la entrevista, nos muestra un concepto un poco generalizado en el modelo biomédico acerca de la desnutrición: ¡las madres son las culpables!;. Nunca es tenido en cuenta el contexto multicausal de la enfermedad y no se reconoce el grado de responsabilidad que tiene el sistema biomédico en la trascendencia de la enfermedad como la diarrea, por ejemplo, en el desarrollo de la DAG tipo marasmo y kwashiorkor.

Por lo general, se cree y así se manifiesta, que la desnutrición de un niño es por falta de comida o por despreocupación de las madres, se les acusa permanentemente de malas madres, generando en ellas resistencia, manifestada en forma de silencio.

***“...le preguntó a la doctora y le dijo - no el niño directamente, prácticamente dura tres días hospitalizado y según la droga que le colocamos, ella mencionó la droga y él dijo pues eso se va a \$ 250.000. Yo le dije: ¡ay doctor! Es que nosotros no tenemos forma de pagar esa plata, y él dijo – es que una forma es no tener la forma y otra forma es el descuido de ustedes. Yo dije de todas maneras hay que hacer cualesquier cosa pero mi niño no se me va a morir, yo no puedo voy a dejar morir a mi niño. Y su marido donde está, pues yo dije él está en la casa, pero yo puedo mandarle la razón para que él a las seis y media o siete de la noche está acá...”***(Subrayado propio)

## MND08

Las madres sufren cuando el personal del sistema biomédico las culpabiliza por la enfermedad de su hijo y durante el proceso mismo de la enfermedad, al ver que a pesar de sus esfuerzos por mejorar y/o mantener el estado de salud del menor, estos no mejoran; son ignoradas como sujeto que tiene conocimientos y actitudes frente a la enfermedad de su hijo. Los siguientes relatos nos ilustran al respecto.

***“...Lo llevé al hospital de Apartadó por urgencias, la enfermera lo miró y me dijo “vea este niño está muy mal y usted muy descuidada”. Ella me regañó toda, yo no le contesté nada porque de todas maneras tenía su razón. “Vea y este niño sin papeles usted no... no podríamos hacer nada aquí, usted tendría que irse para ...Una enfermera en Mutatá “y de todas maneras se lo vamos a atender, pero que usted tiene que... que usted tiene que ver por esa nutrición de ese niño, porque eso es culpa suya, que no sé que, que qué descuido”. Yo no le contesté nada. Yo volví el miércoles que compré la droga, se la comencé a dar y eso no le hizo nada. El miércoles que dormí con él, ese niño no me dejó dormir en la noche, eso dormía a ráticos y despertaba asustado y le daba el tetero, chupaba muy poco. Y yo ¡ay Dios mío! Qué tendrá mi niño, ¡ay Dios mío bendito!...”*** (Subrayado propio)

## MND09

Trato, entonces de rescatar la dimensión subjetiva del padecimiento de las madres de los niños con desnutrición grave, al contrario de lo que piensan a veces los trabajadores de la salud sobre la apatía de estas madres y la indiferencia sobre el estado de salud de los niños, el dolor, el miedo y la impotencia, las lleva a un estado de parálisis en el cual el llanto bloquea el habla y el sufrimiento y la angustia las lleva muchas veces a responder al personal de salud con agresividad y altanería, muchas veces como consecuencia misma del maltrato a las que las

somete el personal de salud cuando las culpabiliza del estado de salud de los niños.

***“...La señora mira al niño y luego mira hacia fuera, su mirada se pierde a través de la ventana y pienso ¿qué pasará por la cabeza de esta señora? ¿Cómo estará sufriendo?; su hijo está al lado, lo acaban de traer por urgencias, edematizado, con úlceras en los pies y las nalgas, está acostado sobre un cojín para quedar semi levantado, tiene sonda nasogástrica y la vena de la mano derecha canalizada. El niño no llora ni gime, medio se mueve y tira los ojos hacia atrás, da la impresión de que se estuviera muriendo. [...] Los médicos y las enfermeras discuten el caso del niño grave que acaba de llegar, pasan a la cuna, lo revisan, le hacen algunas preguntas a la madre, ésta les responde con monosílabos y sin mirarlos al rostro. Veo en el personal de salud como cierto inconformismo con la señora debido a su comportamiento...”***

***Apartes del diario de campo***

***“...Yo el día que yo llegué y lo vi ahí, ido, acostado y como no sé [...] Muy raro que estaba a mí me dieron muchas ganas y yo me puse a llorar allá y no le contestaba a nadie y yo no me sentía capaz de hablar ni nada...porque yo a mi hijo no lo trato mal, yo no lo regaño, ni le peleo...”*** (MND14)

***“...Afuera de la sala están dos madres con sus hijos y están comentando el caso de la señora nueva, les pregunto ¿por qué no están adentro de la sala con sus hijos?, me responden “porque no queremos ver el niño que acaba de llegar, pobrecito [...], a decir verdad, yo también siento un gran desespero y dolor al ver este niño a puertas de la muerte y tampoco deseo estar ahí...”***

***Apartes del diario de campo***

***“...Lo llevé al hospital de Apartadó por urgencias, la enfermera lo miró y me dijo “vea este niño está muy mal y usted muy descuidada”. Ella me regañó toda, yo no le contesté nada porque de todas maneras tenía su razón...”***

***(MND07)***

Generalmente se culpabiliza a las madres por la desnutrición aguda grave de sus hijos, pero como ya se analizó en este mismo capítulo, las madres reconocen tempranamente los signos y síntomas del mal de ojo y hacen todo lo necesario para combatirlos, incluso como ya lo he dicho, pasan por encima de sus propias creencias y, en última instancia, son los médicos y los demás profesionales del área de la salud quienes no logran en las consultas o en los encuentros con los niños y las madres, identificar en la diarrea, en la insuficiencia respiratoria o en la misma pérdida de peso, signos de alarma que se traducen en desnutrición aguda grave tipo marasmo o kwashiorkor cuando no se tratan adecuada y oportunamente; son ellos y no las madres, quienes no aciertan en los diagnósticos que podrían prevenir tempranamente el padecimiento de los niños y sus madres y sólo hablan de desnutrición cuando las madres llevan sus niños hinchados o caquéticos, después de varias semanas de ir y venir de un médico a otro o de un sistema médico a otro, sin solución acertada.

El niño se convierte en un sujeto vulnerable para enfermedades biológicas como espirituales. Las consecuencias del estado sanitario (EDA, IRA), de la inequidad económica y social (carencia de alimento- nutrientes y por ende la desnutrición), de la poca orientación del personal de salud a las madres o familias sobre el cuidado de los niños, y finalmente las consecuencias del mal de ojo, recaen sobre los niños.

Es decir los niños viven en un mundo activo de energías emanadas por las personas, los menores de 7 años son susceptibles de recibir o perder energías por parte de los adultos, los niños Turbeños vive bajo una amenaza constante de

energías externas, son los receptores de todas las enfermedades. Las madres sufren a la par de estas desventuras: la madre sufre porque al niño no se le quita la diarrea, sufre porque su hijo tiene hambre y no tiene cómo calmarla, sufre porque al niño no le curan el mal de ojo y sufre por el riesgo de muerte (figura 6).

Así pues, rescatar la dimensión subjetiva de este padecimiento en las madres; descubrir los elementos culturales que subyacen en la forma en que ellas sufren con el proceso de la enfermedad de sus hijos, puede permitir a los trabajadores de la salud comprender a las madres y dimensionar algunos juicios de valor emitidos sobre ellas.

El mundo en el que se mueve el niño turbeño, está cargado de problemas económicos, de problemas sanitarios, de problemas sociales, de fuerzas y energías, las cuales recaen sobre los niños (figura 5), pero finalmente a quién atribuyen la responsabilidad es a las madres. Las personas que manejan el poder, en lo económico, en lo sanitario, en lo social y en la prestación de los servicios de salud, se hacen al margen y desvían la responsabilidad de la enfermedad de los niños y de la desnutrición aguda grave a las madres o cuidadoras.

Como diría Tausing, para las instituciones sería más fácil objetivar la desnutrición en cifras, que entrar en el análisis de las relaciones multicausales de ésta y así evitar su responsabilidad, para impugnárselas a las madres de los niños.

Pareciera como si las concepciones culturales frente a la vida, la salud y la enfermedad marcharan en dos vías totalmente opuestas: por un lado la del colectivo turbeño y por el otro la de las instituciones.

Figura 6. Aspectos socio culturales que recaen en los niños



## CAPITULO VI

### DESENCUENTRO DE LOS SISTEMAS MÉDICOS EN TURBO

Como se ha venido viendo en el texto las madres conciben la DAG como una consecuencia del mal de ojo. Este mal caracterizado por diarrea y/o fiebre, vómito, enfermedad respiratoria o decaimiento del niño, moviliza a la madre entre el sistema médico tradicional y el sistema biomédico. Durante este proceso terapéutico la madre es responsabilizada y culpabilizada por la enfermedad del niño. La detección temprana de la desnutrición aguda leve o moderada para prevenirla o tratarla antes de que el niño alcance el marasmo o el kwashiorkor, pasa, casi desapercibida, por los profesionales del sistema biomédico.

En las narraciones de las madres sobre las consultas médicas no aparecen indagaciones o preguntas por parte del personal de salud sobre las concepciones culturales referentes a las enfermedades de los niños. Tampoco aparecen las intervenciones de las madres expresando al personal de salud la presencia del mal de ojo. El sistema médico biomédico y el sistema tradicional van por caminos diferentes, tal como se observa en el marco ético 8.

La narración de la madre MND03, consignadas en el marco ético 8, deja ver las diferencias en la atención, por ejemplo del parto hospitalario a la atención en casa por una partera, también evidencia la falta de comprensión y el manejo del poder por parte del personal del sistema biomédico. En las demás narraciones se aprecia la falta de comunicación entre el personal de salud y las madres, ejemplo, la madre MND02 y el maltrato al que es sometida una de las familias: MND15.

Estas situaciones por las que atraviesan las madres del estudio, reafirman una vez más la falta de encuentro de los sistemas médicos y lógicamente el desconocimiento de la convivencia con diferentes sistemas médicos.

A lo largo de la historia los seres humanos han enfermado y muerto, y han desarrollado estrategias para mantener la salud y prevenir y enfrentar las enfermedades, es decir han respondido individual, social y culturalmente al proceso de salud – enfermedad – muerte; generando representaciones y prácticas a partir de las cuales, según Menéndez<sup>101</sup>, se estructura un saber que les permite enfrentar, convivir, solucionar y si es posible erradicar los padecimientos; este saber con sus prácticas y percepciones recibe el nombre de medicina en la sociedad actual.

Según Kleinman <sup>102</sup>, la medicina es percibida dentro de toda sociedad, moderna o tradicional, como sistemas coherentes y organizados de ideas y prácticas alrededor del problema de la enfermedad permeado por el contexto social y cultural, en donde pacientes y curanderos, enfermedad y curación son parte del sistema de salud, también culturalmente integrados. Significa entonces, que no existe un solo sistema médico, sino que existen tantos sistemas médicos como grupos culturales. La función de todo sistema de salud según la OMS (90) es promover los recursos del enfermo, su familia y su sociedad, y dirigirlos a tratar el problema del enfermo.

## Marco émico 8

### Testimonios que dan cuenta del desencuentro de los sistemas médicos

| CODIGO | DESENCUENTRO  |
|--------|---|
| MND02  | Pues no, nunca me dieron nada ahí en el hospital, nada así pues como cosas así. A mi me dieron un folleto, pero como yo no sabía leer, mi hermana cuando vivía aquí me lo leía.   |
| MND03  | Hospitalizada por el embarazo porque se me iba a venir, luego yo dije ay no yo no quiero ir más a ese hospital, me dejaron en Necoclí con una señora y cuando y ya fui a tenerlo...cuando fui a tenerlo no... los dolores me aumentaron, me dijo la señora con quien yo estaba “te quieres ir para el hospital o te quieres ir para donde una partera, por aquí vive una señora que es muy buena” y yo le dije ay no lléveme mejor donde la partera yo no quiero ir al hospital porque ya las enfermeras estaban como todas raras conmigo porque cuando fui la segunda vez me dijeron “y otra vez la misma con lo mismo” entonces yo le contesté si otra vez la misma con lo mismo y no quiero ir con lo mismo. Y para ellas eso fue un alboroto muy grande. Pues ellas les dio, ellas... todas empezaron a preguntar “qué dijo, qué pasó, qué pasó? Entonces las otras, “no dizque la misma con los mismo y no se quiere ir con lo mismo” entonces ellas empezaron a criticar eso, pues para... yo vi que como que fue un alboroto por eso... La partera me hizo un tacto y ella me dijo: estás en 3. Eso fue el martes a las 12 de la noche y me dijo “vamos a darte un bañito a ver si los dolores se te calman o te aumentan. Te voy a meter un bañito de asiento con agua caliente y no se que otra cosa fue que le echó ella. ella... pues nos acostamos y era pendiente a mí, pendiente a mí [...]. No, como con mi niño cuando se enfermó: en el momento no le encontraron fiebre me dijeron que eso no era una urgencia, yo lo llevé por urgencias, que eso no era una urgencia y que él me le mandaba la droguita y que se la diera. “Vea y este niño sin papeles usted no... no podríamos hacer nada aquí, usted tendría que irse para... usted donde vive?” Yo le dije: yo vivo más allá de Chigorodó y... “ Y eso pertenece a Chigorodó o a Mutatá?. Yo le dije: no, le pertenece a Mutatá. “usted debería irse para Mutatá” Y yo le dije: ¡oiga! A esta hora yo... mi bebé como está de mal, yo hasta que llegue allá quién sabe que le habrá pasado?. “Bueno aquí se lo vamos a atender pero habría... tendrías que conseguirte los papeles” y me queda súper difícil conseguirlos. Porque mi marido no estaba allí, no había forma de llamarlo... |
| MND07  | Yo la llevé al hospital... siempre... yo la llevé como una semana seguida al hospital, pero lo único que se le suministraba era suero. Le mandaron unas vitaminas y una colada especial para los niños. pues no, pues a... la mera verdad. A como yo las he llegado a llevar cuando las he llevado rezar, pues, pues, las niñas se... se recuperan bastante. Claro que en cuanto al peso y a eso pues... pues no, pero si mejoran el ánimo...pues la mera verdad, después que él la dejó de santiguarla la niña se puso muy bien, ya empezó a recibir comida y se fue reponiendo más..  |
| MND08  | yo le decía mucho que por qué no lo hospitalizaban y él me decía que eso era normal que estuviera así y me le seguía mandando suero.  |

| CODIGO | DESENCUENTRO  |
|--------|---|
| MND10  | <p>Pues hubo uno que me dijo que... si que tenía... yo lo llevé, antes de llevarlo donde esos hierbateros lo llevé al centro de salud, me le mandaron unas fórmulas, una droga, se la hice y el niño siguió lo mismo, entonces, como a los 3 días volví y lo llevé y ahí fue que el médico me dijo que no, que yo como iba a creer que él iba a ser San Juan Gregorio para curar al niño así de un día para otro. Y yo le dije no doctor pero es que si..si el niño sigue lo mismo yo tengo que volverlo a traer, porque aja... me le puede cambiar esa droga por otra porque como lo voy a dejar en la casa más tiempo. Y como me le mandó otra fórmula, entonces yo se la estuve haciendo...y de ahí, entonces, cuando él me dijo, el médico así, entonces, yo empecé a buscar un hierbatero a ver qué era lo que me decían que tenía el niño, si era aflicción o era lombriz.. hasta tuve un alegato ese día con el médico, porque es que yo lo llevé la primera vez, me lo atendió muy bien y todo, la segunda vez que fui a los 3 días, entonces le dije: mire doctor que mi niño todavía me sigue mal. Entonces, él me dijo "¡ay hija! Pero es que nosotros los médicos no somos Juan Gregorio, que vamos a curar instantáneo". Le dije: doctor si yo traigo al niño otra vez al médico es porque sigue mal, lo primero que le dicen a uno es "cuando usted tiene una persona enferma y sigue mal vuelva a llevarlo al médico" porque uno para que se queda uno con él en la casa, porque si uno se queda con él, "no que vea que se murió por descuido de uno, porque lo dejó" , entonces, por eso es que yo lo vuelvo y lo traigo y como es un niño yo no se que tiene. Y entonces él "a bueno, yo le voy a mandar esta fórmula, pero tampoco es que cada 3 días se vaya a traer un paciente al médico". Yo le dije: no doctor, no es cada 3 días, pero si sigue mal no lo voy a dejar pues en la casa hasta un mes que tenga que traerlo otra vez? Entonces...</p> |
| MND011 | <p>Yo le dije, doctor, si mi niña no estuviera mal yo no la traería. Me fui otra vez. Ya al siguiente día ella amaneció toda hinchada, las piernas y los brazos y ella la cara no. Cogí otra vez y la llevé al médico... es que vengo porque usted me dijo que Yoselin tenía una infección y doctor si ella no estuviera tan mal yo no la traería. El me mandó unos exámenes, uno de sangre, uno de orina, yo se los hice y me dijo que cuando los recibiera en el hospital se los llevara. El jueves pasado, que ayer hicieron 8 días salió los resultados, los fui a reclamar; fui y se los llevé al mismo médico y él... él cogió y los miró y me dijo, ¡ay! Verdad que la niña tiene una infección, la niña está mal. Y yo le dije, me la puede atender?, se la traigo otra vez? ; me dijo, no porque hoy me toca control con todos los niños y no la puedo atender, lo único que me le mandó fue los remedios, el suero que el colocó allá y suero... que uno le hiciera acá en al casa, las papeletas de suero, que uno hirviera el agua y se lo diera.</p>   |
| MND14  | <p>Después de las santiguadas el niño quedó un poquito mejor. Ya se le veía ánimo y todo pero la diarrea no se le quería parar.</p>   |
| MND15  | <p>El médico le mandó una locioncita pa' yo echale, apenas llegue a la casa le echa esto. Y yo le eché y eso lo fue cogiendo un desespero y el niño se fue poniendo así tieso y moradito y yo le dije al esposo mío, vea el médico me dijo que apenas viniera a la casa le echara esa pomadita y el niño se me puso así con un escalofrío y moradito, entonces, el esposo mío dijo, no, vamos a llevarlo al Roldán (hospital del municipio de Apartadó) a ver que dicen allá por urgencias, entonces, lo llevamos y el médico dijo, esa loción no se la puede usted echar ahí a él porque él está muy pelao. El niño tenía eso como en carne viva y entonces, por eso lo cogió un escalofrío y entonces, ahí</p>  |

| CODIGO | DESENCUENTRO   |
|--------|--|
|        | <p>mismo me lo hospitalizaron...si, yo me asusté, porque como allá me dijo la pediatra de allá que dizque... le vamos a dar este niño al Bienestar<sup>6</sup>. Yo le dije, como que al Bienestar? El niño no está, es por... por... descuido mío... por descuido mío no, sino que a veces se puede... se puede enfermar uno y los niños pueden estar con algún hermanito, o alguno... y los niños se enferman así. Eso no es por descuido, y yo sus alimentos se los daba y yo hace un mes... que ustedes no saben que en el papel de la historia de él... hace un mes que yo estaba aquí insistiendo a ustedes, yo lo traía que no, váyase pa' la casa y le lleva esta formulita, yo le daba esto pero el niño lo mismo. Eso no es descuido mío, yo vine desde temprano aquí. Ah, y entonces, hablaron con el esposo mío, que si el esposo mío si era en verdad el papá de él. Y entonces, el esposo mío, si, si quiere le traemos el papel de nacimiento de él, porque ella decía (la pediatra), no, yo no creo que ese pelaito sea suyo. ella... ella pa' que supiera que si, que es que el niño era mío, porque como ella decía que no era mío y que lo iban a dar al Bienestar porque estaba muy descuidado que no se que. Entonces, yo le dije al esposo mío y el esposo mío dijo a ella, no, usted no puede decir que lo va a dar al Bienestar, él tiene papá y mamá, si no tuviera papá y mamá podían dárselo , pero así no, porque él tiene papá y mamá; a cualquiera le pasa eso, él estaba alentadito y de un momento a otro lo cogió eso.</p> |

---

<sup>6</sup> La madre se refiere Al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, quien toma a los niños sin padres o a los niños maltratados para darlos en adopción

En Colombia existen tantos sistemas médicos como contextos socio-culturales. Situación similar se da en el Municipio de Turbo, en donde coexisten múltiples culturas; entre las cuales se pueden distinguir la indígena, la afro colombiana, la mulata (mezcla de negro y cachaco), la de los cachacos (del interior del país) y la de los costeños; cada una de ellas tiene una forma de ver la vida, de sentirla y de vivirla y en ella, una forma diferente de ver el proceso de salud – enfermedad – muerte.

En este mundo multicultural las madres del estudio en el afán de que sus hijos mejoren del mal de ojo, mezclan conceptos y prácticas del sistema médico tradicional y del sistema biomédico. Estos sistemas médicos, interactúan, se entrecruzan y en ellos las madres del estudio van y vienen en busca de una respuesta que satisfaga sus necesidades físicas, sociales y psíquicas.

## **6.1 LOS SISTEMAS MÉDICOS EN TURBO**

### **6.1.1 El sistema Biomédico**

El sistema biomédico es conceptualizado por Eduardo L. Menéndez<sup>104</sup> como “modelo médico hegemónico” que se basa en la atención que brindan los profesionales de la salud reconocidos por la comunidad científica y por el Estado, que han recibido capacitación en universidades y otras instancias académicas con reconocimiento estatal, caracterizada por la universalidad, ahistoricidad y reduccionismo, la falta estructural de prevención, el mercantilismo y la calificación del paciente como portador de saberes equivocados y una relación desigual médico-paciente, entre otras.

En este sistema, la atención médica profesional constituye el núcleo, en él se ofrecen servicios personales y comunitarios; el primero en forma de consulta

individual y el segundo en el formato de servicios de promoción y prevención o de salud pública.

En Turbo oficialmente se visualiza el sistema biomédico, como el hegemónico, el cual pone énfasis en el paradigma científico (positivista) como método unitario de conocimiento de pretensiones universales y ortodoxas, desconociendo los otros saberes médicos.

Retomando de Tausing<sup>77</sup>, este sistema objetiviza la enfermedad. Reduce los sujetos (niños) a números, en este caso a kilos, centímetros, gramos, miligramos, porcentajes de adecuación, desviaciones estándar, percentiles y demás relaciones matemáticas y estadísticas para determinar el grado de desnutrición de un individuo o comunidad; dejando de lado sus proceso históricos, socio políticos y culturales y el de las colectividades y del mismo proceso de salud – nutrición, desconociendo precisamente que la DAG es un hecho socio-cultural y biológico.

En este sentido, la desnutrición aguda grave (DAG) es tratada por el sistema biomédico de acuerdo con los lineamientos propios de dicho modelo en el que se determina el daño de los sistemas vitales del menor, pero sólo cuando el niño presenta signos y síntomas físicos y clínicos avanzados de la enfermedad.

En el momento en que el niño está en contacto con el sistema biomédico, se trata de reparar y/o prevenir el daño celular, biológico, fisiológico y bioquímico; pero no se tiene en cuenta la historia de vida del niño y de su cuidador (en este caso específico, las madres de los niños), su cultura, su forma de ver, sentir e interpretar la enfermedad, alejando al cuidador y a la familia del tratamiento. Y, lo que es peor, en muchas ocasiones, haciéndolo sentir culpables a las madres, por que según ellos “no le daban comida”, como si la desnutrición sólo tuviera como causa única la privación proteico – energética, desconociendo o invisibilizando el

contexto político, social, económico, sanitario y cultural y ambiental en el que se desarrolla la enfermedad, así como los aspectos subjetivos del cuidador.

Varios factores hacen parte de esta objetivización de la desnutrición aguda en Turbo: se trata la diarrea, se trata la desnutrición, pero no se trata al sujeto (niño y madre) que la padece; se dan órdenes como: tiene que alimentar bien al niño, tiene que cuidarlo bien, pero no se especifica que es alimentar o cuidar bien; las madres hacen lo que orienta su cultura. El sistema biomédico no da una orientación a las madres en la cual articule el saber cultural occidental con el saber cultural de los sistemas médicos de la colectividad para dar mejor cuidado a los niños. Tampoco hace una articulación entre el saber alimentario de las madres y la disponibilidad de alimentos en las zonas con el saber del sistema biomédico.

En donde los profesionales de la salud articulan los saberes cuando le dicen a una madre: “su niño está desnutrido, llévelo a la casa y déle comida”, pero, ¿de qué comida y de qué alimento se habla?, ¿será que la madre en su saber cultural está pensando lo mismo que el personal de salud?, o ¿están en lógicas diferentes?

### *6.1.2 El sistema médico tradicional*

El sistema médico tradicional según Gutiérrez<sup>80</sup> tiene múltiples acepciones, entre las que se encuentran medicina primitiva, folclórica o etnomedicina, y sin importar el nombre que se le asigne, la autora dice que el sistema médico tradicional constituye conocimientos y prácticas populares integradas culturalmente, que se ajustan y funcionan al ritmo de la ciencia y la tecnología de su entorno social, en la que existe un trasfondo de creencias y fe individuales y colectivas, que fundamentan, estimulan y dirigen su acción.

Siguiendo con la autora, el sistema médico tradicional se caracteriza también por incorporar e innovar con la aculturación por parte del sistema biomédico, por

enriquecerse a partir de hallazgos propios, por dar respuesta permanente a sus creyentes y porque se constituye en sí como un acto de comprobación de los postulados culturales, derivando en un corpus médico integrado de pensamiento y acción, en el que se manifiestan ceremonias y prácticas y un contenido de fe y creencia individual y de determinantes estructurales de la colectividad.

Se puede decir, según las entrevistas a las madres del estudio, que además del sistema biomédico existe un sistema médico tradicional que da respuestas a las enfermedades de filiación cultural, en este caso, el mal de ojo, que tiene un personal tratante en que la comunidad confía por su experiencia y por los éxitos, que se transmiten entre los miembros de la sociedad turbeña.

Este sistema médico tradicional dilucidado por las entrevistas de las madres del estudio coincide con el concepto de Kleinman<sup>105</sup> quien distingue algunas características específicas de las prácticas del sistema médico tradicional, que incluyen la adscripción de las prácticas médicas a paradigmas más bien holísticos, fundamentados en una noción de equilibrio (en este caso equilibrar las fuerzas en los niños que sufren del mal de ojo); un enfoque particularizado sobre el paciente con énfasis en la eficacia simbólica y no solamente pragmática; el carácter no necesariamente mercantil en la práctica, puesto que suelen aceptar pagos ( en este caso el pago al rezandero depende de la situación económica de la madre consultante); su relación con las cosmologías locales, de matriz más sociocultural y con formas teleológicas de explicación de la enfermedad más que las propiamente causales; en este caso la relación causal entre lo económico, lo sanitario, entre otras, se relega frente la cosmovisión de las fuerzas emanadas por otras personas que pueden enfermar a los niños menores de 7 años.

Según Gutiérrez<sup>80</sup> el sistema médico tradicional, puede fragmentarse de acuerdo con la etiología de la enfermedad en mágico – religioso y curanderismo, los cuales para efectos de esta investigación no serán trabajados por separado, ya que los

datos de las entrevistas no dan cuenta de ellos en esa forma, sino más bien como una mezcla de ambos. Las madres del estudio incursionaron con lo mágico-religioso: los rezaderos o santiguadores, con el mundo espiritista: una madre lleva su hijo a una mujer espiritista para descartar la posesión de un espíritu en su niño y, otras madres relatan la consulta a curanderos.

Este sistema en el cual consultaron las madres del estudio, el terapeuta, es el sabio o sabia, en este caso el rezadero, que ha aprendido a lo largo de su vida asuntos relacionados con botánica, magia y con religión, ataca no sólo el problema del menor, sino también al estado de ánimo de las madres. La fe en estos terapeutas es tal, que por el solo hecho de que su niño sea rezado, en la madre se aligera su dolor y se tranquiliza.

Este sistema médico tradicional más que objetivizar la enfermedad, la subjetiva, en el caso de ésta investigación, reconoce al niño enfermo de mal de ojo, y busca una explicación “natural” de la enfermedad, en el que la cultura y la forma de ver la vida de las cuidadoras está siempre presente, a través de las prácticas curativas, los rezos y las santiguadas.

Existen, de hecho, discrepancias en el modo de concebir la enfermedad entre las personas de este estudio y el personal médico<sup>103</sup>. Esto se debe a que los profesionales de la salud se encuentran cada vez más alejados de la población a la cual dirigen sus acciones, sobre todo en lo que respecta a las formas de concebir y actuar de las personas en relación con su salud, su vida y su enfermedad, tal como se aprecia en algunos testimonios del marco émico 8.

Por lo tanto, se reconoce que la concepción que tienen las madres sobre la enfermedad de sus hijos, no coincide con la concepción enfermedad que posee el personal de salud, y por esta diferencia de ver el mundo, se dan las diferencias de

vivir el proceso salud – enfermedad – atención, tal como lo expresa Helman C<sup>99</sup>, estas diferencias propician por ende el desencuentro ente los sistemas médicos.

## **6.2 DESENCUENTRO DE LOS SISTEMAS MÉDICOS EN TURBO**

La coexistencia del sistema biomédico con el sistema médico tradicional, genera muchas veces roces o conflictos; en este sentido Alarcón *et al*<sup>104</sup>, plantean que “...en general, todos los procesos de interacción social y cultural que involucre la existencia de diferentes y, a veces, antagónicos sistemas de creencias están sujetos a importantes fricciones. Sin embargo, los conflictos entre diferentes sistemas médicos no emergen sólo desde las diferencias en los modelos explicativos que los sustentan, sino también de la dominación social de un modelo de salud sobre el otro...”.

En Turbo, algunas personas del sistema biomédico todavía desvirtúan e invisibilizan al sistema médico tradicional, lo descalifica y miran con malos ojos a las madres que acuden a él en búsqueda de entendimiento, alivio, esperanza y participación en el tratamiento y recuperación.

El sistema médico tradicional por el contrario, no desconoce la importancia del sistema biomédico, se vale de él en el momento en que sus prácticas terapéuticas no son efectivas y se remite a la madre y a su hijo para que lo consulten. Es decir, la complementariedad, que según Kleinman, debería existir entre los sistemas médicos, aquí se da en una sola vía: del sistema médico tradicional al sistema biomédico (cuando el rezandero dice el niño no tiene mal de ojo, lleve a su hijo al hospital, o ahora, el niño necesita ser tratado por el médico), la segunda vía del biomédico al tradicional, aún está al margen.

El desencuentro entre los sistemas médicos, es por lo tanto un desencuentro intercultural. En este desencuentro confluyen: el lenguaje; las diferencias entre las

prácticas médicas del sistema biomédico y del sistema tradicional. El lenguaje utilizado por los médicos y el personal de salud, dificulta la relación e imposibilita la empatía y confianza con la madre, al parecer no existe un vocabulario que haga intersección en puntos comunes entre el sentir de la madre sobre el mal de ojo y el saber biomédico.

Con respecto a las diferencias entre los sistemas médicos y la comprensión entre éstos, ocurre que, el miedo que siente la madre por hospitalizar a su hijo con el mal de ojo pasa inadvertido por el personal del sistema biomédico, pues en la cultura Turbeña ante el diagnóstico del mal de ojo, se considera grave hospitalizar a los niños, so pena de muerte. Es decir, con el mal de ojo los niños no deben bañarse ni punzarlos, la comunidad sabe que en el sistema biomédico las normas de higiene obligan al baño y saben que muchos medicamentos son inyectados, no obstante, cuando la madre ve a su hijo en estado crítico y que la medicina del rezandero no lo ha curado, desafía sus propias creencias ante el miedo de la muerte del niño y lo lleva al hospital. La responsabilidad de este desafío recae en ella.

Frecuentemente existe descalificación del personal de salud del sistema biomédico respecto de las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud y a la enfermedad, en este caso con las prácticas que realizan las madres de los niños desnutridos. Al respecto Haro<sup>105</sup> plantea que, a pesar de que las prácticas no profesionales en salud han sido estructurales en todas las sociedades, han sido negadas o excluidas por los sistemas convencionales en salud, que "...mantienen actitudes ambiguas de subestimación, benevolencia, descalificación, exclusión o incluso de condena para todas aquellas iniciativas que emprenden la atención de la salud fuera del ámbito de la prescripción médica...". Concepción que subyace en este desencuentro entre los sistemas médicos, en Turbo

Al parecer se da por cierto que las madres, por el sólo hecho de ser madres, tienen todos los conocimientos necesarios para prevenir la enfermedad de sus hijos. Las madres del estudio manifestaron que la preparación que reciben durante la gestación y el posparto para el cuidado de sí mismas y de sus hijos, es muy poca. Quizás el tiempo de preparación que dedican los profesionales del sistema biomédico sea poco, pero quizás el tiempo sea suficiente, sólo que, la forma de comunicación desarticulada de la cultura de la colectividad lleva a que cualquier tiempo y esfuerzo quede corto a la luz de las necesidades de estas madres y esto acrecienta el desencuentro entre los sistemas médicos.

En este desencuentro de los sistemas médicos el personal de salud y la madre no sólo hablan códigos distintos sino que manejan visiones del mundo contrapuestas, no encontrándose la mayoría de las veces puntos de contacto intercultural; esa indiferencia por la cultura de las madres y de sus sistemas médicos propicia el desarrollo de discursos paralelos sin puentes de articulación, prevaleciendo el poder del sistema médico occidental ante el sistema médico de los otros.

Esta indiferencia del sistema biomédico por los sistemas médicos de los otros, imposibilita al personal de salud para interactuar con la madre en forma comprensiva, para conocer la percepción y las acciones por ellas emprendidas durante el proceso del mal de ojo y la desnutrición de sus hijos. Mientras continúe este desencuentro de los sistemas médicos las madres continuarán con la percepción de que la desnutrición aguda grave es fruto del mal de ojo; que las enfermedades prevalentes de la infancia como la diarrea, la fiebre, las infecciones respiratorias corresponden al mal de ojo.

Como lo señala Lerin<sup>106</sup>, "...evitar este desencuentro entre culturas, depende en gran parte de la profesionalización y competencia técnica del personal de salud En estos dos aspectos se presenta actualmente un déficit muy importante, que puede ser superado mediante la incorporación del enfoque intercultural de la salud como

una estrategia adecuada en los programas de capacitación del personal de salud, con el fin de modificar la percepción, los valores y sobre todo las prácticas del trabajo del equipo de salud en situación intercultural...”.

Como dice Lerin<sup>109</sup>, es importante la competencia técnica del personal de salud; en aras de esta competencia los médicos deberían detectar tempranamente la desnutrición o por lo menos escuchar a las madres cuando expresan que sus hijos están mal, en algunos relatos del cuadro étnico 8, se observa esta falta de competencia, situación que aleja el encuentro entre las culturas.

En la formación de los profesionales en salud de nuestro medio, los estudiantes reciben materias como antropología, sociología y psicología, orientadas al área de la salud con un enfoque intercultural; no obstante cuando el estudiante entra en la clínica rompe con este paradigma y entra al positivismo, deja de lado el aspecto social, cultural y psíquico que permean el proceso salud - enfermedad así como también se olvida a los otros sistemas médicos.

Urge entonces, una reflexión proactiva entre los formadores del recurso humano en salud, de tal manera que algún día se pueda llegar a la interculturalidad en salud como es planteado por Lerin<sup>109</sup> “...La formación de recursos humanos en salud con orientación intercultural supone mejoras en la competencia técnica y humana del personal institucional, incide en el respeto, en el trato de los usuarios, en el reconocimiento de las tradiciones culturales, en el combate a la exclusión, en la atención y la equidad en salud a los distintos grupos étnicos...”.

Así pues, mientras el sistema biomédico no reconozca que el mal de ojo es un hecho social, cultural, físico y biológico, cuyo tratamiento admite la complementariedad de los sistemas médicos se tendrá en el municipio de Turbo el mal de ojo para mucho rato y niños con marasmo y kwashiorkor a las puertas de la muerte.

## CAPITULO VII

### REFLEXIONES FINALES

Como ya se ha dejado ver a lo largo de esta investigación, de la desnutrición se conoce en el mundo entero las cifras de los niños y niñas que la padecen y mueren por su causa<sup>1,2</sup>; que se asocia a un déficit funcional en la vida adulta<sup>8</sup>, que ocasiona mayores costos en la atención hospitalaria<sup>8</sup> y una disminución en la capacidad del trabajo<sup>6</sup> y que por lo tanto tiene altas repercusiones en las economías mundiales<sup>7</sup>.

Sin embargo, son pocos los estudios que trascienden los aspectos epidemiológicos y clínicos para detenerse en las repercusiones sociales que tiene la desnutrición para las madres de los niños desnutridos y su círculo social cercano, no se menciona la dimensión subjetiva e íntersubjetiva de la desnutrición, ni la forma en que el contexto cotidiano en el que se padece la enfermedad influye en el proceso de la misma, no se ha mostrado como la desnutrición abarca no sólo procesos individuales, si no también sociales, que lesionan el bienestar de las colectividades.

El hallazgo de este estudio de que el marasmo y el kwashiorkor son concebidos, por las madres, como consecuencia del mal de ojo, llama la atención hacia la urgencia de comprender estos procesos mórbidos según las culturas de cada colectivo, con el fin de poder actuar interculturalmente y evitar la muerte infantil. El segundo hallazgo, la experiencia del padecimiento por parte de las madres al ver

---

<sup>7</sup> De hecho, el Banco Mundial (1994) calculó que en un país hipotético en vías de desarrollo de 50 millones de habitantes, sólo la deficiencia de micronutrientes (vitamina A, hierro y yodo) le significa, cada año, 20.000 muertes, 11.000 niños con cretinismo, 1,3 millones de persona-año de pérdida de trabajo debido a la disminuida capacidad de trabajo o a una discapacidad, y 360.000 estudiante-año perdidos <sup>11</sup>

sufrir a su hijo con el mal de ojo y la desnutrición sumado a la alta carga de responsabilidad que les asignan (a estas madres) y al esfuerzo en los diferentes itinerarios terapéuticos, no permiten más la culpabilización de las madres por la enfermedad de sus hijos.

El mal de ojo, la desnutrición y el padecimiento de las madres, son construcciones socio – culturales y biológicas, en las que las madres cuidadoras, crean y recrean en la cotidianidad formas de ver, sentir y actuar, las cuales no son visualizadas por los cifras, por los profesionales de la salud, ni por las instituciones que trabajan para prevenirla o controlarla.

Esta forma de vivir, sentir y enfrentar la desnutrición, está permeada no sólo por una alta carga de elementos culturales, sino también por los factores históricos, económicos y sociales, que a pesar de estar contemplados dentro de la multicausalidad de la enfermedad, no se tienen en cuenta en el proceso de prevención, tratamiento y rehabilitación de los niños.

Las madres del estudio, perciben la desnutrición como una consecuencia directa del mal de ojo y no como deficiencia alimentaria, ya que piensan que los alimentos suministrados a los niños los mantienen sanos, para ellas el consumo de agua de panela, arroz y plátano, satisface la necesidad de comida, dejando encubierto el problema económico y el desconocimiento sobre una adecuación alimentaria con productos de la zona, éstos entonces, relegados por el influjo del mal de ojo.

Se está entonces ante la presencia de la enfermedad de mal de ojo y ante la presencia de la enfermedad marasmo o kwashiorkor. En la cultura Turbeña, existe una relación directa entre los síntomas del mal de ojo y los síntomas de la desnutrición, siendo el mal de ojo secador o casero el que presenta una relación

directa con el marasmo, mientras que el kwashiorkor puede deberse al secador o al callejero.

Para la comunidad Turbeña el mal de ojo es una enfermedad y para los profesionales de la salud el marasmo y kwashiorkor son enfermedades, sin embargo el sistema de salud colombiano actual desconoce el mal de ojo y la desnutrición, como enfermedades, por lo tanto no son reconocidas por el Sistema de Seguridad Social como causa de hospitalización. La primera, el mal de ojo se ignora y la desnutrición por ser considera un estado y no una enfermedad, sólo es reconocida como tal, en el momento cuando el niño está a punto de la muerte.

Las prácticas culturales relacionadas con el mal de ojo están relacionadas con asuntos preventivos y curativos. Las prácticas preventivas tienen que ver con rituales en donde la familia “salva” al menor de malas energías y le pone amuletos, sobre todo en las muñecas. Las prácticas curativas están divididas en rezos, baños y ungüentos y tomas. Los rezos implican generalmente un pago en efectivo, al igual que los tratamientos. Las bebidas son para el tratamiento del mal de ojo, que en general es una mezcla de plantas como el yuyo, matarratón, hoja de dormidera, guandú, hoja de guanábana, alcohol, aguardiente, petróleo, ajo, cebolla, entre otras.

Se manifiesta el mal de ojo como una enfermedad de construcción social, en la cual hay una serie de prácticas construidas colectivamente a través de la historia de las comunidades y de la propia historia de vida de las madres de los niños y como un a construcción en la que interviene el contexto cotidiano de las madres, su experiencia de vida y su relación con la colectividad.

Las madres realizan un itinerario terapéutico con sus hijos durante el proceso del mal de ojo. Sin orden claro, inician por la automedicación, consultan donde un

médico tradicional u occidental y al no tener respuesta satisfactoria por parte del niño, cambian de tratamiento a los tres días y en el recorrido entre un terapeuta y otro, los niños pasan un promedio de 25 días con vómito, diarrea, fiebre, inapetencia, adinamia, lo que lo lleva a una pérdida paulatina de peso y a la desnutrición.

Dentro de ese itinerario se evidenció que ni las madres, ni el personal de salud identifican tempranamente la pérdida de peso del niño como un síntoma de alarma al parecer en un contexto donde lo normal es ver a los niños delgados, se vuelve normal que un niño adelgace<sup>27</sup>. El personal del área de la salud sólo reconoce la enfermedad y se diagnostica como desnutrición cuando el niño llega al hospital en su fase aguda, ya sea con edema o caquético.

El sufrimiento del niño por el mal de ojo y su consecuencia, la desnutrición, se manifiesta por el llanto, por el estrés, por la expresión corporal de dolor y por el miedo (miedo a que la madre o el cuidador lo deje sólo, miedo a las intervenciones de otro en su cuerpo). Este sufrimiento, se hace extensivo a la madre y se intensifica con el miedo a la muerte de su hijo, lo que se conjuga con el tejido complejo del padecimiento.

El padecimiento de las madres está permeado por sus historias personales de vida llena de carencias, maltrato, hambre, pobreza y desengaños; por la culpabilización que se les hace de la enfermedad de sus hijos y por el mismo proceso de la enfermedad, en donde se configura la ruta del padecimiento. El padecimiento también se evidencia en los profesionales tratantes de los niños, en nuestras observaciones pude constatar como algunas actitudes de los profesionales de la salud, hacia las madres (como expresiones de desagrado, culpabilización, entre otras) se debía a la angustia que estos sienten cuando están

tratando de evitar la muerte del niño en la primera fase del tratamiento, sin embargo este campo se debe profundizar en otros estudios.

El padecimiento de las madres cuidadoras se inicia desde el mismo momento en que su hijo se enferma, el padecimiento que se genera a partir de la enfermedad de los niños, no sólo es vivido por la madre y su red familiar y social, sino también por el personal de salud que trata a estos niños. Ante el miedo por la muerte y la angustia por el sufrimiento de los niños, el personal de salud lo vivencia culpabilizando a la madre. Y por el contrario a lo que se cree, las madres no son pasivas ante la enfermedad, llevan al niño de un terapeuta a otro, de un sistema médico a otro, les dan medicamentos, los rezan o santiguan, les ponen ungüentos, les dan tomas, les hacen emplastos con hojas, se les ponen contras en las manos y por encima de sus propias creencias, finalmente permiten la hospitalización.

Por otro lado, existe desconocimiento por parte del personal de la salud hacia la medicina tradicional, frente a las creencias de las madres y frente a las prácticas que éstas realizan alrededor de la enfermedad, lo que dificulta la atención de los niños y abre una brecha enorme entre el personal de salud y las madres. Si los profesionales de la salud no cuentan con el conocimiento y la comprensión sobre estas percepciones, es muy difícil propiciar un encuentro entre los sistemas médicos y una interculturalidad en salud.

El lenguaje técnico realizado por el personal de salud, el poco tiempo de la consulta, la objetivación de la desnutrición y algunas prácticas terapéuticas, acrecientan el desencuentro entre ambos modelos. Mientras que el sistema tradicional trabaja sobre los significados simbólicos de la enfermedad, conoce el contexto de las madres, las escucha y tiene mayor acogida entre ellas, el sistema biomédico está centrado en la enfermedad, en los signos y los síntomas.

Esta centralidad exclusiva en la enfermedad del sistema biomédico puede tener relación con dos variables; la primera relacionada con los tiempos tan cortos que se han estipulado en nuestro SGSSS para la atención en consulta externa, en el que los médicos y el personal de salud tienen en promedio 15 minutos para revisar al paciente, diagnosticar, formular, escucharlo y llenar una gran cantidad de formatos que soporten la atención para poder facturarla; y la segunda, relacionado con el hecho de que en nuestro SGSSS la desnutrición no es considerada una enfermedad, sino un estado, favoreciendo la notificación de las enfermedades concomitantes con la desnutrición como la EDA, la IRA y enmascarando las cifras de niños desnutridos. Así, entonces, con 15 minutos de consulta y con la no consideración de la desnutrición como enfermedad, el personal no ve clara la necesidad de profundizar la pérdida de peso de los niños y las concepciones y prácticas culturales relacionadas con la vida, la enfermedad y la alimentación.

La desnutrición altera totalmente el organismo, disminuye la funcionalidad de los órganos y los sentidos, genera inapetencia, infección, adinamia; o sea tiene un cuadro clínico de signos y síntomas, tanto físicos como bioquímicos, que están alterados, genera incapacidad y discapacidad, es un proceso paulatino que no se da de un día para otro, por lo tanto deja de ser un “estado”. Cuando el niño llega a la situación avanzada, marasmo y kwashiorkor el riesgo de muerte es elevado. Por lo tanto, la desnutrición es más que un estado (como si lo es el proceso de gestación), es una enfermedad que pone en peligro la vida de los niños. Esta patología debe ser considerada una enfermedad que requiere un tratamiento específico sea ambulatorio u hospitalario.

En este escenario, en donde la desnutrición no es considerada una enfermedad sino un estado, donde no se articulan los elementos multicausales de la enfermedad al tratamiento, prevención o rehabilitación, las madres de los niños reciben toda una carga de responsabilidad y estigmatización frente a la sociedad y

los sistemas médicos, ellas son culpabilizadas por la enfermedad de sus hijos y por la muerte de éstos.

Pareciera que se deja de lado la responsabilidad del Estado frente a la necesidades básicas no satisfechas de los niños, pues al culpabilizar a la madre por la DAG y decir que es por falta de comida, se olvida que en Turbo no hay un adecuado sistema de acueducto, alcantarillado y disposición de basuras; que el acceso a los servicios de salud es difícil en las áreas rurales por las distancias y las dificultades presentadas por la presencia de los grupos armados al margen de la ley; se olvidan las precarias condiciones económicas generadas por las pocas posibilidades de empleo, o por empleos mal remunerados; se olvida la existencia de los diferentes sistemas médicos y por ende la descontextualización cultural del sistema general de seguridad social Colombiano en el que se privilegian las cifras, los signos, los síntomas y los formatos antes que el enfermo, lo económico por encima del sentido de la salud colectiva, asunto perpetuado por las universidades y los currículos. Todos estos factores configuran la desnutrición como una enfermedad multicausal, por lo cual la responsabilidad no es exclusivamente de las madres.

Y eso que nuestra constitución política considera como derecho fundamental, los derechos de los niños, el derecho a la salud, a la educación y a una vida digna, lo cual está lejos de ser una realidad.

Las cifras no mienten, mientras escribo este informe, mueren cinco niños en Colombia cada día<sup>13</sup> a causa del hambre y lo contradictorio es que existen alimentos para que a ninguno le faltara su requerimiento diario de calorías y nutrientes<sup>11</sup>, y aunque las preguntas sobran, me atrevo a lanzar una ¿qué es lo que no se ha hecho?

Parados en esta realidad existe todo por hacer; a mi modo de ver, se deben revisar las políticas públicas para la niñez y las políticas de intervención de la desnutrición infantil; se deben contextualizar a las realidades socio culturales de cada localidad y para esto, se debe contar con un personal altamente entrenado en interculturalidad en salud, reto grande para el diseño de currículos en las áreas de la salud, sin desconocer que existen avances.

Es urgente un análisis verdadero del enfoque preventivo y educativo de los programas de promoción y prevención y específicamente de los programas de control de crecimiento y desarrollo y control prenatal.

Se debe trabajar en la construcción de un sistema de salud que reconozca la multiculturalidad y la interculturalidad, en donde las prácticas de la medicina tradicional, sean analizadas a profundidad en términos de su eficiencia y eficacia, sean reconocidas y valoradas por el personal de salud del sistema biomédico.

Urge también una reflexión frente al diseño de los programas de intervención y la real participación de los actores sociales en su diseño y en las propuestas de seguimiento, evaluación y control, de tal manera que los colectivos se puedan empoderar de estos programas y asegurar su sostenibilidad y sustentabilidad dentro del contexto socio cultural en el que la enfermedad se desarrolla.

Y como asunto prioritario, la desnutrición debe ser pensada como enfermedad y no como estado, esto permitiría mayores y mejores recursos para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, e implicaría una mejor información para la acción.

Por último, conocer las percepciones de las madres permite una forma de acercamiento a los conocimientos, saberes, significaciones, así como concebir e interpretar la desnutrición en forma diferente. El estudio de las percepciones en el

campo de la desnutrición facilita el acceso a las formas de pensamiento y de acción que las madres llevan a cabo, lo cual es importante para los trabajadores de la salud. Principalmente porque estos conocimientos, sean compatibles o no con el conocimiento médico, tienen implicaciones significativas puesto que abren el espacio a la interculturalidad en salud y a la complementariedad entre los diferentes sistemas médicos, para defender la vida de los niños o para recuperar su salud.

Si los profesionales del sistema biomédico comprenden, respetan y toman en cuenta las percepciones de las madres habrá mejor relación con estas, lo cual redundará en el cuidado de la vida de los niños y en una mejor atención y manejo de la enfermedad, con el consecuente ahorro de costos tanto para el sector salud, como para las familias.

El reto es grande: entre todos ponerle fin al sufrimiento de cientos de miles de niños y niñas que padecen desnutrición en medio de la abundancia y el de sus madres, quienes soportan en silencio el peso del abandono, la miseria y la culpabilización por la enfermedad de sus hijos; el reto es por la defensa a la vida, pero no una vida cualquiera.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

---

<sup>1</sup>Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. El espectro de la malnutrición. [Internet] Roma: Dirección de Alimentación y Nutrición; 2000 [Acceso 24 de noviembre de 2004]. Disponible en: <http://www.fao.org/worldfoodsummit/spanish/fsheets/malnutrition.pdf>. Acceso el 24 de noviembre de 2004.

<sup>2</sup>FAO. El estado de inseguridad alimentaria en el mundo. 2003. [Internet] Roma: Dirección de Alimentación y Nutrición; 2003 [Acceso 15 de Noviembre de 2004]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/006/j0083s/j0083s00.htm>

<sup>3</sup>Organización de las Naciones Unidas para la Infancia. El estado mundial de la Infancia. [Internet] Roma: UNICEF; 2004 [Acceso 17 de noviembre de 2004]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc02/>

<sup>4</sup>De Onis M, Frongillo EA, Blössner M. ¿Está disminuyendo la malnutrición?: Análisis de la evolución del nivel de malnutrición infantil desde 1980. Bull world health organ 2000; 78(10):1222-1233.

<sup>5</sup>Grantham-McGregor SM, Fernald LC, Sethuraman K. Effects of health and nutrition on cognitive and behavioral development of children in the first three years of life. Part 2: Infections and micronutrient deficiencies iodine, iron and zinc. Food Nutr Bull 1999; 20(1): 79-99

<sup>6</sup>Pelletier DL, Frongillo EA, Schroeder DG, Habicht JP. The effects of malnutrition on child mortality in developing countries. Bull World Health Organ 1995; 73(4):443-448

<sup>7</sup>Pelletier D, Frongillo E, Habicht J. Epidemiological evidence for a potentiating effect of malnutrition on child mortality. Am J Public Health 1993; 83(8):1130-1133

<sup>8</sup>Pollit E. Early supplementary feeding and cognition, Monographs of the society for research. child Dev 1993; 5(7):1-99

<sup>9</sup>.UNICEF. Estado mundial de la infancia 2002. Nueva York, USA. p. 87

<sup>10</sup>El colombiano. En Colombia cada dos días muere un desnutrido. Medellín, Colombia - Agosto 30 de 2004. p. 2A

---

<sup>11</sup>Sarmiento L. El hambre acosa a Colombia. [Periodico en línea] Bogota: El País; 2002. [Acceso 14 de noviembre de 2004]. Disponible en: <http://elpais-cali.terra.com.co/historico/oct172002/NAL/A417N2.html>.

<sup>12</sup>Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Cálculos del Departamento Nacional de Planeación DNP-UDS-DIOGS, con base en datos del Departamento Nacional de Estadísticas – DANE. Bogota: DANE; 2000.(26):57

<sup>13</sup>Sarmiento L. El desplome Colombiano. Revista Ensayo y Error 1999;(5):95

<sup>14</sup>Departamento Nacional de Planeación DNP. Plan Nacional de Alimentación y Nutrición Colombia, 1996 – 2005. Bogota: DNP; 1996.

<sup>15</sup>Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000.[Internet]. Bogotá: Profamilia; 2000. [Acceso 24 de noviembre de 2004. Disponible en: [http://www.profamilia.org.co/004\\_servicios/medios/200506220811270.ends\\_2000.pdf?categoria\\_id=2&PHPSESSID=13a2ba210567f96ad0eb06d69f31830c&PHPSESSID=13a2ba210567f96ad0eb06d69f31830c](http://www.profamilia.org.co/004_servicios/medios/200506220811270.ends_2000.pdf?categoria_id=2&PHPSESSID=13a2ba210567f96ad0eb06d69f31830c&PHPSESSID=13a2ba210567f96ad0eb06d69f31830c)

<sup>16</sup>Restrepo M, Uribe G. Clasificación antropométrica a una muestra de 12.048 menores en edad escolar de 216 instituciones donde funciona el programa de restaurantes escolares de la secretaria de solidaridad del municipio de Medellín y comparación con la primera clasificación. [Informe de proyecto de investigación] Medellín: Universidad de Antioquia. Escuela de Nutrición y Dietética; 2002.p.20-35

<sup>17</sup>Hurtado N. Un problema mayor. Observatorio para la equidad y la integración social en Medellín y Antioquia 2002;(7): 22-28

<sup>18</sup>Berrio N, Granados N. Diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional del municipio de Turbo y de la ESE Hospital Francisco Valderrama [Trabajo de grado] Medellín: Universidad de Antioquia. Escuela de Nutrición y Dietética; 2002. p. 27 – 50.

<sup>19</sup>Botero J. Informe de la unidad vida infantil del Hospital Francisco Valderrama del Municipio de Turbo a la DLS y MANA. [informe de gestión] Turbo, Antioquia: Hospital Francisco Valderrama de Turbo; 2004. p. 7-9.

<sup>20</sup>López S. Percepção das mães sobre a perda de peso e desnutrição dos filios. Nursing 2003; 6(57):30-34.

<sup>21</sup>Rotenberg S. Practicas alimentares e o cuidado da saude da crinca de baixo-peso. Rio de Janeiro:[S.n.]; 1999. p.137.

<sup>22</sup>Carvalho S. Percepción de la madre de niños desnutridos en relación a la desnutrición de sus hijos. [Trabajo de grado] Belo Horizonte: Universidad Federal de Minas Garay;1997.p.1–36

- 
- <sup>23</sup>Díaz P. Percepción materna del estado nutricional de sus hijos obesos. Rev. chil. pediatr 2000; 71(4):34 -48
- <sup>24</sup>Restrepo S. La alimentación y la nutrición Escolar. Una mirada a la vida cotidiana. Escuela Tomas Carrasquilla. [Trabajo de grado.] Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería; 2003. p.109-111.
- <sup>25</sup>Urrea F. La salud en la perspectiva de la comunicación intercultural. Revista Universidad del Valle 1992;(3):22 – 30
- <sup>26</sup>Welch A. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Harcut Brace ;1999. p. 97-103.
- <sup>27</sup>Lavoisier AL. Protagonistas de la historia. [Internet]. Lugar de publicación: Dolmen SL; 2002. [Acceso 28 de marzo de 2005. Disponible en: <http://www.artehistoria.com/frames.htm?http://www.artehistoria.com/historia/personajes/6323.htm>.
- <sup>28</sup>Burgues R, Bengoa J, Odonell M. Historias de la Nutrición en América Latina. [Internet].Mexico: Fundación Cavendes. [Acceso 26 de marzo de 2005].Disponible en: [http://www.slan.org.mx/docs\\_interes.asp](http://www.slan.org.mx/docs_interes.asp).
- <sup>29</sup>Gálvez A. Cultura, medio ambiente y desarrollo. Medellín: Biblioteca Pública Piloto; 2005. p. 6.
- <sup>30</sup>Fischeeler C. L'homnivore. Paris: éditions Odile Jacob. 1993 En: Rotenberg S. Prácticas alimentarias y el cuidado de la salud de los niños con bajo peso. [Tesis de grado]. Río de Janeiro: Fundación Oswaldo Cruz; 1999. pp.1 – 207
- <sup>31</sup>Martinic S. Saber popular. En: Mariño G. Del mesianismo y populismo al diálogo de saberes. Bogota: Dimensión educativa; 1990. pp. 61-63
- <sup>32</sup>Birman J. Salud Colectiva, prácticas alimentarias y bienestar Social. Phycis:Revista de salud colectiva 1997; 7(2):7-8
- <sup>33</sup>Favela Project. Protein-energy malnutrition prevalence in children under 6 years. [Internet].Brasil: Universidade Federal de Sao Paulo ; 1995. [Acceso 27 de octubre de 2005. Disponible en : <http://www.unifesp.br/dis/projetos/favela/resindex.htm>.
- <sup>34</sup>Cardona O. Atención nutricional en la desnutrición pediátrica. En: Temas sobre Alimentación del niño. 3ed. Medellín: Universidad de Antioquia; 2001. p. 197 – 203.
- <sup>35</sup>Mahan L, Escott S. Nutrición y dietoterapia de Krause. 10ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 1998. p. 69.

- 
- <sup>36</sup>Bernal P, Alcaraz GM Aplicación de la guía de la organización mundial de la salud para el tratamiento de los niños con desnutrición grave. Invest. Educ. enferm 2004; 22(1):22.
- <sup>37</sup>Martorell R, Rivera J, Kplowitz H. Consequences of stunting in early childhood for adult body height in rural Guatemala. *Annales Nestlé* 2000; 48: 85-92
- <sup>38</sup>Hodgson M. Evaluación del estado nutricional. [Internet] Disponible en URL: <http://escuela.med.puc.cl/publicaciones/ManualPed/EvalEstadNutric.html> Acceso el 8 de junio de 2005.
- <sup>39</sup>World Health Organization. Report of the WHO expert committee on Physical estatus: the use and interpretation of anthropometry. Genova: WHO, 1995.
- <sup>40</sup>Castiel L.D. Buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano. Campina/Aso Paulo: Papirus. 1994. En: Rotenberg S. Prácticas alimentarias y el cuidado de la salud de los niños con bajo peso. [Tesis de grado]. Río de Janeiro: Fundación Oswaldo Cruz; 1999.pp. 1 – 207.
- <sup>41</sup>Zaborowski EL. Da desnutricao em crias ás desnutridas: dinâmica permanente do provisório. Dissertacao. Fiocruz. Rio de Janeiro. 1990. En: Rotenberg S. Practicas alimentarias y el cuidado de la salud de los niños con bajo peso. [Tesis de grado]. Río de Janeiro: Fundación Oswaldo Cruz; 1999. pp.1 - 207
- <sup>42</sup>Maya M. Percepción de personas. Morales: McGraw-Hill; 1996. p.71-83.
- <sup>43</sup>Colin S. Sensación y percepción. 5ed. México: Mac Graw Hill; 2000. p.1 – 89
- <sup>44</sup>Ferreter M. Diccionario de filosofía de bolsillo. Madrid: Alianza editora; 1997.p. 1 – 98
- <sup>45</sup>Abarca F. Vocabulario filosófico científico. [internet] Disponible en URL: <http://www.ucsm.edu.pe/rabarcaf/vofici07.htm>. Acceso el 22 de noviembre 2004.
- <sup>46</sup>De luna A, De Luna J. Antropología cultural. Diccionario RioDuero. España: RioDuero; 1986. p. 760
- <sup>47</sup>Torres López T. Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales. *Revista Universidad de Guadalajara*. [Revista en línea] 2002 [Acceso 19 nov 2005]; (23); Disponible en: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug23/art4dossier23.html>
- <sup>48</sup>Menéndez E. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?. *Alteridades* 1994;4(7): 71-83
- <sup>49</sup>Millan T. Para comprender el concepto de cultura. *UNAP educación y desarrollo* 2000;1(1):48-60

- 
- <sup>50</sup>Geertz C. Interpretación de las culturas. Barcelona; Gedisa. 1992.
- <sup>51</sup> Pedersen D. La construcción de la cultura de la salud y la enfermedad en la América Latina: Reflexiones del sujeto social. Bogotá. ICAN; 1993. p.43-152
- <sup>52</sup>Kleinman A. Concepts and model for the comparison of medical systems as cultural systems. Soc Sci Med 1978; 12 (2B). p. 121-133.
- <sup>53</sup>Alvez P. La experiencia de la enfermedad: Consideraciones teóricas. Cuadernos de salud Pública 1993; 9(3):1 -24
- <sup>54</sup>Conrad P. The experience of illness: recent and new directions. Res Sociol Health Care 1996; 6(1):1-31
- <sup>55</sup>Hernández I. El cuidado de la salud en el ámbito domestico: interacción social y vida cotidiana. Rev. salud pública 2001;35(5):443-449
- <sup>56</sup>Torralba I. Antropología del cuidar. España: Fundación MAPFRE; 1998.
- <sup>57</sup>Morse J, Swanson J, Kuzel A. The Nature of Qualitative Evidence. California: Sage Publication Inc; 2001. p. 83-
- <sup>58</sup>Gotees J, Le Compte M. Etnografía y diseño cualitativo: investigación educativa. Madrid: Ediciones Morata; 1988. p. 28.
- <sup>59</sup>Hammersley M, Atkinson P. Etnografía. Métodos de Investigación. Barcelona: Paidós; 1994. pp. 15, 81.
- <sup>60</sup>Boyle J. Estilos de etnografía. En: Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. pp. 185–217.
- <sup>61</sup>Murcia P, Jaramillo E. La complementariedad etnográfica, Investigación cualitativa. Una Guía para abordar estudios sociales. Armenia: Editoriales Kines; 2000. p. 71.
- <sup>62</sup>Morse JM. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 1994.p. 187
- <sup>63</sup>Nigenda G, Lager A. Métodos cualitativos para la investigación en salud pública: Perspectivas en salud pública. México:1995.
- <sup>64</sup>Valles M. Técnicas cualitativas de Investigación Social: Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis; 1997.
- <sup>65</sup>Bertaux D. El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. Costa Rica: FLACSO; 1988. p.57-80

- 
- <sup>66</sup>Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1992.
- <sup>67</sup>Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada. Medellín: Universidad de Antioquia; 1983. p.134-197.
- <sup>68</sup>Hammersley M, Atkinson P. Etnografía. Métodos de Investigación. Barcelona: Paidós; 2001. p. 223.
- <sup>69</sup>Kant I. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. México: Porrúa; 1996. p. 47.
- <sup>70</sup>. Rey E. El consentimiento informado. Revista Patient Care. 2002; 4(21): 3-6
- <sup>71</sup>Colombia. Ministerio Salud. Resolución 008430, por el cual se expide las Normas Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993
- <sup>72</sup>Lipson J. Asuntos éticos en la etnografía. En: Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p.75
- <sup>73</sup>López M. Ciudadanía y sujetos de investigación. En: Persona y bioética. Santa fe de Bogotá: Universidad de la Sabana; 2003.p.109-174,
- <sup>74</sup>Tausing M. Un Gigante en convulsiones. España: Gedisa; 1992.
- <sup>75</sup>Bittencourt A, Do Carmo L, Jourdan G, et al. Crescimento, Diarreia e Aleitamento Materno: o caso da Vila do João. Cad. Saúde Públ 1993;9(1):07-13
- <sup>76</sup>Ávila CA. Hambre, desnutrición y sociedad. La investigación epidemiológica de la desnutrición en México. México: Universidad de Guadalajara; 1990. p. 26-29
- <sup>77</sup>Gutiérrez V. Medicina tradicional: Magia y religión y curanderismo. Bogota: Universidad Nacional de Colombia; 1984.p.266-271
- <sup>78</sup>Zapata Serna B Folklore. [Internet]. Sullana: Radio la Capullana [Acceso 25 de julio de 2005]. Disponible en : [http://lacapullana.tripod.com.pe/sullana\\_folklore.htm](http://lacapullana.tripod.com.pe/sullana_folklore.htm).
- <sup>79</sup>Estrada R, Ponce P, López R. La importancia de las enfermedades inextricables mágico-religiosas de los diferentes grupos étnicos de México y su relación con la práctica médica. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. [Internet]. México: Universidad Autónoma de Puebla [Acceso 20 de julio de 2005]. Disponible en: [http://www.naya.org.ar/congreso2004/ponencias/rosa\\_maria\\_estrada\\_dominguez.doc](http://www.naya.org.ar/congreso2004/ponencias/rosa_maria_estrada_dominguez.doc).

- 
- <sup>80</sup>Montes G. Medicina popular en Colombia: Vegetales y otras sustancias usadas como remedios. Bogotá: Publicaciones del Instituto Caro y Cuervo; 1981.p.89-93
- <sup>81</sup>Distribution and history of the evil eye belief.[Internet]. New York: Texas Folklore Society Number XXIV; 1999. [Acceso 20 de agosto de 2005]. Disponible en: <http://www.luckymojo.com/evileye.html#distribution>
- <sup>82</sup>López H. La Medicina tradicional y cobertura de cuidados de salud. Medellín: OMS; 1983. p.15 - 24
- <sup>83</sup>Lis Quiben R. Medicina popular Gallega. Citado por: Montes J. Medicina Popular en Colombia: Vegetales y otras sustancias usadas como remedios. Bogotá: Publicaciones del Instituto Caro y Cuervo; 1981. p. 89-93
- <sup>84</sup>Risco V. Apuntes sobre el mal de ojo en Galicia. Citado por: Montes J. Medicina popular en Colombia. Vegetales y otras sustancias usadas como remedios. Bogotá: Publicaciones del Instituto Caro y Cuervo; 1981.p. 89-93
- <sup>85</sup>Bustamante A. El mal de ojo. [Internet]. Disponible en URL: <http://www.editorialbitacora.com/bitacora/ojos02/ojos02.htm>. Acceso el 21 agosto 2005.
- <sup>86</sup>López C. Sobre el mal de ojo y sus remedios. Arch. soc. esp. oftalmol 2000; 1(5):12 – 24
- <sup>87</sup>Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud tradicionales en América Latina y el Caribe: Información de Base. [Informe Técnico del Proyecto]. Washington: Instituto nacional de salud pública (INSP); 1999. p. 1– 97
- <sup>88</sup>Alcaraz GM, Arias M, Gálvez A. Situación de salud materno-infantil en asentamientos Embera Dabeiba – Antioquia. [Informe de Investigación]. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería; 1988. Tomo 2, p.399.
- <sup>89</sup>Arias Valencia. MM, de la Cuesta C. El Equilibrio Inestable: El caso de los Chamibida de Cristianía en Antioquia, Colombia. Index Enferm 2004, 3(46):1132-1296.
- <sup>90</sup>Valencia H. Derecho privado romano. 3ed. Medellín: Señal; 1988. p. 7 -8
- <sup>91</sup>Arias Valencia MM. Reproducción y cultura: pervivencia y perspectiva de futuro de las etnias de Antioquia- Colombia. [Tesis Doctoral] Río de Janeiro: Ministerio Da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saude Pública; 2002.p. 224-257
- <sup>92</sup>Ibáñez T. Psicología social construccionista. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1994. p.153-216

- 
- <sup>93</sup>Cassell E. Recognizing Suffering. Citado por: Rodríguez Y. El sentido del sufrimiento. Experiencia de los enfermos con cancer. Revista de estudios Medico humanísticos 1995; 3(3):25
- <sup>94</sup>Einsberg L. Disease and illness. Distinctions between professional and popular ideas of sickness. Cult. med. psychiatry 1977;1(1):9-23.
- <sup>95</sup>Leinman A. Patients and healers in the context of culture. California: Berkeley; 1980. p. 24 - 71
- <sup>96</sup>Helman C. Culture, health and illness. Londres: Wrigth; 1990. p.86-94.
- <sup>97</sup>Mercado F. Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2002. p.1-354.
- <sup>98</sup>Freidson E. Profession of Medicine. 2ed. Chicago: The University of Chicago Press; 1988.
- <sup>99</sup>Kalinsky B, Arrue W, Rossi D. La salud y los caminos de la participación social marcas institucionales e históricas. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1993.
- <sup>100</sup>Corbin J, Strauss A. A nursing model for chronic illness management based upon the trajectory framework. In The Chronic Illness Trajectory Framework. New York: Woog P; 1992. p.9-28.
- <sup>101</sup>Menéndez E. El modelo médico hegemónico. transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. Arxiu d'Etnografía de Catalunya 1984;3(1):83-119.
- <sup>102</sup>Kleinman A. Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine. Berkeley: University of California Press; 1995.p. 42-67
- <sup>103</sup>Herzlich C, Pierret J. De ayer a hoy: construcción social del enfermo. Cuad. méd. soc 1988;1(43):21-30.
- <sup>104</sup>Alarcón AM, Vidal A, Neira RJ. Salud Intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Méd Chile 2003;131: 1061-1065.
- <sup>105</sup>Haro J. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En: Perdiguero E, Comelles J. Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Bellaterra; 2000. 101-161
- <sup>106</sup>Lerin S. Interculturalidad y salud: recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social [Internet]. México: Centro de

---

Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. [Acceso 20 de noviembre de 2005]. Disponible en: [www.ciesas.edu.mx/lerin/doc-pdf/Lerin-12.pdf](http://www.ciesas.edu.mx/lerin/doc-pdf/Lerin-12.pdf)

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.