

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA

**USO DE LA DESVIACIÓN POSITIVA EN DOS COMUNIDADES
DE SAN MIGUEL TUCURÚ, ALTA VERAPAZ**

Sandra Margarita Sandoval Cifuentes

Nutricionista

Guatemala, Marzo de 2006.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA

**USO DE LA DESVIACIÓN POSITIVA EN DOS COMUNIDADES
DE SAN MIGUEL TUCURÚ, ALTA VERAPAZ**

Informe Final de Tesis

Presentado por

Sandra Margarita Sandoval Cifuentes

Para optar al título de
Nutricionista

Guatemala, Marzo de 2006.

JUNTA DIRECTIVA

M.Sc. Gerardo Leonel Arroyo Catalán	DECANO
Licda. Jannette Sandoval Madrid de Cardona	SECRETARIA
Licda. Gloria Elizabeth Navas Escobedo	VOCAL I
Licda. Liliana Vides de Urizar	VOCAL II
Licda. Beatriz Eugenia Batres de Jiménez	VOCAL III
Br. Juan Francisco Carrascoza Mayén	VOCAL IV
Br. Susana Elizabeth Aguilar Castro	VOCAL V

Le dedico este acto a mi madre pues ella ha llenado mi vida de amor,
apoyo, confianza, alegría y esperanza.

AGRADECIMIENTOS

Definitivamente en primer lugar le agradezco a Dios por todas las bendiciones, luego a mi papá y a mi mamá, a mi hermano, abuelos y al resto de familiares. A mis amigas: Astrid, Giovanna, Karen y Mónica, así como a todas mis compañeras de promoción. A mis comis: Lily, Carol, Brenda y Denise. A todas las catedráticas de la Escuela de Nutrición por su cariño y amistad, especialmente a las Licenciadas Ninfa, Elsitá, Silvia, María Antonieta, Julieta, Miriam, María Isabel y Geraldina. Al personal del Programa Materno Infantil de Caritas Arquidiocesana por su apoyo constante durante la ejecución de esta investigación.

Por el apoyo incondicional en todo lo que me propongo, los consejos que me han ayudado a tomar las mejores decisiones y por alegrarme la vida como nadie lo podría hacer, te agradezco infinitamente, Rafa.

INDICE

I.	RESUMEN	1
II.	INTRODUCCIÓN	3
III.	ANTECEDENTES	
	A. Información General	4
	B. Salud, Cuidado y Alimentación Infantil en Guatemala	5
	C. Programas de Alimentación y Nutrición	11
IV.	JUSTIFICACIÓN	23
V.	OBJETIVOS	24
VI.	MATERIALES Y METODOS	
	A. Población	
	B. Muestra	
	C. Materiales	
	D. Metodología	25
VII.	RESULTADOS	
	A. Identificación de los Desviantes Positivos	28
	Determinación de Prácticas de Alimentación, Cuidado y Búsqueda de	
	B. Servicios de Salud Determinación de Prácticas de Alimentación, Cuidado y	29
	Búsqueda de Servicios de Salud	
	C. Categorización de las Prácticas	34
VIII.	DISCUSIÓN	37
IX.	CONCLUSIONES	42
X.	RECOMENDACIONES	44
XI.	BIBLIOGRAFÍA	45
XII.	ANEXOS	
	Anexo No. 1	47
	Guía de Observación para Estudios de Desviación Positiva	
	Anexo No. 2	51
	Guía de Entrevista Estructurada para Estudios de Desviación Positiva	
	Anexo No. 3	56
	Criterios Generales para la Selección de los Participantes	
	Anexo No. 4	57
	Boleta para la Identificación de los niños Desviantes Positivos ó	
	No Desviantes Positivos	
	Anexo No. 5	58
	Matriz General para Identificar Prácticas Adecuadas y no Adecuadas	
	Anexo No. 6	60
	Matriz para Clasificación de Prácticas Adecuadas en Accesibles	
	Únicas y Replicables	

I. RESUMEN

La desviación positiva es un enfoque innovador basado en la premisa de que las soluciones a los problemas de las comunidades se encuentran precisamente en las comunidades y sólo necesitan ser descubiertos. Es un enfoque basado en las fortalezas, cualidades o ventajas y en la convicción de que en cada comunidad viven ciertos individuos cuyas prácticas y conductas poco comunes ó especiales les permite encontrar mejores alternativas para prevenir la desnutrición en comparación con sus vecinos quienes comparten los mismos recursos y se enfrentan a los mismos riesgos.

Se hizo un estudio cualitativo siguiendo la metodología de desviación positiva con el objetivo de identificar las prácticas de alimentación, cuidado y búsqueda de servicios de salud, que favorezcan un adecuado estado nutricional de los niños menores de cinco años de las comunidades de Chelemá y Chelemá II, del municipio de San Miguel Tucurú, Alta Verapaz.

Para la identificación de los sujetos de estudio se utilizaron los siguientes criterios: a) que el niño fuera de una familia pobre de acuerdo a los parámetros comunitarios, b) que presentara un estado nutricional normal para los indicadores antropométricos peso/edad, talla/edad y peso/talla, c) que perteneciera a la etnia predominante en la comunidad, d) que su padre tuviera la misma ocupación que la mayoría de hombres en la comunidad, e) que no fuera hijo único, f) que no tuviera un hermano menor con desnutrición grave y g) que su familia no fuera beneficiaria de algún programa de ayuda alimentaria. De 42 niños evaluados en ambas comunidades se seleccionaron 10, cinco como desviantes positivos y cinco como no desviantes positivos.

Se hicieron visitas domiciliarias a los hogares de los seleccionados en donde se llenó una guía de observación y una de entrevista, de las cuales se obtuvieron las prácticas de alimentación, cuidado infantil y búsqueda de servicios de salud que se pretendían estudiar.

Para el análisis de las prácticas se tomó en cuenta la cantidad de familias que la efectuaban y que fueran realizadas en su mayoría por las madres desviantes positivas, además se consideraron como prácticas positivas aquéllas que fueran accesibles a todos los miembros de las comunidades, únicas, pues no deben ser realizadas por la mayoría en las comunidades y replicables, o sea que cualquier madre las pueda llevar a cabo.

Se encontraron cuatro prácticas que fueron categorizadas como positivas, estas son: continuar la lactancia materna cuando los niños tienen diarrea, brindar suero de rehidratación oral y continuar con la alimentación cuando los niños tienen diarrea, el uso de plantas medicinales, y la búsqueda de atención o servicios cuando los niños se enferman. Así como también se encontraron ciertas

prácticas que no favorecen el estado nutricional de los niños, y son el inicio de la alimentación complementaria y generalmente con un solo alimento ó con una mezcla de alimentos de bajo valor nutritivo, el que algunas madres no hagan nada cuando sus hijos no tienen apetito, y la adquisición de medicinas que no son prescritas por algún profesional de la salud.

Se recomienda llevar a cabo un proyecto en estas comunidades en el que se realicen talleres hogareños y en estos se promuevan las prácticas adecuadas encontradas en este estudio.

II. INTRODUCCIÓN

La Desnutrición Proteico-Energética (DPE) es el resultado de una compleja serie de factores sociales, psicológicos, físicos y de conductas interrelacionadas a nivel de comunidades, del hogar o individual. En regiones con altos niveles de desnutrición y pobreza la mayoría de investigaciones se han centrado en identificar los factores que promueven un crecimiento adecuado.

El enfoque de la desviación positiva en cuanto a la desnutrición infantil involucra el estudio de niños que crecen adecuadamente a pesar de la adversidad del medio, al identificar conductas inusuales, entre las familias de dichos niños, a quienes se les llama desviantes positivos; así como el diseño de intervenciones para transferir dichas conductas a las madres de los niños desnutridos, comúnmente conocido como el programa de Talleres Hogareños.

El estudio que se presenta a continuación se realizó utilizando la metodología de desviación positiva en las comunidades Chelemá y Chelemá II del municipio de San Miguel Tucurú, Alta Verapaz, complementaria al Proyecto Conservación y Manejo Comunitario de los Recursos Naturales en Chelemhá, Alta Verapaz, con la cual se pretendía identificar las prácticas y/o conductas alimentarias de las familias de los niños menores de cinco años que presentaron un estado nutricional normal, para disminuir la inseguridad alimentaria y nutricional de las comunidades en estudio al promover en todos los hogares de las comunidades la utilización de dichas prácticas. El estudio es de tipo cualitativo, en el cual se utilizó la observación directa y la entrevista como técnicas de recolección de datos. Se visitaron diez hogares, cinco de desviantes positivos y cinco de no desviantes positivos de las dos comunidades. Con la información obtenida se realizó una matriz general de datos que presentó las prácticas que fueron accesibles a todos los hogares, que estuvieran fuera del comportamiento convencional, que se refiere a lo que realiza la mayoría, y replicables en la comunidad. Finalmente, se presentaron las prácticas positivas en un taller comunitario en el que se encontraban los miembros del Consejo Comunitario de Desarrollo (COCODES).

III. ANTECEDENTES

A. Información General:

1. Generalidades del municipio de San Miguel Tucurú:

El municipio de San Miguel Tucurú fue fundado en 1,558 y, según sus habitantes, su nombre se debe a la presencia del búho, que en idioma Pocomchí se denomina Tukur. Los primeros habitantes pertenecían a la etnia Pocomchí, a finales del siglo XIX y principios del siglo XX surgieron empresas agrícolas dedicadas al cultivo del café, esto produjo migraciones de población proveniente principalmente de San Juan Chamelco y de la etnia Q'eqchí, la cual es ahora mayoritaria. Actualmente cuenta con una población total de 29,190 habitantes de los cuales el 51.7% son hombres y el 48.3% mujeres. La mayoría de las comunidades están integradas por población de origen Mayense, principalmente de la etnia Q'eqchi' en un 75%, la etnia Pocomchí que es el 20% y la minoría que es el grupo ladino 5%. Se estima que el 95% de los habitantes del municipio pertenecen a ambas etnias. El 84.84% de la población habita en el área rural (17).

Entre sus cultivos predominantes están el café, maíz, frijol, cardamomo, cítricos, banano, chile y maguey, el uso predominante de la tierra es para bosque secundario y luego para el cultivo de café (17).

El 98% de la población presenta que las necesidades básicas son insatisfechas, de éstas 44% no cuenta con agua, el 33% con sanitario y el 89% con vivienda. En cuanto a indicadores de salud, por cada mil habitantes, el municipio presenta una tasa de natalidad de 42.23 superior a la tasa de natalidad del país que es de 34, una tasa de mortalidad de 5.17 superior a 4.8 que presenta el país, y 30.81 de mortalidad infantil por cada mil nacimientos vivos inferior a la tasa que presenta la república que es de 40. Para el 2001, tiene 49.4% (total 903) de prevalencia de retardo en talla para la edad, mientras que en 1986 se registró un 44.1% (total 45), mayor al 44% de desnutrición crónica que presenta la república en general, por lo que se considera de alta vulnerabilidad, que se refiere a la propensión o susceptibilidad que tienen los niños de entrar en una crisis. Las principales causas de mortalidad identificadas en el municipio están relacionadas con infecciones respiratorias y diarreicas, véase el cuadro No. 1 (8, 17).

Las neumonías y bronconeumonías comúnmente identificadas como Infecciones Respiratorias Agudas IRA's representan la primera causa de mortalidad en el municipio de San Miguel Tucurú, seguidas por desnutrición y diarreas, a nivel nacional la desnutrición representa la primera causa de mortalidad, seguida por neumonía y diarreas (17).

Tabla No. 1
Primeras Causas de Mortalidad General del Municipio de San Miguel Tucurú

Causas	AÑO 2001	
	Frecuencia	%
Neumonías y Bronconeumonías	45	29.6
Desnutrición	28	18.4
Diarreas	17	11.2
Cáncer	8	5.3
Muerte súbita	4	2.6
Cirrosis nutricional	4	2.6
Traumatismos	3	2
Complicaciones del parto	3	2
Asma bronquial	2	1.3
Restos de causas	34	22.4
TOTAL	152	100

Fuente: SEGEPLAN. 2003. Estrategia para la Reducción de la Pobreza, Municipio de San Miguel Tucurú Departamento de Alta Verapaz (17).

B. Salud, Cuidado y Alimentación Infantil en Guatemala:

La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2002 reporta que el 22.2% de los niños y niñas presentaron diarrea dos semanas previas a la encuesta, siendo el grupo de edad comprendido entre los 6 y 35 meses donde se encontró el porcentaje mayor; mientras que el menor porcentaje se reportó en el área urbana, la región metropolitana y las madres con nivel secundario ó más. De estos niños, menos de la mitad fueron llevados a un servicio de salud y un tercio recibieron sales de rehidratación oral. Las madres con educación secundaria o más fueron las que proporcionaron con mayor frecuencia las sales de rehidratación oral o soluciones caseras y aumentaron la cantidad de líquidos durante los episodios de diarrea (11).

En relación a la desnutrición el porcentaje total de niños y niñas de 3 a 59 meses de edad con desnutrición crónica es de 49.3%, de ellos el 21.2% presentó desnutrición severa. Según el área de residencia, los niño/as que residen en el área rural son los más afectados, porque seis de cada diez presentan desnutrición crónica. La distribución porcentual de la desnutrición crónica por regiones muestra que, las regiones de nor occidente, sur occidente y norte son las que tienen el más alto porcentaje, mientras que la metropolitana y nor oriente tienen menor proporción de desnutrición crónica. La desnutrición crónica muestra diferencias con relación al grupo étnico y el nivel de

educación de las madres. Se observa en los niños indígenas que siete de cada diez están con desnutrición crónica. Los niños cuyas madres carecen de algún grado de educación también son siete de cada diez con problemas crónicos de desnutrición, pero cuando la madre posee educación secundaria o más, no llega ni a 2 de cada diez niños los desnutridos crónicos. En cuanto a la desnutrición aguda total, las regiones con mayor porcentaje de niñez desnutrida agudamente son nor oriente con 3.6 por ciento, Petén 2.1 por ciento, central 1.8% y sur occidente con 1.7 por ciento. Según el orden de nacimiento, a mayor número de orden que le corresponda, mayor es el porcentaje de niñez con desnutrición crónica total y desnutrición aguda total. En la desnutrición aguda total, se observa que el porcentaje de desnutridos es mayor en menores de dos años (11).

Las infecciones respiratorias agudas junto a la diarrea y a la desnutrición constituyen las primeras causas de morbilidad y mortalidad infantil en los países del tercer mundo. En Guatemala en 1995 uno de cada cinco niños tuvo IRA y 28% presentó fiebre. La IRA y la fiebre se presentan más en los niños de 6 a 24 meses. El departamento de Alta Verapaz tiene la proporción más alta de niños con infección respiratoria aguda (25%) y con fiebre (48%) (10).

Con respecto a la lactancia materna se encontró que para los niños y niñas menores de 59 meses de edad, el 35.4% continuaba siendo amamantados, para las niñas y niños menores de seis meses de edad el 50.6% estaba recibiendo lactancia materna exclusiva, la cual va decreciendo a medida que aumenta la edad. El 16.1 y 10.8 por ciento de las niñas y niños menores de tres meses de edad reciben sucedáneos de la leche materna y otros líquidos respectivamente (11).

A partir de los seis meses de edad existe un incremento en el consumo de carnes, granos, harinas y tubérculos (10).

1. Lineamientos para Guiar la Atención Nutricional en el Ministerio de Salud Pública:

En Guatemala se han desarrollado esfuerzos inter-institucionales para contar con guías alimentarias, las cuales se han definido como una herramienta educativa que orienta al consumidor a elegir, con los recursos económicos disponibles, alimentos saludables, producidos localmente, tomando en cuenta la estacionalidad de los mismos. Se dispone de dos guías una a nivel familiar y la otra para la población guatemalteca menor de dos años, la cual se presenta a continuación:

a) Guías alimentarias para la población guatemalteca menor de dos años:

i. Recomendaciones para la alimentación de la población de cero a seis meses:

Es conveniente que el niño mame desde el momento del nacimiento que se establece una estrecha relación de amor, se ingieren las bacterias no dañinas que se encuentran en la piel de la madre que lo van a proteger contra las bacterias dañinas del ambiente o de otras

personas y se consume el calostro que es un líquido amarillento que contiene sustancias como proteínas y vitamina "A" que sirven para formar células y tejidos, además, el calostro tiene un efecto purgativo leve lo cual ayuda a limpiar las primeras deposiciones del intestino del niño y por su alto contenido de agentes inmunológicos se le ha denominado "la primera vacuna" y le ayudará a prevenir infecciones.

La leche materna tiene la cantidad y calidad óptima de nutrientes que los niños necesitan, por esta razón el cuerpo y cerebro aprovechan todos estos nutrientes. La lactancia materna no tiene horario por lo que se debe dar cada vez que el niño la pida para satisfacer su hambre, sed y la necesidad afectiva de estar cerca de su madre. Al nacer, la capacidad gástrica de los niños es pequeña, por lo tanto se satisface rápidamente y necesita mamar seguido; conforme crece también va creciendo su estómago y las necesidades nutricionales son mayores.

La succión frecuente y el vaciamiento de los pechos son indispensables para una producción adecuada de leche materna. Permitir que los niños mamen suficiente del primer pecho antes de cambiar al segundo ayuda a que la madre tenga bastante leche y que los bebés se sientan satisfechos.

Al dar de mamar de día y de noche, se mantiene elevada la producción de leche. La leche materna contiene todo lo que los niños necesitan para su desarrollo y crecimiento durante los primeros seis meses, así también contiene agua la cual suple las cantidades de líquidos que la niña o niño requiere. Por ello la leche materna es el "único alimento" (comida y bebida) que necesita durante sus primeros seis meses de vida.

ii. Recomendaciones para la alimentación de la población de seis a ocho meses:

Al cumplir los seis meses hay que darle primero el pecho y luego los otros alimentos para que siga creciendo bien. La leche materna es el alimento principal durante los primeros dos años de vida de los niños, mientras que la alimentación complementaria ayuda a integrarlo en forma progresiva a la dieta familiar.

Los alimentos no deben reemplazar las mamadas, sino que se deben agregar. Durante las primeras semanas de alimentación complementaria se recomiendan los cereales ricos en carbohidratos. Como cereal se puede usar la masa de tortilla (nixtamal) mezclado con leche materna, otros cereales como el arroz. Luego, podrían incluirse las leguminosas como frijol, habas, garbanzo, arvejas molidas y coladas.

Después, se recomienda introducir la yema de huevo o pollo cocido, ya que éstos contienen cantidades de hierro adecuadas e importantes para la nutrición de los niños, además son ricos en proteínas, grasas, vitaminas y minerales. Los anteriores alimentos pueden suavizarse con leche materna y gotas de aceite.

Paulatinamente se pueden introducir las verduras cocidas como zanahoria, papa, güicoy, güisquil, perulero, brócoli y otros, en papillas. Las hierbas como el chipilín, hierbamora, quilete, berros, espinacas, acelgas, etc; son alimentos ricos en vitaminas del complejo B y hierro. Y pueden ofrecerse cocidas y pasadas por un colador. Así también, puede iniciarse con frutas como banano, mango, papaya, etc.

No es aconsejable dar preparaciones muy líquidas o llenar el estómago del bebé con jugos, refrescos, caldos o sopas de poco valor nutritivo.

Después de probar diferentes tipos de alimentos se puede comenzar con mezclas de estos alimentos, para mejorar la calidad de la proteína y favorecer la absorción de los nutrientes. Los resultados de muchos estudios han mostrado que los cereales y las leguminosas se complementan nutricionalmente entre sí.

Agregar aceite a los alimentos machacados porque les gusta y les da energía. El estómago de los niños es pequeño y a veces la cantidad total que es capaz de ingerir no alcanza a llenar las cantidades de energía requeridas. Para lograr un aporte óptimo de energía, y evitar que las proteínas se utilicen para cumplir una función calórica, es necesario asegurar una densidad calórica mayor en la comida.

iii. Recomendaciones de alimentación de la población de nueve a once meses:

La madre debe seguir amamantando a su hijo, pero la lactancia materna no supe las necesidades de energía, por lo que es necesario continuar con la alimentación complementaria. Se debe dar primero la leche materna y luego los alimentos que se mencionaron en la etapa de seis a ocho meses.

Agregar carne o hígado de pollo o de res o pescado en trocitos; porque tiene lo necesario para que continúe creciendo bien. Estos alimentos son fuente de hierro y proteínas principalmente, lo que ayuda a la formación de tejidos, células, a prevenir la anemia y favorecen el crecimiento físico e intelectual de los niños.

Los alimentos se deben ofrecer como mínimo en tres comidas principales al día, y servirlos en un plato especialmente para los niños, algunos niños comen mejor si se les ofrece en porciones pequeñas cinco veces al día.

iv. Recomendaciones para la alimentación de la población de 12 a 24 meses:

En esta etapa cambian las necesidades de los niños, pasan de una alimentación a base de leche materna a consumir una dieta mixta basada en los alimentos y preparaciones normales de su familia. La dieta familiar cubre sus necesidades nutricionales y la lactancia pasa gradualmente a ser un complemento.

La familia debe estimular las prácticas, preparaciones y consumos adecuados basados en la olla familiar que se encuentra a continuación (5).

b) Guías alimentarias para Guatemala: Los siete pasos para una alimentación sana:

Las recomendaciones de esta guía son las siguientes:

i. Incluir en todos los tiempos de comida granos, cereales o papas, porque alimentan, son económicos y sabrosos:

Los granos, cereales o papas deben ser la base de la alimentación, porque proporcionan energía para el funcionamiento de todos los órganos y para desarrollar las actividades diarias.

ii. Comer todos los días hierbas o verduras para beneficiar su organismo:

Las verduras son las diferentes partes comestibles de las plantas que se utilizan en la alimentación humana, como: raíces, tallos, hojas, flores y frutos. Las hierbas son las hojas comestibles de las plantas de color verde oscuro.

iii. Todos los días comer fruta, cualquiera que sea, porque son sanas, digestivas y alimenticias:

Las frutas tienen muchas características que las hacen muy aceptables, además de ser una magnífica opción como postre al final de la comida.

iv. Si se come todos los días tortillas y frijoles, por cada tortilla comer una cucharada de frijol para que sea más sustanciosa:

Comer tortillas o tamalitos y frijoles ha formado parte de los hábitos alimentarios desde los inicios de la cultura Maya. Estos alimentos siguen siendo las principales fuentes de energía y proteínas de la población guatemalteca. Se recomienda combinar granos como: frijol de

cualquier color, lentejas, soya o garbanzos con: maíz o arroz. Al combinar estos alimentos se logra una alimentación más sustanciosa, nutritiva y rendidora.

- v. Comer por lo menos dos veces por semana un huevo o un pedazo de queso o un vaso de leche para complementar la alimentación:

El huevo, el queso, el requesón y la leche son alimentos de buena calidad para la alimentación familiar.

El huevo es fuente de varios nutrientes, como proteínas de buena calidad, contenidas tanto en la clara como en la yema, que el cuerpo aprovecha fácilmente para formar y reparar tejidos, así como para el crecimiento. Además del huevo de gallina, se pueden consumir los de otras aves domésticas como: pato, paloma, codorniz, ganso, pavo y otras aves. La yema contiene minerales, como el hierro, que lo hace un alimento especial para los niños pequeños; grasa; vitamina A, útil para el mantenimiento de la vista, tejidos y para la defensa del organismo contra infecciones; y vitamina D, necesaria para el crecimiento y aprovechamiento del calcio.

La leche, el queso y requesón son excelentes fuentes de calcio, que sirve para fortalecer huesos y dientes.

Dentro de este grupo de alimentos también se incluyen las harinas compuestas del INCAP, como la Incaparina, Bienestarina y otras similares, que son equivalentes a la leche en su valor nutritivo y de más bajo costo. Este alimento puede consumirse diariamente.

- vi. Al menos, una vez por semana, comer un pedazo de hígado o de carne para consumir proteínas y hierro, que son necesarios para nuestro organismo:

Las carnes son un buen alimento, fuente de muchos nutrientes como proteínas de buena calidad, hierro y cinc, que sirven para formar y reparar los tejidos, y para el crecimiento.

- vii. Para mantenerse sano, comer variado:

Como ya se mencionó cada nutriente tiene una función específica en el organismo. Los nutrientes se encuentran en los alimentos y cada alimento tiene diferentes nutrientes; por eso, al comer una alimentación variada, se asegura comer todos los nutrientes que el cuerpo necesita (4).

C. Programas de Alimentación y Nutrición:

Existen alrededor del mundo numerosos programas que pretenden dar solución a la desnutrición en general, tales como el de ayuda alimentaria, alimentos por trabajo, huertos familiares, desayuno, refacción y almuerzo escolar, etc., que generalmente distribuyen o donan alimentos a las familias que padecen de inseguridad alimentaria y nutricional, sin embargo, se ha demostrado que en dichos programas se crea dependencia en las poblaciones por los alimentos y/o que no los consumen por no estar familiarizados con los mismos. Por otro lado, la metodología de la desviación positiva es un exitoso enfoque el cual ha hecho posible que cientos de comunidades alrededor del mundo disminuyan el porcentaje de desnutrición infantil y la prevengan años después de haber terminado el programa. Debido a que el cambio de conductas es lento, la mayoría de salubristas están de acuerdo en que las soluciones descubiertas en las comunidades son más sostenibles que aquéllas que se introducen a las mismas provenientes del exterior (21).

1. Estudios de Desviación Positiva:

El término “desviación positiva”, ha sido definido como la “respuesta adaptativa para el crecimiento de los niños bajo circunstancias económicas adversas tales como, la falta de alimentos”, mientras que “desviación negativa” se refiere a “la falta de crecimiento de los niños, aún en condiciones económicas satisfactorias” (19).

La desviación positiva es un enfoque innovador que está basado en la premisa de que las soluciones a los problemas de las comunidades se encuentran precisamente en las comunidades y sólo necesitan ser descubiertos, difiere del enfoque tradicional “basado en las necesidades” o en la “solución de problemas” en que no se sitúa en la identificación de las necesidades y las imposiciones externas necesarias para conocer esas necesidades o solución de los problemas. En lugar de ello, este enfoque pretende identificar y optimizar los recursos existentes y las soluciones de la comunidad para resolver sus propios problemas. El proceso de la desviación positiva busca en la sabiduría o conocimiento local la prevención y el tratamiento exitoso de la desnutrición y cómo esparcir dicho conocimiento en toda la comunidad. Además, es un enfoque basado en las fortalezas, cualidades ó ventajas y en la convicción de que en cada comunidad viven ciertos individuos (desviantes positivos) cuyas prácticas y conductas poco comunes ó especiales les permite encontrar mejores alternativas para prevenir la desnutrición en comparación con sus vecinos quienes comparten los mismos recursos y se enfrentan a los mismos riesgos (6, 12, 20).

A los niños que presentan un adecuado estado nutricional a pesar de vivir en hogares pobres o extremadamente pobres se les denomina “desviantes positivos”, a sus familias “familias de

desviantes positivos” y todos ellos son pruebas vivientes de que es posible hoy en día, en las comunidades para una familia muy pobre, el tener hijos bien nutridos antes de resolver los factores causantes de la inseguridad alimentaria y nutricional. Este enfoque es una alternativa a la Seguridad Alimentaria y Nutricional, por lo que no sugiere que se cancelen los esfuerzos emprendidos para alcanzar la misma. (6, 20).

a) Ventajas del enfoque de Desviación Positiva:

i. Rapidez:

El enfoque provee los resultados necesarios que pueden resolver rápidamente un problema inmediato. Dichos resultados son utilizados para que la rehabilitación de los niños sea lo más pronto posible a través de los talleres hogareños, en los cuales se divulgan las prácticas que resultaron ser exitosas y los cuidadores luego implementan las mismas prácticas en el hogar y relatan sus experiencias (6).

ii. Autofinanciable:

Las familias no dependen de recursos externos para realizar las nuevas prácticas y/o conductas. La desviación positiva es mucho más costo efectiva que el gasto de personal de un programa de rehabilitación nutricional o invertir en un hospital (6).

iii. Participativa:

La participación de la comunidad es un ingrediente vital en el éxito del enfoque. La comunidad juega un rol importante a través del proceso de desviación positiva, desde el descubrimiento de prácticas exitosas y estrategias entre la comunidad hasta apoyar a las madres después que las sesiones han terminado (6).

iv. Sostenible:

Es sostenible porque las nuevas conductas ó prácticas son internalizadas y continúan después de que las sesiones concluyen. Las madres no son entrenadas simplemente para rehabilitar a sus hijos desnutridos, sino para sostener dicha rehabilitación en el hogar. Las habilidades practicadas durante los talleres se convierten en conductas ó practicas habituales y los pequeños lactantes reciben los beneficios nutricionales de los talleres hogareños aunque nunca hayan participado en el mismo (6).

v. Autóctona:

Debido a que la solución es local, los cambios se dan rápidamente, sin una gran cantidad de análisis y recursos del exterior. El enfoque puede ser ampliamente aplicado, mientras existan desviantes positivos en casi todas las comunidades (6).

vi. Culturalmente Aceptable:

Debido a que los talleres hogareños están basados en conductas o prácticas autóctonas entre el contexto social, étnico, lingüístico y religioso de las comunidades individuales, es por definición, culturalmente apropiado (6).

vii. Basada en el cambio de hábitos:

Los tres pasos del proceso de cambio de conductas son incluidos en este enfoque:

- Descubrimiento (Investigación de Desviación Positiva).
- Demostración (Talleres Hogareños).
- Hacerlo (los Talleres Hogareños en el hogar) (6).

Además de las principales ventajas, el proceso de desviación positiva es:

- Una innovadora forma de ver los problemas existentes; buscando alternativas que funcionen actualmente.
- Una forma de observar lo obvio: todas las personas alrededor realizan prácticas que son posibles de realizar.
- Búsqueda de prácticas ó conductas inusuales que son exitosas y culturalmente aceptadas, que pueden ser comunes.
- Un enfoque basado en el auto descubrimiento por los voluntarios que representan la comunidad.
- Basado en muestras pequeñas (de cuatro a seis visitas domiciliarias) en comparación con grandes muestras (6).

b) Metodología propuesta para estudios de desviación positiva:

i. Determinar si la desviación positiva es aplicable en la comunidad:

La decisión de implementar la desviación positiva requiere cuidadosas consideraciones en base a un gran número de variables que incluyen condiciones generales y compromiso de la comunidad. No es una intervención para ser tomada a la ligera, que simplemente se agrega a un programa existente (6).

- Condiciones generales:

Existen ciertas características asociadas a una investigación de desviación positiva exitosa:

o Prevalencia de desnutrición en la comunidad:

Debe existir una gran cantidad de niños desnutridos con el fin de justificar el esfuerzo de la desviación positiva. La desviación positiva es más efectiva en comunidades en donde existe al menos un 30% de niños desnutridos (incluyendo leves, moderados y severos) (20).

o Disponibilidad de alimentos locales que sean económicos:

Deben existir alimentos locales económicos para que la comunidad pueda mantener ó sostener las conductas alimentarias. La desviación positiva no es recomendada en áreas en las que hayan períodos prolongados (más de tres meses) de inseguridad alimentaria en el hogar ó en donde programas de ayuda alimentaria son la fuente principal de recursos (6).

o Inexistencia de ayuda alimentaria:

No es recomendable que se lleve a cabo un estudio de desviación positiva en comunidades en donde existan programas de ayuda alimentaria debido a que el enfoque de la desviación positiva es buscar en el conocimiento local y/o aprovechar los recursos con los que se cuenta en la comunidad y generalmente los programas de ayuda alimentaria proveen alimentos extranjeros que usualmente han sido fortificados ó suplementados por lo que éstos serían los responsables de un adecuado estado nutricional en los niños desviantes positivos (6).

o Personas internamente desplazadas y refugiadas:

La desviación positiva no es el mejor enfoque para proyectos que involucren poblaciones internamente desplazadas y refugiadas. Sin embargo, el enfoque de desviación positiva puede ser una herramienta efectiva para identificar estrategias únicas y habilidades que algunos individuos ó familias utilizan para enfrentar esas situaciones (6).

o Poblaciones “sin tierra ó invasores”:

Este tipo de comunidades es inestable, pero, no obstante, las desviaciones positivas existen. Una estrategia combinada con un componente de generación de ingresos para apoyar la seguridad alimentaria del hogar sería necesario (6).

- Compromiso de la comunidad:

El compromiso de la comunidad es vital para el éxito de la desviación positiva. Las contribuciones de la comunidad son esperadas, son esenciales para el éxito, y reflejan el nivel de apoyo (6).

- ii. Movilización de la Comunidad:

La desviación positiva es un programa que requiere participación activa de la comunidad. Desde que el proceso exige que la comunidad descubra y actúe, los investigadores no pueden conducir exitosamente un programa de desviación positiva sin la participación y el apoyo de la comunidad (6).

- iii. Preparación de la Investigación de Desviación Positiva:

La investigación de desviación positiva es una herramienta para estudiar comunidades específicas, utilizada para descubrir las prácticas exitosas de desviación positiva ó las prácticas deseadas que pueden ser replicadas por otras madres con el fin de resolver los problemas que afectan a toda la comunidad. En los programas de desviación positiva, el énfasis es en las prácticas para reducir la desnutrición infantil (6).

Antes de que se pueda conducir la investigación de desviación positiva, se deben seguir ciertos pasos. El proceso es comúnmente realizado de una a tres semanas, ya que, el estado nutricional de los niños se puede deteriorar rápidamente, debe haber un mínimo de retraso entre los pasos previos y la investigación de desviación positiva (6).

- Determinación de la edad del grupo objetivo:

Debido a que a los niños no se les debe brindar alimentación complementaria hasta los seis meses de edad, los niños más pequeños a incluir deben ser de siete meses de edad. Si existen muchos niños menores de cinco años, se debe considerar incluir únicamente a los niños que se encuentran entre los siete meses y los tres años de edad. Los niños menores a los tres años crecen más rápido que ningún otro grupo de edad, son el grupo más vulnerable a enfermarse, desgastarse y retrasar su crecimiento, y responden mejor a las intervenciones inmediatas. Adicionalmente, las investigaciones indican que en este período es el momento cuando los niños son más vulnerables nutricionalmente. Si la desnutrición está muy distribuida en la comunidad y el número de niños es muy grande, sería sabio concentrar los esfuerzos únicamente al grupo comprendido entre los siete y los veinticuatro meses de edad (6).

- Diagnóstico del estado nutricional:

Es importante tomar el peso de cada niño comprendido en el grupo objetivo. El peso para la talla es una medición preferible para determinar la desnutrición actual, ó desgaste. Sin embargo, desde el momento en que el peso para la edad es la medida más sensible a los cambios, éste es el método más utilizado en la mayoría de los programas de desviación positiva para evaluar a los niños que tienen bajo peso. Cada niño con bajo peso debe ser clasificado según los estándares de peso para la edad, en desnutrición leve, moderada ó severa. Los estudios de investigación regularmente utilizan el puntaje Z para proveer información que sea comparable a través de diferentes países (6).

Por otro lado, se debe contar con un comprensivo entendimiento de la situación actual en la comunidad. La información importante para obtener es: situación general de salud, causas y niveles de mortalidad en menores de cinco años, conductas y creencias actuales. Se deben desarrollar criterios con la comunidad para clasificar a los hogares según su status socioeconómico, esto puede ser tan simple como clasificar en hogares pobres y en hogares ricos. Los voluntarios del comité de salud son los más indicados, debido a su proximidad con las familias, para diseñar los criterios de pobreza ya que estos son muy específicos según las culturas (6).

- Reunión con la comunidad:

Se debe organizar una reunión con la comunidad para proveer una retroalimentación sobre el diagnóstico del estado nutricional e introducir los conceptos de la desviación positiva (6).

- Identificación de los desviantes positivos:

Existen ciertos factores que pueden hacer especiales a los desviantes positivos, tales como ser el único hijo, tener abuelos saludables, etc. Estas familias deben ser eliminadas. Las familias que quedan son las que comparten los mismos riesgos que los hogares promedio. Estas son familias desviantes positivas y de ellas, los niños desviantes positivos son seleccionados. Habrá alguna variabilidad en los criterios para seleccionar a las familias desviantes positivas basada en su cultura. Algunos temas tales como el tamaño promedio de la familia y prejuicio por el género necesitan ser tomados en cuenta. La investigación de desviación positiva debe ser conducida tan pronto se haga la identificación de los desviantes positivos (6).

Un niño desviante positivo debe tener un estado nutricional normal, no puede ser, un bebé grande que está perdiendo peso en este momento, ó un bebé con antecedentes de ser muy insistente para que le den comida, ni el producto del primer nacimiento ó el único hijo, ya que se recibe cuidado especial, no tener ningún hermano pequeño con desnutrición severa, no tener ningún

problema social o de salud especial ó atípico, tener una familia involucrada en un programa de alimentación complementaria, ser muy pequeño ó bebé de bajo peso que está creciendo bien en ese momento (6).

- o Criterios generales para seleccionar a las familias desviantes positivas:

La familia debe ser de bajos ingresos, el estado nutricional del niño seleccionado debe ser normal, que hayan dos hijos como mínimo (la cantidad debe ser cercana al promedio de hijos en la comunidad), además, la familia debe ser representativa de los grupos geográficos y sociales que habitan en la comunidad, no deben haber problemas severos de salud, la cabeza del hogar debe tener la misma ocupación que la mayoría de la comunidad, debe tener acceso a los mismos recursos que el resto de la comunidad. La familia debe ser parte de una minoría (si la población objetivo son minorías), en caso de que el estudio se vaya a realizar en comunidades en donde se tenga prioridad por cierto género, el sexo del niño desviante positivo puede ser a criterio de las preferencias de género de la cultura (6).

iv. Ejecución de la Investigación de Desviación Positiva:

La investigación de desviación positiva es rápidamente realizada por los miembros de la comunidad y por los investigadores quienes hacen las visitas domiciliarias y observan las conductas de las familias y las madres. El análisis de los resultados puede hacerse en menos de una semana (6).

La investigación de desviación positiva no es una investigación científica cuantitativa, sino que es una búsqueda cualitativa de soluciones “ocultas”, para descubrir prácticas únicas y exitosas (20).

A continuación se presentan los pasos necesarios para realizar la investigación de desviación positiva:

- Desarrollo de las visitas domiciliarias (6 por cada comunidad):

Se deben planificar durante los tiempos de comida, de preferencia, para asegurarse de poder observar las prácticas actuales. La visita domiciliaria no debe tomar más de dos horas (6).

Existen tres o cuatro categorías básicas de conductas ó prácticas que son observadas durante la investigación:

- Prácticas alimentarias:
Uso de alimentos particularmente nutritivos, frecuencia y cantidad de alimentos.
- Prácticas de cuidado:
La forma en que la familia y el niño interactúan y estimulación temprana.
- Prácticas de higiene:
Incluye higiene de alimentos, personal y del ambiente. (La higiene es incluida algunas veces en las prácticas de cuidado).
- Prácticas de cuidado de la salud:
Prácticas de salud preventiva, manejo de las enfermedades en el hogar y uso de los servicios de salud (19).
- Recopilación de los resultados:
Una vez que se han realizado las visitas domiciliarias se deben buscar similitudes en las prácticas realizadas por las familias desviantes positivas que pueden influir en el estado nutricional de los niños. Estas prácticas, se deben reunir en listados, las más beneficiosas. Dichas listas sirven como base para el diseño de los talleres hogareños y los mensajes educativos que se presentarán en los mismos (6).
- Compartir los resultados con la comunidad:
Se debe realizar una reunión con los líderes comunitarios para informar sobre prácticas exitosas que permiten que los niños presenten un adecuado estado nutricional (6, 20).
- Errores potenciales de la investigación de desviación positiva y sus soluciones:
Todas las investigaciones de desviación positiva no son necesariamente exitosas, como se puede ver a continuación:
 - o Cuando no se pueden identificar familias desviantes positivas en la comunidad debido al pequeño número de niños en el grupo objetivo: Puede ser difícil encontrar familias desviantes positivas en comunidades con menos de 50 niños, si el contexto de la comunidad es similar al de la comunidad vecina en donde se condujo exitosamente la investigación de

desviación positiva, entonces los hallazgos pueden ser “prestados” de dicha comunidad, siempre y cuando la comunidad conozca la procedencia de los hallazgos.

- Cuando no se pueden identificar prácticas en las familias seleccionadas: Ocasionalmente, algunos niños desviantes positivos pueden pertenecer a familias que no necesariamente realicen prácticas exitosas o únicas, ó que dichas prácticas sean peores que las de las familias no desviantes positivas.

- Durante la investigación de desviación positiva, los niños no-desviantes positivos son desnutridos debido a que presentan diarrea crónica ó infecciones repetidas. Si luego de un examen del caso se concluye que la desnutrición del niño no se debe a prácticas nocivas o a la ausencia de prácticas exitosas, este caso debe ser utilizado para demostrar el efecto de las infecciones en el estado nutricional del niño y la necesidad de desarrollar estrategias apropiadas para lidiar con este problema.

- La investigación de desviación positiva es inconcluyente debido a la incapacidad del personal de identificar las prácticas exitosas a través del análisis de la observación y entrevista. En este caso la investigación de desviación positiva debe ser repetida después de identificar la causa del fallo y se hallan tomado las medidas apropiadas.

- La investigación de desviación positiva falla al identificar los alimentos desviantes positivos (alimentos especiales ó alimentos con los que usualmente no se alimenta a los niños). En el contexto de algunas culturas puede ser que no hayan alimentos desviantes positivos debido a que todas las familias tienen acceso a alimentos nutritivos. Puede ser, sin embargo, que las diferencias entre las familias desviantes positivas con las familias no-desviantes positivas radiquen en las prácticas de cuidado y de búsqueda de los servicios de salud (20).

c) Estudios previos de desviación positiva:

A continuación se describen brevemente algunos estudios realizados en comunidades rurales en los cuales se aplica la metodología de desviación positiva, los cuales son complementados con los talleres hogareños.

Shekar, M. et. al., 1991, comprobaron que la desviación positiva y negativa no son necesariamente la conversión una de otra, y que existen diferentes factores que las caracterizan. Para dicho estudio evaluaron 52 variables en tres grupos de familias de una comunidad con muy bajos ingresos, los desviantes positivos, los de crecimiento intermedio y los desviantes negativos. De las 52 variables examinadas, 23 diferenciaron a los desviantes positivos de los de crecimiento

intermedio, y 12 diferenciaron a los desviantes negativos de los de crecimiento intermedio. De lo que concluyó que para algunas variables, la desviación positiva y negativa en el crecimiento de los niños existe debido a diferentes condiciones promovidas por diversos mecanismos, y como ya se mencionó no son la simple conversión una de la otra. Los resultados indicaron que, al comparar con los niños de crecimiento intermedio, los niños desviantes positivos vienen de familias con más recursos económicos, que consumen alimentos de mayor “prestigio” y que las madres son trabajadoras por algunas horas del día. Estos resultados, sin embargo, no predisponen a la desviación negativa, la cual es caracterizada por que los niños sean del sexo femenino, más pobres y que tengan un bajo consumo de alimentos ricos en proteína (19).

Guldán, G.S. et al., 1997, realizaron un estudio transversal de desviación positiva en la provincia de Sechuán, para identificar los hábitos de alimentación y crianza de los niños que se asociaron con un mejor crecimiento de los niños con desviación positiva. Los datos se recopilaron en 389 lactantes entre cuatro y doce meses de edad. Se asignaron tres puntuaciones a los individuos con desviación positiva. Una puntuación de tres se asignó a los lactantes por encima del 66º percentil, las puntuaciones de dos y uno se dieron a los lactantes en los tercios medio e inferior de la distribución. Las características de la alimentación de los lactantes, el cuidado que recibían y el hogar de los que presentaban desviaciones positivas con una puntuación de tres se compararon con las de los lactantes con puntuaciones de dos y uno. La prueba de χ^2 identificó una asociación significativa entre el estado de desviación positiva y si el lactante era amamantado o no. El estudio concluyó que la desviación positiva ha demostrado ser un método válido para identificar prácticas de alimentación benéficas ó nocivas en una población (9).

La investigación de desviación positiva se ha utilizado exitosamente en otros campos de la salud como los cuidados de la mujer embarazada, Ahrari, M., 2002, condujo un estudio en Egipto en el cual investigó los factores que predisponen a obtener buenos resultados a pesar de la pobreza; encontrando que varias visitas de control prenatal, más descanso y la ausencia de síntomas de infección urinaria, fueron prácticas encontradas en las madres que tuvieron hijos de adecuado peso al nacer, así como el aumento en el consumo de carnes y vegetales fueron las prácticas alimentarias que predominaron (1).

Un estudio realizado en Pakistán por Lapping, K. et al., 2002, comparó el enfoque de la desviación positiva con un estudio de casos y controles. La investigación de desviación positiva estudió a ocho familias, mientras que el estudio de casos y controles evaluó 50 niños, de los cuales 25 eran bien nutridos y 25 desnutridos, se utilizaron los mismos criterios para la selección de los participantes. El equipo que condujo la investigación de desviación positiva utilizó dos métodos cualitativos, la observación y la entrevista, mientras que el de casos y controles utilizó únicamente un

cuestionario. Se elaboró una matriz comparando los hallazgos de los dos estudios. Las prácticas identificadas por los dos estudios fueron el aumento de la lactancia materna durante episodios de diarrea y lactancia materna exclusiva y prolongada; el consumo de refacciones fue identificado por la investigación de desviación positiva, más no por el de casos y controles, debido a la dificultad de la población por entender el término en el formato del cuestionario; las prácticas detectadas por el estudio de casos y controles pero no por la investigación de desviación positiva fue el uso del monitoreo de crecimiento, servicio de inmunizaciones y deseo de las madres de tener más hijos. Dichos resultados permiten concluir que la investigación de desviación positiva identificó las prácticas de alimentación claves asociadas con un adecuado crecimiento, y que es mejor que el estudio de casos y controles al identificar actitudes y conductas complejas (13).

Dearden, K. et al., 2002, estudiaron que ocasiona el que algunas madres o cuidadoras se desempeñen mejor que otras. Evaluaron cuatro variables: alimentar a los niños con alimentos desviantes positivos, alimentación del niño durante episodios de diarrea, lavado de manos de los niños y llevar al niño al centro de salud cuando se enferma. La edad de las madres, la clase social y la cantidad y sexo de sus hijos eran similares, sin embargo, las madres que daban alimentos desviantes positivos provenían de clases sociales más altas que las que no lo hacían. En cuanto a la alimentación durante episodios de diarrea, las que si los alimentaban mencionaron que dicha conducta era benéfica, mientras que las que no la practicaban mencionaron que realizarla agravaba la diarrea de los niños. Las madres que lavan las manos de sus hijos afirmaron que lo hacen para evitar la propagación de bacterias, lombrices, enfermedades, rasquiñas e infecciones y para mantener al niño limpio y saludable, así como que el lavado de manos no representaba ningún problema, mientras que el 50% del otro grupo mencionó que no se les hacía nada fácil el lavado de manos de sus hijos. Todas las madres mencionaron consecuencias positivas relacionadas al llevar a sus hijos al centro de salud cuando presentan episodios de enfermedad, ya que el encargado es un profesional y sus hijos reciben el diagnóstico y tratamiento que necesitan. En conclusión, los resultados revelaron que a excepción de dar alimentos desviantes positivos, las madres que llevaban a cabo el resto de prácticas no eran necesariamente más privilegiadas; también se encontró que para las cuatro conductas, las normas sociales aceptadas socialmente como favorables distinguían a las madres que realizaban las prácticas de las que no (7).

Mackintosh, U. et. al., 2002, condujeron un estudio en Vietnam luego de haber terminado el PANP (Poverty Alleviation and Nutrition Program), por sus siglas en inglés, con el objetivo de determinar si los logros del PANP eran sostenidos luego de tres y cuatro años de haber concluido. Dicho estudio suponía que los participantes tendrían un mejor estado nutricional que los niños de las comunidades que no lo habían hecho, también que las madres de los beneficiarios continuaban realizando las lecciones aprendidas durante la intervención y finalmente que los infantes

nacidos luego de la conclusión del programa y que nunca estuvieron directamente expuestos al mismo, tendrían mejor estado nutricional que sus contrapartes en las otras comunidades. Los principales resultados fueron los siguientes: en el grupo de mayor edad, los participantes del PANP obtuvieron una media de puntaje Z de peso para la edad de -2.35 Z versus -2.95 Z para los niños en comparación, aunque para estos resultados no existe diferencia significativa ($p = .29$). En el grupo más joven, los infantes de las familias que participaron en el programa presentaron un mejor estado nutricional que sus contrapartes (media del puntaje Z de peso para la edad de -1.82 versus -2.47 , respectivamente, $p < .021$). Por otro lado, las madres beneficiarias que amamantaban a sus hijos eran más que las de las otras comunidades que lo hacían (41% versus 20%, respectivamente, $p = .07$); las mismas, daban en promedio más tiempos de comida por día y brindaban meriendas (15).

El Dr. N. Medappa, 2003, condujo un estudio para conocer las determinantes del desarrollo de prácticas de alimentación y nutrición, encontrando lo siguiente: los niños(as) que reciben lactancia materna a demanda e inician la alimentación complementaria a los siete u ocho meses de edad fueron significativamente mejor nutridos que los que no son alimentados de esa forma; las niñas que eran alimentadas cada vez que lo requerían y eran tratadas amable y racionalmente por sus madres cuando no querían consumir sus alimentos resultaron ser más altas; el destete con diferentes alimentos introducidos gradualmente fue asociado a un mayor peso en los varones; el lavado de manos antes de consumir alimentos fue significativamente asociado con niñas más pesadas que sus contrapartes. De lo que dedujo que los hábitos alimentarios se desarrollan desde la época fetal, una época crucial, cuando los gustos y disgustos de la madre pueden recaer en futuras preferencias para el niño. Durante la época del destete, el infante prueba diferentes alimentos, se le hacen familiares a medida que avanza el tiempo y esto forma la base de futuras preferencias (16).

Sethi, V. et al. encontraron que las preparaciones que requerían menos tiempo eran fácilmente adoptadas por las madres y que las madres desviantes positivas pueden ser efectivas consejeras para fomentar prácticas de alimentación infantil apropiadas (18).

IV. JUSTIFICACIÓN

La Desnutrición Proteico Energética (DPE) se encuentra dentro de las primeras tres causas de mortalidad infantil en Guatemala, por lo que se considera uno de los principales problemas de salud que enfrenta el país. Las causas de dicho problema son en especial, la baja disponibilidad de alimentos, inadecuado consumo de alimentos y el escaso acceso a los servicios de salud (11).

Debido a la complejidad del problema alimentario nutricional, que debe abordarse de manera integral, multisectorial y multidisciplinaria, se han desarrollado diversos programas para reducir los índices de desnutrición a nivel mundial. La desviación positiva se constituye en una herramienta innovadora que permite identificar las conductas de las madres de niños que presentan un estado nutricional adecuado, a pesar de vivir en condiciones de pobreza, falta de acceso a los servicios de salud, marginación, etc.; por lo cual a través de la identificación de dichas conductas se pueden diseñar programas que las promuevan en toda la comunidad. La ventaja de trabajar con la desviación positiva es que se puede contribuir en la disminución del índice de DPE en las comunidades, partiendo de soluciones emanadas de la misma comunidad, sin necesariamente combatir las causas estructurales que la provocan.

El presente estudio se realizó en las comunidades de Chelemá y Chelemá II del municipio de San Miguel Tucurú, Alta Verapaz, debido a que dicho municipio presenta un 49.4% de desnutrición crónica, siendo ésta la segunda causa de mortalidad general en el mismo (11); además está catalogado como un municipio de alta vulnerabilidad, lo que significa un mayor riesgo a que los niños entren en crisis, por lo que con la presente investigación se encontraron elementos a tomar en cuenta al plantear soluciones que sean localmente aceptadas y sostenibles al problema de desnutrición del municipio y disminuir la inseguridad alimentaria en las comunidades en las que se realizó el estudio.

V. OBJETIVOS

A. General:

Identificar las prácticas y/o conductas alimentarias de las familias de los niños de dos a cinco años que presentan un estado nutricional normal en tres comunidades del municipio de San Miguel Tucurú, Alta Verapaz.

B. Específicos:

1. Identificar los desviantes positivos por medio del diagnóstico del estado nutricional y el nivel de pobreza de las familias.
2. Determinar las prácticas y/o conductas alimentarias que favorecen un adecuado estado nutricional de los niños desviantes positivos.
3. Categorizar las prácticas y/o conductas alimentarias en accesibles, únicas y replicables para divulgar posteriormente en la comunidad.

VI. MATERIALES Y MÉTODOS

A. Población:

La población del estudio la constituyeron dos comunidades rurales: Chelemá, integrada por 28 familias y Chelemá II por 20 familias, del municipio de San Miguel Tucurú, Alta Verapaz.

B. Muestra:

10 hogares en total. Cinco en Chelemá I y cinco en Chelemá II, de acuerdo a la metodología propuesta por The Core Group (6) y Sternin et. al. (18).

C. Materiales:

1. Equipo:

- a) Equipo de cómputo.
- b) Cámara digital de fotografías marca BenQ.
- c) Grabadora portátil.
- d) Útiles de escritorio.
- e) Balanza pediátrica de colgar marca Detecto con capacidad de 40 libras y sensibilidad de 4 onzas.
- f) Cinta métrica con sensibilidad de 0.1 cm.

2. Instrumentos:

- a) Guía de observación para la visita domiciliaria (Anexo No. 1).
- b) Guía de entrevista a realizarse durante la visita domiciliaria (Anexo No. 2).

D. Metodología:

1. Para el Diseño de los Instrumentos:

En esta investigación se diseñaron dos instrumentos que se presentan a continuación:

- a) Guía de observación para la visita domiciliaria:

La guía incluyó los siguientes aspectos de la familia bajo estudio: información sobre los miembros del hogar, las prácticas y/o conductas alimentarias y las condiciones básicas de vivienda y entorno.

- b) Guía de entrevista para la visita domiciliaria:

La guía de entrevista incluyó preguntas relacionadas con información general de la familia ó del hogar, prácticas y/o conductas alimentarias, prácticas sobre el cuidado de los niños,

prácticas relacionadas a la búsqueda de servicios de salud y aspectos relacionados a cuidadores secundarios como padres y hermanas mayores.

Para elaborar ambos instrumentos se utilizaron las propuestas presentadas por The Core Group (6) y Sternin et. al. (18) complementadas con las encuestas utilizadas en la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de Guatemala en el año 2002.

Previo a la recolección de información, ambos instrumentos se validaron con familias de condiciones similares a quienes se aplicaron para revisar su llenado.

2. Para la Selección de la Muestra:

Se trabajó en las dos comunidades porque cumplían con las condiciones propuestas en la metodología para investigación de desviación positiva (6, 20). Seleccionando la muestra a través de los siguientes pasos:

a) Reunión con Líderes Comunitarios:

Se realizó una reunión con los miembros del Consejo Comunitario de Desarrollo – COCODES– en la cual se presentó la investigación, los objetivos y la metodología a utilizar para la realización de la misma. Además, se presentó información relacionada al problema alimentario nutricional del municipio, y se solicitó el apoyo de una persona para la realización de las visitas domiciliarias. Para identificar a las familias pobres de acuerdo a los parámetros comunitarios, en la reunión en mención se cuestionó a los COCODES si algunas familias tenían ingresos económicos mayores, terrenos más grandes, mayor cantidad de animales, etc.

b) Identificación de los niños desviantes positivos y no desviantes positivos:

Se realizó un diagnóstico del estado nutricional de todos los niños(as) menores de cinco años de las dos comunidades. Para la identificación de los desviantes positivos se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: niños que presentaran puntajes Z dentro del rango normal de -1 D.E. a $+1$ D.E. para los índices antropométricos peso/edad, peso/talla y talla/edad, ser de familias pobres de acuerdo a los parámetros comunitarios, ser de la etnia Q'eqch'í y que el padre de familia tuviera la misma ocupación que la mayoría en la comunidad (agricultor).

Los criterios de exclusión utilizados fueron que el niño fuera hijo único, que tuviera algún hermano menor con desnutrición severa (según los signos clínicos de kwashiorkor ó marasmo) y si la familia era beneficiaria de un programa de ayuda alimentaria. En el anexo No. 3 se presenta una tabla que contiene los criterios generales para la identificación de los participantes y en el No. 4 se

presenta la boleta en donde se recogió la información para llevar a cabo la identificación el día que se realizó el diagnóstico nutricional.

3. Para la recolección de datos:

a) Desarrollo de las visitas domiciliarias y entrevistas:

El investigador y un intérprete a través de visitas domiciliarias presentaron el propósito de la investigación. No se mencionó en el hogar si la familia era desviante positiva o no. Se recolectó la información utilizando la guía de observación y la guía de entrevista; los dos instrumentos se aplicaron como complementarios. Las visitas domiciliarias tomaron aproximadamente una hora en cada hogar.

4. Análisis de los resultados:

Las prácticas de alimentación, cuidado y búsqueda de servicios de salud se clasificaron si pertenecían a las familias desviantes positivas y no desviantes positivas, clasificándolas como adecuadas y no adecuadas, en base a la " Matriz general para identificar prácticas adecuadas y no adecuadas" Anexo 5. Esta Matriz se fundamenta en las Guías Alimentarias para Guatemala (4 y 5).

Posteriormente, se determinó si las prácticas adecuadas cumplían con los criterios de accesibles, únicas y replicables, que se describen a continuación:

a) Actualmente accesibles a todas las madres o cuidadores, en relación a recursos económicos y disponibilidad en el hogar.

b) Únicas o que difieran de la norma y del conocimiento convencional, que implica que no sean realizadas por la mayoría.

c) Replicables, significa que cualquier madre las pueda realizar.

Para este procedimiento se utilizó la Matriz que se encuentra en el Anexo No. 6.

5. Para la transferencia de información:

Se llevó a cabo un taller con los miembros del Consejo Comunitario de Desarrollo (COCODES) en el que se presentaron los resultados para que luego ellos los transmitan al resto de personas en las comunidades.

VII. RESULTADOS

El estudio se llevó a cabo en dos comunidades de San Miguel Tucurú, Chelemá integrada por 28 familias y Chelemá II por 20 como parte del Proyecto Conservación y Manejo Comunitario de los Recursos Naturales en Chelemhá, Alta Verapaz.

A. Identificación de los Desviantes Positivos:

En el cuadro No. 1, se presentan los resultados del estado nutricional de 42 niños de 0 a 62 meses de las comunidades estudiadas. En términos generales se puede observar que la mitad de los niños (50%) está desnutrido según el índice peso para la edad, el 74% tiene retardo en crecimiento y el 69% tiene un estado nutricional actualmente normal.

Cuadro No. 1
Estado Nutricional de los niños de 0 a 62 meses de Chelemá y Chelemá II,
Guatemala, Abril 2005.

ESTADO NUTRICIONAL	P/E						T/E				P/T					
	RO		N		D		N		D*		RO		N		D	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
6 – 23 meses			10	62	6	38	11	69	5	31			10	62	6	38
24 – 59 meses	1	4	10	42	13	54			24	100	5	21	18	75	1	4
60 – 62 meses					2	100			2	100			1	50	1	50
TOTAL	1	2	20	48	21	50	11	26	31	74	5	12	29	69	8	19

RO = Riesgo de padecer obesidad * en T/E corresponde a retardo en crecimiento
N = Normal
D = Desnutrición

Fuente: Boletas para la identificación de los niños Desviantes Positivos o no Desviantes Positivos.

Para identificar a los niños desviantes positivos –DP- se evaluó el estado nutricional, se determinó el nivel socioeconómico, la etnia y el número de hijos por familia, sólo cinco niños cumplieron con estos criterios por lo que solamente ellos fueron clasificados como desviantes positivos, se seleccionaron otros cinco niños para establecer una comparación, a quienes se les denominó no desviantes positivos. De los 42 niños evaluados, el 100% (N = 42) son de familias pobres, de la etnia Q'eqchí y todos los padres de familia se dedican a la agricultura. En el cuadro No. 2 se presentan los resultados de los cinco desviantes positivos y de los cinco no desviantes positivos. Se puede observar que todos los DP y dos NDP presentaron estado nutricional normal, aunque en el caso de los NDP todos presentaron algún tipo de desnutrición. En cuanto al nivel de ingresos, en ambos grupos hubo una familia en la que no quisieron dar información, la mayoría de los DP tienen ingresos entre Q. 30.00 y 40.00 diarios,

mientras que la mayoría de los NDP tienen ingresos entre Q. 10.00 y 20.00 diarios. El ingreso económico de las familias es durante la época de cosecha que dura aproximadamente tres meses. Con relación al número de hijos por familia, la mayoría de los DP y todos los NDP tienen entre uno y cinco hijos.

Cuadro No. 2
Identificación de niños DP y NDP según criterios preestablecidos
de las aldeas de Chelemá y Chelemá II, Guatemala, Abril 2005.

DESVIANTES POSITIVOS								
ESTADO NUTRICIONAL NORMAL			NIVEL DE INGRESOS*			NÚMERO DE HIJOS		
P/E	T/E	P/T	Q. 10.00 - 20.00	Q. 20.00 - 30.00	Q. 30.00 - 40.00	1 - 5	6 - 8	más de 8
5	5	5	1	-	3	3	2	0
NO DESVIANTES POSITIVOS								
ESTADO NUTRICIONAL NORMAL			NIVEL DE INGRESOS*			NÚMERO DE HIJOS		
P/E	T/E	P/T	Q. 10.00 - 20.00	Q. 20.00 - 30.00	Q. 30.00 - 40.00	1 - 5	6 - 8	más de 8
2**	2	2	3	1	-	5	-	-

* El ingreso familiar proviene de jornales que realizan los padres de familia durante tres meses al año.
** Los tres restantes no entran en esta categoría.

Fuente: Boletas de identificación y guías de entrevista.

B. Determinación de Prácticas de Alimentación, Cuidado y Búsqueda de Servicios de Salud:

1. Según la Guía de Observación:

En el cuadro No. 3 se presentan las observaciones de las visitas domiciliarias. En cuanto a la información de la familia, los desviantes positivos y no desviantes positivos se observaron animados, en los diez casos la madre es el cuidador primario y ellas estaban motivadas y limpias; los cuidadores secundarios de los desviantes positivos son sus hermanos, y de los no desviantes positivos son abuelas y tíos, en los casos en los que se pudo observar se encontraron animados y limpios.

Con relación a las prácticas de interacción y de cuidado, en los casos en los que se pudo observar se encontró que tanto los cuidadores primarios como los secundarios interactúan cariñosamente y cuidan a los niños. Sobre el tema de higiene personal, sólo un niño desviante positivo tenía las uñas con lodo o tierra.

Cuadro No. 3

Prácticas, Conductas Alimentarias y de Cuidado Infantil de las familias de Chelemá y Chelemá II, según información obtenida de la Guía de Observación, Guatemala, Abril 2005.

PRÁCTICAS Y/O CONDUCTAS		DP			NDP		
		Si	No	NSO*	Si	No	NSO*
I. Información de la familia	1. Niño seleccionado	3	1	1	5	0	0
	a. Animado	2	2	1	5	0	0
	b. Cuerpo limpio	1	0	4	3	1	1
	c. Ropa limpia						
	2. Cuidador primario	5	0	0	5	0	0
	a. Madre	5	0	0	5	0	0
	b. Motivada	5	0	0	5	0	0
	c. Limpia						
	3. Cuidador secundario	0	5	0	2	3	0
	a. Abuela	1	4	0	0	5	0
	b. Hermanos	0	5	0	0	5	0
	c. Padre	0	5	0	1	4	0
	d. Tíos	0	5	0	0	5	0
e. Otros	0	0	5	2	0	3	
f. Motivado	0	0	5	2	0	3	
g. Limpio							
II. prácticas de interacción y cuidado	1. Interacción entre los cuidadores y el niño	3	0	2	4	0	1
	a. Cuidan al niño	3	0	2	4	0	1
	b. Interactúan cariñosamente con el niño						
	2. Interacción de los miembros de la familia y el niño	1	0	4	3	0	2
	a. Cuidan del niño	0	0	5	3	0	2
	b. Interactúan cariñosamente con el niño						
	3. Higiene personal	0	1	4	0	2	3
a. El niño tiene las uñas largas	1	0	4	0	1	4	
b. El niño tiene las uñas con lodo o tierra	0	1	4	0	0	5	
c. La madre tiene las uñas largas	0	0	5	0	1	4	
d. La madre tiene las uñas con lodo o tierra							
III. Entorno del Hogar	1. La cocina se ve limpia	3	0	2	2	0	3
	2. Hay cuartos para dormir	5	0	0	4	0	1
	3. Tienen letrina	2	0	3	1	0	4
	a. Está amenos de cinco metros	1	0	4	0	0	5
	4. Animales	2	0	3	2	0	3
a. Pueden entrar a la casa	1	0	4	0	0	5	
b. Están dentro de un corral							

*NSO = No se pudo observar

Fuente: Guías de observación de las familias visitadas.

Con relación al entorno del hogar los datos muestran que en la mayoría de las casa hay dos habitaciones, una es la cocina y la otra es una especie de sala-habitación, ya que generalmente hay una cama con una especie de tapanco (separación entre el techo de la casa y las habitaciones) que la familia utiliza como dormitorio.

Siguiendo con el análisis del entorno se encontró que en la mayoría tenían gallinas ($n = 8$) y perros ($n = 7$), en algunos hogares tenían corrales, sin embargo, los animales no se encontraban en ellos.

2. Según la Guía de Entrevista:

En el cuadro No. 4 se presentan las prácticas de alimentación; con relación a la práctica de lactancia materna todas las madres desviantes positivas y el 80% de las no desviantes positivas la practican a demanda, de día y de noche. Se puede observar que casi todas las madres entre los cinco y los doce meses inician la alimentación complementaria y la mayoría lo hace con tortilla como alimento único. La mayoría de las madres brindan tres tiempos de comida por día ($n = 6$), dos brindan dos tiempos de comida y una NDP brinda cuatro.

En todos los hogares la madre es la encargada de alimentar a los niños, y algunas de ellas son apoyadas por tías e hijas. Cuando los niños no quieren comer o tienen poca hambre, tres madres desviantes positivas brindan medicinas, agua de masa y lactancia materna, o los alimentos que sus hijos prefieren, respectivamente; mientras que las mayoría de las no desviantes positivas (80%) indicaron que solamente les dan de mamar. Con relación a si continúan la lactancia materna cuando están enfermas, nueve madres respondieron que sí, y una madre desviante positiva indicó que no se enferma.

Los resultados de las prácticas de cuidado infantil se encuentran en el cuadro No. 5, en este se puede observar que el 80% de las madres desviantes positivas se llevan a sus hijos con ellas siempre que salen, mientras que en el grupo de las no desviantes positivas lo hace el 60%. Con relación a la conducta de las madres cuando sus hijos están muy traviosos, tres desviantes indicaron que sólo los regañan, una dijo que no les pega y una dijo que no hace nada, de las no desviantes, una madre indicó que los distrae con otras cosas, una los separa pero no les pega, dos sólo los regañan y una les da galletas y frutas pues indicó que sus niños gustan de esos alimentos. En todos los hogares indicaron que no les pegan a sus hijos. El 80% de los padres apoya a su esposa en el cuidado de sus hijos. Y, en la mayoría de los hogares bañan a sus hijos cada tres días.

Con relación al conocimiento de las madres sobre la cantidad de hijos que desean tener sólo tres madres, de cada grupo, dijeron que no sabían indicando que dependía de Dios ó del esposo. El 60% de las madres desviantes positivas y no desviantes positivas no tienen conocimiento sobre planificación familiar, mientras que de los padres el 40% si lo tienen, en cuanto a la disposición para utilizar algún método la mayoría (entre el 60 y 80%) de las madres y de los padres no respondieron.

Cuadro No. 4
Prácticas de alimentación según las guías de entrevista de las familias seleccionadas
de Chelemá y Chelemá II, Guatemala, Abril 2005.

PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN	DESVIANTES POSITIVOS	NO DESVIANTES POSITIVOS
Inicio de la Alimentación Complementaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos madres (40%) indicaron que a los siete meses. ▪ Una (20%) a los 12 meses. ▪ Una madre (20%) aún no le da de comer a su niña de 7 meses. ▪ Una madre (20%) no respondió 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una madre (20%) indicó que a los 5 meses. ▪ Una madre (20%) a los 6 meses. ▪ Una madre (20%) a los 8 meses. ▪ Una madre (20%) al año. ▪ Una madre (20%) no respondió.
Alimento con el que se inició la alimentación complementaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos madres (40%) con tortilla como alimento único. ▪ Dos madres (40%) con tortilla con caldo de frijol o piloy. ▪ Una madre (20%) no respondió 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tres madres (60%) iniciaron con tortilla como alimento único. ▪ Dos madres (40%) con tortilla con caldo de frijol, piloy, macuy ó punta de güisquil.
Tiempos de comida que brindan al día	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tres madres (60%) brindan tres tiempos de comida. ▪ Una madre (20%) brinda dos tiempos de comida. ▪ Una madre (20%) no respondió 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tres madres (60%) brindan tres tiempos de comida por día. ▪ Una madre (20%) brinda cuatro. ▪ Una madre (20%) brinda dos.
Responsable de alimentar al niño	El 100% indicó que es la madre	El 100% indicó que es la madre
Familiares que apoyan a la madre para alimentar al niño	<p>Cuatro madres respondieron que sí son apoyadas (80%):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tres de ellas por una hija mayor (60%) ▪ Una por una tía (20%) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una madre es apoyada por una tía del esposo (20%) ▪ Una madre es apoyada por las abuelas ó tías (20%) ▪ Dos madres no son apoyadas (40%) ▪ Una madre (20%) no respondió
Prácticas de la madre cuando su hijo no quiere comer o tiene poca hambre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una madre le da medicinas ▪ Una madre le da agua de masa y lactancia materna ▪ Una madre le da galletas porque esas le agradan ▪ Una madre no hace nada ▪ Y una madre no respondió 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuatro madres sólo les dan de mamar (80%) ▪ Una madre dijo que no hace nada (20%)
Continúa la lactancia materna cuando está enferma	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuatro madres respondieron que si (80%) ▪ Una (20%) dijo que no se enferma 	El 100% indicó que si

Fuente: Guías de entrevista de las familias visitadas.

Las prácticas relacionadas a la búsqueda de servicios de salud de las familias seleccionadas se encuentran en el Cuadro No. 6. En cuanto al lavado de manos antes de consumir los alimentos en todos los hogares informaron que sí llevan a cabo dicha práctica, de todos los niños, sólo un desviante positivo no tiene completo el esquema de vacunación.

Cuadro No. 5
Prácticas de Cuidado Infantil según las guías de entrevista de las familias
de Chelemá y Chelemá II, Guatemala, Abril, 2005.

PRÁCTICAS DE CUIDADO	DESVIANTES POSITIVOS	NO DESVIANTES POSITIVOS
Cuidado del niño cuando la madre sale del hogar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuatro madres (80%) siempre se llevan a sus hijos. ▪ Una madre respondió que la hija grande (20%) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tres madres (60%) siempre se lo llevan. ▪ Dos madres indicaron que lo hacen las abuelas (40%)
Prácticas de cuidado cuando su niño está muy travieso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tres madres (60%) los regañan ▪ Una madre (20%) no les pega ▪ Una madre (20%) no hace nada porque piensa que se va a enfermar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una madre (20%) los distrae con otras cosas ▪ Una madre (20%) los separa pero no les pega ▪ Dos madres (40%) sólo los regañan ▪ Una madre (20%) le da galletas y frutas
Agresión física	El 100% indicó que no	El 100% indicó que no
Prácticas de juego con sus hijos	El 100 % de las madres no juegan con sus hijos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos madres (40%) indicaron que si juegan con ellos ▪ Tres madres (60%) indicaron que no juegan con ellos
Apoyo del esposo para cuidar a los niños	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuatro padres (80%) si las apoyan ▪ Un padre no (20%) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuatro madres indicaron que si (80%) ▪ Una madre (20%) que no
Frecuencia en el bañado de los niños	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una madre (20%) a diario ▪ Cuatro madres (80%) cada tres días 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tres madres (60%) cada tres días ▪ Dos madres (40%) cada dos
Conocimiento de las madres de cuantos hijos desean tener	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos madres no saben (40%) ▪ A una madre le gustaría tener más pero no sabe cuántos (20%) ▪ Una madre indicó que depende del hombre (20%) ▪ Y una madre respondió que cinco hijos (20%) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El 60% (n = 3) indicaron una cantidad exacta ▪ Dos madres (40%) indicaron que les gustaría tener más pero no saben cuantos.
Conocimientos de las madres sobre espaciar los embarazos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos madres (40%) si tienen conocimiento ▪ Tres madres no (60%) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos madres (40%) si tienen conocimiento ▪ Tres madres no (60%)
Disposición para recibir información ó para utilizar algún método	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos madres (40%) respondieron que si ▪ Tres madres no respondieron (60%) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una madre (20%) indicó que si ▪ El resto (80%) no respondieron
Conocimientos del padre sobre planificación familiar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos padres (40%) si tienen conocimientos ▪ El resto no respondió 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos padres (40%) si tienen conocimientos ▪ Un padre (40%) dijo que no tenía conocimientos ▪ Dos padres no respondieron (40%)
Disposición del padre para recibir información ó para utilizar algún método	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un padre (20%) si está interesado ▪ Un padre (20%) no sabe ▪ El resto no respondió (60%) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos padres (40%) indicaron que si ▪ El resto (60%) no respondieron

Fuente: Guías de Entrevista de las familias visitadas

Las madres indicaron que las enfermedades que dan con más frecuencia a los niños son las infecciones respiratorias y diarreas, y las respuestas sobre como detectan cuando sus niños están enfermos varían desde que están tristes y llorones, hasta cuando no tienen apetito hasta cuando ya no se levantan y están muy flacos. La mayoría de las madres indicaron que cuando sus niños tienen gripe

les compran medicinas y cuando tienen diarrea, el tratamiento varía casi en cada caso, encontrando que dos madres desviantes positivas (40%) brindan plantas medicinales como hoja de guayaba (*Psidium guajava* L.), telemón (*Cymbopogon citratus* DC.) y sununkil qeen (*Lantan hispida*). Con relación a las prácticas de alimentación, cuando los niños tienen diarrea, la mayoría de los niños disminuyen el consumo de alimentos y las madres no insisten en que coman, aunque sí brindan más líquidos.

Finalmente, con relación a si buscan atención cuando sus niños están enfermos, dos madres desviantes positivas llevan a sus hijos con el curandero y una consulta con su cuñada, mientras que una desviante positiva y cuatro no desviantes positivas no buscan atención fuera del hogar, en el caso particular de una no desviante positiva, ella le consulta a su esposo quien es el vigilante de salud del centro de convergencia.

C. Categorización de las Prácticas:

En el Cuadro No. 7 se presenta un listado de prácticas de las madres desviantes positivas y de las no desviantes positivas que se consideran adecuadas y que son analizadas si son accesibles, únicas y replicables, además, se presenta la cantidad de madres que las exhibían.

En cuanto a las prácticas de alimentación el 100% de las madres desviantes positivas y no desviantes positivas brindan lactancia materna como alimento principal en el primer año de vida de su hijo, estas prácticas se consideran accesibles y replicables, pero no únicas.

Con relación al cuidado infantil se encontró que al bañar a los niños por lo menos cada dos días es una práctica que cumple con los criterios para ser una práctica positiva, pero es más realizada por las madres no desviantes, mientras que el que la madre se lleve a sus hijos cuando salga y que el padre ayude a cuidarlos son prácticas de la mayoría de los hogares.

De las prácticas de búsqueda de servicios de salud que cumplen con los criterios propuestos está aumentar el consumo de líquidos ó brindar suero de rehidratación oral y buscar atención cuando los niños están enfermos.

Cuadro No. 6
Prácticas de búsqueda de servicios de salud según guía de entrevista
de Chelemá y Chelemá II, Guatemala, Abril 2005

PRÁCTICAS DE BÚSQUEDA DE SERVICIOS DE SALUD	DESVIANTES POSITIVOS	NO DESVIANTES POSITIVOS
Niños con esquema completo de vacunas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuatro niños si (80%) ▪ Un niño no (20%) 	El 100% lo tiene completo
Enfermedades más frecuentes en los niños	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuatro madres (80%) respondieron infecciones respiratorias y diarrea ▪ Una madre diarrea (20%) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tres madres respondieron infecciones respiratorias y diarrea (60%) ▪ Una madre diarrea (20%) ▪ Una madre fiebre (20%)
Signos ó síntomas que la madre observa cuando su niño está enfermo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos madres (40%) indicaron que cuando están irritables. ▪ Una madre que cuando tiene fiebre (20%) ▪ Una madre (20%) indicó que cuando no quiere comer ▪ Una madre (20%) cuando ya no se levantan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuatro madres indicaron que se ponen irritables ▪ Una madre indicó que se pone muy delgado (20%)
Búsqueda de servicios de salud cuando su niño tiene gripe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tres madres (60%) compran medicinas ▪ Una madre (20%) lo lleva al curandero ▪ Una madre (20%) no respondió 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuatro madres (80%) indicaron que compran medicinas ▪ Una madre (20%) no respondió
Búsqueda de servicios de salud cuando su niño tiene diarrea	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una madre no hace nada ▪ Una madre brinda suero ▪ Una madre usa plantas medicinales ▪ Una madre utiliza plantas medicinales y si no se cura lo lleva al curandero ▪ Una madre lo lleva al curandero (20% c/u) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos madres brindan medicinas (40%) ▪ Una madre sólo le da de mamar (20%) ▪ Dos madres no hacen nada (40%)
Prácticas de alimentación cuando a los niños les da diarrea	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos madres (40%) no los alimentan ▪ Dos madres solo brindan lactancia materna (40%) ▪ Una madre si lo alimenta (20%) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos madres (40%) indicaron que si los alimentan ▪ Una madre (20%) indicó que no ▪ Una madre indicó que solo da de mamar ▪ Una madre (20%) no respondió
Modificación de las prácticas de alimentación cuando el niño tiene diarrea	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una madre respondió que no (20%) ▪ Cuatro madres (80%) no respondieron 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una madre respondió que no (20%) ▪ Cuatro madres (80%) no respondieron
a. Les dan más comida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una madre si (20%) ▪ Cuatro madres no respondieron (80%) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos madres si (40%) ▪ Una madre no (20%) ▪ Dos (40%) no respondieron
b. Les dan menos comida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuatro madres (80%) si los aumentan ▪ Una madre no (20%) 	El 100% indicó que si
c. Aumento en el consumo de líquidos cuando tienen diarrea	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos madres (40%) llevan a sus hijos con el curandero ▪ Una madre (20%) consulta con su cuñada ▪ Dos madres (40%) no consultan con nadie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuatro madres respondieron que no (80%) ▪ Una madre le pregunta a su esposo, el vigilante de salud (20%)

Fuente: Guías de entrevista de las familias visitadas.

Cuadro No. 7

Prácticas positivas de las familias de Chelemá y Chelemá II, Guatemala, Abril 2005.

PRACTICAS POSITIVAS	MADRES		CATEGORÍAS		
	DP	NDP	A	U	R
DE ALIMENTACIÓN					
▪ Lactancia materna como alimento principal durante el primer año de vida	100%	100%	X	-	X
▪ Lactancia materna a demanda y de día y de noche	100%	80%	X	-	X
▪ Inicio de alimentación complementaria a los 6 meses de edad	40%	60%	X	-	X
▪ Brindar tres tiempos de comida por día	60%	60%	X	-	X
▪ Brindar alimentos a los niños aún cuando no tienen apetito	40%	80%*	X	-	X
▪ Hogares en los que la madre es la única responsable de alimentar al niño	100%	100%	X	-	X
▪ Familiares que apoyan a la madre para alimentar al niño	80%	20%	X	-	X
▪ La madre continúa la Lactancia Materna cuando está enferma	80%	100%	X	-	X
DE CUIDADO INFANTIL	DP	NDP	A	U	R
▪ La madre se lleva a su hijo cuando sale del hogar	80%	60%	X	-	X
▪ El esposo ayuda a cuidar a los niños	80%	80%	X	-	X
▪ Bañar a los niños por los menos cada tres días	80%	60%	X	-	X
DE BÚSQUEDA DE SERVICIOS DE SALUD	DP	NDP	A	U	R
▪ Lavado de manos antes de consumir alimentos	100%	100%	X	-	X
▪ Esquema completo de vacunación	80%	100%	X	-	X
▪ Identificación de signos y síntomas cuando el niño está enfermo	100%	100%	X	-	X
▪ Continuar la lactancia materna cuando los niños tienen diarrea	40%	20%	X	X	X
▪ Brindar suero de rehidratación oral cuando los niños tienen diarrea y continuar con la alimentación	20%	0%	X	X	X
▪ Uso de plantas medicinales para tratar las enfermedades diarreicas	40%	0%	X	X	X
▪ Búsqueda de atención o servicios cuando los niños están enfermos	60%	0%	X	X	X
DP = Porcentaje de madres desviantes positivas que efectuaban las prácticas NDP = Porcentaje de madres no desviantes positivas que efectuaron la práctica A = Accesibles: Todos cuentan con los recursos necesarios para efectuarlas U = Únicas: No forman parte del conocimiento popular R = Replicables: Cualquier persona las puede llevar a cabo. * El 100% de las NDP brindan solo lactancia materna, el 40% de las DP brindan otros alimentos.					

Fuente: Cuadros No. 4, 5 y 6.

VIII. DISCUSIÓN

Se seleccionaron cinco niños de ambas comunidades como desviantes positivos. Según el diagnóstico del estado nutricional siete niños, menores de 24 meses, presentaron un estado nutricional normal para los tres indicadores; el 74% de la población estudiada presentó retardo en el crecimiento, este porcentaje es mayor al reportado por la ENSMI para los niños guatemaltecos de 3 a 59 meses que es de 49.3%. condicionado por un destete inadecuado, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, el nacimiento de hermanos menores y falta de higiene personal y en la preparación de alimentos son factores que pueden condicionar la aparición de desnutrición durante el crecimiento y con más frecuencia en los menores de tres años. Debido a que la población es muy pequeña fue difícil establecer las diferencias entre ambos grupos.

En este estudio se utilizaron los tres indicadores antropométricos, a pesar de que la bibliografía sugiere utilizar únicamente peso para la edad. Pues este indicador no detecta la presencia de desnutrición crónica, padecimiento con una alta prevalencia en el país como se mencionó anteriormente, tampoco detecta la presencia de sobrepeso en niños con desnutrición crónica a quienes clasifica con estado nutricional normal.

Con relación al resto de criterios, todos los niños fueron clasificados como integrantes de familias pobres, de etnia Q'eqchí y con padre agricultor, el único criterio por el cual los dos niños con estado nutricional normal no fueron desviantes positivos es el criterio que establece la metodología para seleccionar a los niños desviantes positivos, que no deben ser hijos únicos.

El ingreso familiar de los desviantes positivos resultó ser mayor que el de los no desviantes, pues la mayoría de los desviantes positivos reciben entre Q.30.00 y 40.00, mientras que la mayoría de los NDP reciben entre Q.10.00 y 20.00. A pesar de esto, los miembros del COCODES mencionaron que todas las familias son pobres al mismo nivel, pues tienen la misma cantidad de tierra para cultivar, la cantidad y clase de animales que poseen es similar y los jornales los hace sólo durante tres meses al año. Es probable que un ingreso familiar mayor de las familias de los desviantes positivos condicione favorablemente el estado nutricional de los niños.

En cuanto a la cantidad de hijos por familia, se tienen en la mayoría el mismo número de hijos por lo que no se puede considerar en este estudio en particular, que mientras menos hijos tengan el estado nutricional será mejor.

De la guía de observación no se pudo obtener información útil en cuanto a las diferencias de prácticas de los desviantes positivos y sus contrapartes, ya que durante las visitas domiciliarias no

se pudo determinar el comportamiento normal de los integrantes de las familias pues las madres abandonaron sus actividades cotidianas para atender a la investigadora y al traductor, probablemente porque la investigadora no es de la etnia Q'eqchí y por ende no utiliza el traje típico ni habla el idioma, y por otro lado, el traductor es del sexo masculino y puede ser que no estén acostumbradas a recibir este tipo de visitas.

En ambos grupos se determinó que brindan lactancia materna como alimento principal durante el primer año de vida de los niños, a demanda de día y de noche. La edad a la que inician la alimentación complementaria varía entre los cinco y los doce meses, dos madres no desviantes positivos iniciaron a los cinco y seis meses, respectivamente, mientras que de las desviantes positivas las que iniciaron más temprano fueron a los siete meses, en esta situación, se consideran más adecuadas las prácticas de las no desviantes positivas pues a partir de los seis meses el valor nutritivo de la leche materna ya no es suficiente para el niño y por eso se recomienda iniciar la alimentación complementaria a esta edad.

Con relación a los alimentos con que iniciaron la alimentación complementaria, se encontró que el 50% (dos desviantes positivas y tres no desviantes positivas) inician solo con tortilla y el 40% (dos desviantes positivas y dos no desviantes positivas) inician con tortilla con caldo de frijol, de macuy ó de punta de güisquil; si bien la tortilla es un alimento con el que se debe iniciar la alimentación complementaria, no se considera adecuado combinarla con caldos, ya que éstos llenan el estómago del niño y no proveen suficientes nutrientes.

El 60% de todas las madres indicaron que ofrecen tres tiempos de comida por día a sus hijos, y una madre no desviante positiva (10%) reveló que brinda cuatro, se considera adecuado que durante el primer año de vida se brinden tres tiempos de comida al día ya que todavía la lactancia materna es el alimento principal, como se mencionó anteriormente.

Las madres desviantes positivas son apoyadas para alimentar a sus niños por sus hijas mayores, mientras que las no desviantes positivas son apoyadas por tías o abuelas, por lo que se considera probable que los niños no quieran comer cuando los alimentos son ofrecidos por personas que no habitan en su hogar, como sería el caso de tías y abuelas. En cuanto a la reacción de las madres cuando sus hijos no quieren comer se evidenció más preocupación de las madres DP que de las NDP.

Cuando se preguntó a las madres si continuaban la lactancia materna cuando se enferman, nueve respondieron que si y una respondió que no se enferma, esta señora es desviante positiva, el

el hecho que ella no se enferme puede influir positivamente en que sus hijos presenten un adecuado estado nutricional.

En relación a las prácticas de cuidado infantil, el 80% de las desviantes positivas y el 60% de las no desviantes siempre se llevan a sus hijos cuando salen, esta práctica es adecuada desde el punto de vista de si el niño necesita alimentarse está con su madre para que ella le ofrezca lactancia materna ó los alimentos que necesite.

Si los niños están muy traviesos la mayoría de las madres los regañan pero indicaron que no les pegan para corregirlos, se considera adecuado que no agredan físicamente a los niños para educarlos. La mayoría de las madres indicaron que no juegan con sus hijos. En varios estudios previos se ha encontrado que los desviantes positivos provienen de hogares en los que los corrigen cariñosamente y en donde juegan con ellos.

La mayoría de los padres, apoyan a sus esposas en el cuidado de los niños, en un hogar en el que los padres comparten las responsabilidades, las actividades de la madre se reducen y es probable que al tener menos responsabilidades el cuidado de los niños sea mejor.

La mayoría de las madres bañan a sus hijos cada tres días, se considera conveniente que bañen a los niños por lo menos cada tres días a pesar de las condiciones climáticas (el clima oscila entre los 9 y 13° y las comunidades se encuentran en bosque nuboso por lo que llueve constantemente), pues la falta de higiene personal puede propiciar la aparición de enfermedades que pueden comprometer el estado nutricional de los niños.

La minoría de los padres de familia sabe cuantos hijos quiere tener, conocen algún método de planificación familiar y están dispuestos a utilizarlo. Se considera adecuado que las familias planifiquen la cantidad de hijos que desean ó que pueden tener de acuerdo a su situación socioeconómica.

Con relación a las prácticas de búsqueda de servicios de salud, todas las madres indicaron que sus hijos siempre se lavan las manos antes de consumir sus alimentos, esta es una práctica adecuada ya que evita la transmisión de enfermedades microbianas a los alimentos. Solo un DP tiene incompleto el esquema de vacunación, la falta de inmunizaciones puede dar lugar a la aparición de las enfermedades que son prevenidas.

Al igual que en el resto del país, todas las madres indicaron que las enfermedades que más afectan a sus niños son las infecciones respiratorias agudas y las diarreas. En ambos grupos se

pudo constatar que las madres si detectan los signos iniciales de estas enfermedades; es adecuado el que una madre detecte oportunamente una enfermedad para que tenga la oportunidad de brindar tratamiento ó tomar precauciones necesarias. Más madres no desviantes, buscan medicinas para tratar a sus hijos contra las IRA's que las desviantes; en el tratamiento de las diarreas son más las desviantes quienes buscan atención para sus hijos que las no desviantes , es importante que las madres brinden tratamiento para evitar que estas enfermedades afecten el crecimiento y desarrollo de sus hijos, sin embargo, algunas de las madres que indicaron que brindan medicinas mencionaron que para las infecciones respiratorias compran aspirinitas u otros medicamentos que no son prescritos por un médico, mientras que en el caso de las diarreas una madre indicó que compra un antidiarreico. Solamente dos madres, una desviante y una no desviante, informaron que brindan más alimentos a sus hijos cuando tienen diarrea, la diarrea es una enfermedad en la que es conveniente continuar con la alimentación, ya sea si solo es lactancia materna ó si el niño ya consume otros alimentos. La mayoría de las madres aumentan el consumo de líquidos durante los episodios de diarrea, esto es correcto pues los niños corren el riesgo de deshidratarse rápidamente y si no se les rehidrata con este tipo de soluciones pueden llegar a sufrir shock séptico tras el cual generalmente fallecen. Algunas madres informaron que brindan infusiones de plantas medicinales para aliviar los síntomas de gripe y diarrea, en el caso de las diarreas es positivo que aumenten el consumo de líquidos, así como si los niños tienen fiebre.

Las plantas referidas por las madres para el tratamiento de la diarrea fueron la hoja de guayaba (*Psidium guajava* L.) y el telemón (*Cymbopogon citratus* DC.) y es importante mencionar que existe literatura que refiere en el caso de la hoja de guayaba que tiene propiedad antibacteriana, antiemética, antiinflamatoria, antihelmíntica, antiséptica, antitusiva, carminativa y espasmolítica; y el telemón tiene propiedad aromática, digestiva, diurética, espasmolítica, estomáquica, febrífuga e hipotensora (3); por lo que se considera adecuado que continúen utilizándolas y que siempre consulten en algún servicio de salud.

Las madres desviantes positivas sí buscan atención o servicios para que sus niños reciban tratamiento de las enfermedades, mientras que de las no desviantes positivas sólo una lo hace, esta práctica contribuye a la recuperación del estado nutricional de los niños, favoreciendo la recuperación y evitando que las enfermedades los agraven.

Las prácticas se categorizaron como positivas si cumplían con los criterios de ser accesibles a todos los hogares, únicas que implicaba que fueran realizadas por la minoría y replicables que implica que cualquier madre la pueda llevar a cabo. En este estudio las prácticas positivas son: continuar la lactancia materna cuando los niños tienen diarrea, brindar suero de rehidratación oral y continuar con la alimentación cuando los niños tienen diarrea, brindar suero de rehidratación oral y

continuar con la alimentación cuando los niños tienen diarrea, el uso de plantas medicinales y la búsqueda de atención o servicios cuando los niños se enferman. Existen otras prácticas que se consideran adecuadas y que se deben promover en las comunidades, a pesar de que eran realizadas por la mayoría de madres ó por no desviantes positivas, no se consideran positivas pero si adecuadas para promover, estas son: brindar lactancia materna como alimento principal durante el primer año de vida, a demanda de día y de noche, ofrecer como mínimo tres tiempos de comida a los niños mayores de seis meses, y la identificación temprana de signos y síntomas cuando el niño está enfermo.

IX. CONCLUSIONES

1. El 100% (42 niños) pertenecen a familias pobres con ingresos entre Q.10.00 y 40.00 diarios durante la época en que hacen jornales, pertenecen a la etnia Q'eqchí y todos los padres de familia se dedican a la agricultura.
2. Se identificaron cinco desviantes positivos de ambas comunidades que presentaron un estado nutricional normal, un nivel socioeconómico bajo de acuerdo a los parámetros comunitarios, y no eran hijos únicos.
3. Las prácticas alimentarias que favorecen un estado nutricional adecuado son:
 - a) Lactancia materna como alimento principal durante el primer año de vida,
 - b) Lactancia materna a demanda, de día y de noche,
 - c) Inicio de alimentación complementaria a los seis meses de edad,
 - d) Brindar por lo menos tres tiempos de comida por día
4. Las prácticas de cuidado infantil que favorecen un estado crecimiento y desarrollo de los niños cuando:
 - a) La madre se lleva a su hijo cuando sale del hogar,
 - b) El esposo ayuda a cuidar al los niños,
 - c) Bañar a los niños por lo menos cada tres días.
5. Las prácticas de búsqueda de servicios de salud que favorecen un adecuado crecimiento y desarrollo:
 - a) El que las madres laven las manos de sus hijos cada vez que van a comer,
 - b) Que tengan el esquema completo de vacunación
 - c) Identificación temprana de los signos que presentan los niños cuando se enferman,
 - d) Continuar la lactancia materna cuando los niños tienen diarrea,
 - e) Brindar suero de rehidratación oral cuando los niños tienen diarrea y continuar con la alimentación,
 - f) El uso de plantas medicinales como la hoja de guayaba y el telemón,
 - g) La búsqueda de atención ó servicios de salud cuando los niños están enfermos.

6. Cuatro prácticas fueron categorizadas como positivas, estas son:
 - a) Continuar la lactancia materna cuando los niños tienen diarrea,
 - b) Brindar suero de rehidratación oral y continuar con la alimentación cuando los niños tienen diarrea,
 - c) El uso de plantas medicinales como la hoja de guayaba y el telemón en el caso de diarreas e infecciones respiratorias,
 - d) Búsqueda de atención o servicios cuando los niños se enferman.

7. Se encontraron ciertas prácticas que no favorecen el estado nutricional de los niños, estas son:
 - a) El inicio tardío de la alimentación complementaria y con un solo alimento ó con una mecla de alimentos de bajo valor nutritivo,
 - b) Algunas madres que no hacen nada cuando sus hijos no tienen apetito,
 - c) La adquisición de medicinas que no son prescritas por algún profesional de la salud.

X. RECOMENDACIONES

1. Promover a nivel comunitario el inicio de la alimentación complementaria a los seis meses de edad siguiendo las recomendaciones de las guías alimentarias para la población menor de dos años.
2. Orientar a las madres sobre el riesgo que corre un niño cuando no consume sus alimentos y promover las prácticas positivas:
 - a) Continuar la lactancia materna cuando los niños tienen diarrea,
 - b) Brindar suero de rehidratación oral y continuar con la alimentación cuando los niños tienen diarrea,
 - c) El uso de plantas medicinales como la hoja de guayaba y el telemón en el caso de diarreas e infecciones respiratorias,
 - d) Búsqueda de atención o servicios cuando los niños se enferman.
3. Promover las prácticas que aunque no fueron positivas se consideraron adecuadas:
 - a) Brindar lactancia materna como alimento principal durante el primer año de vida, a demanda y de día y de noche,
 - b) Ofrecer como mínimo tres tiempos de comida los niños mayores de seis meses,
 - c) Identificación temprana de signos y síntomas cuando el niño está enfermo.
4. Previo a la investigación de desviación positiva sería conveniente compartir cierto tiempo con las madres en las comunidades para que exista cierta confianza y mejor comunicación.
5. Llevar a cabo un proyecto en estas comunidades en el que se realicen talleres hogareños y en estos se promuevan las prácticas adecuadas encontradas en este estudio.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Ahrari, M. et al. 2002. **Factors associated with successful pregnancy outcomes in Upper Egypt: A positive deviance inquiry.** Food and Nutrition Bulletin (supplement), (US) 23(4):83-88.
2. Berggren, W. Wray, J. 2002. **Positive deviant behavior and nutrition education.** Food and Nutrition Bulletin (supplement), (US) 23(4):7-8.
3. Cáceres, Armando. 1996. **Plantas de Uso Medicinal en Guatemala.** Guatemala, Editorial Universitaria. 402 p.
4. CONGA. (Comisión Nacional de Guías Alimentarias de Guatemala GT). 2000. **Guías Alimentarias para Guatemala: Los siete pasos para una alimentación sana.** Guatemala, CONGA. 44p.
5. _____ 2003. **Guías Alimentarias para la Población Guatemalteca menor de dos años.** Guatemala, CONGA. 36p.
6. The Child Survival Collaborations and Resources Group, The CORE Group. 2003. **Positive Deviance Hearth: A Resource Guide for Sustainably Rehabilitating Malnourished Children.** U.S.A., The Core Group. 192 p.
7. Dearden, K. et al. 2002. **What influences health behavior? Learning form caregivers of young children in Viet Nam.** Food and Nutrition Bulletin (supplement), (US) 23(4):117-127.
8. Gragnolati, M. y Marini, A. 2003. **Health and Poverty in Guatemala.** Guatemala. World Bank. 65 p.
9. Guldán, G. et al. 1997. **Prácticas de destete y crecimiento en lactantes rurales de Sechuán: un estudio de desviación positiva,** Nutrilinfo. No. 13. Consultado el 20 de julio de 2003. Disponible en:
<http://165.158.1.110/spanish/hpp/hpn/hpn13.01.htm>
10. INE (Instituto Nacional de Estadística Guatemala GT). 1996. **Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995.** Guatemala, INE. 245 p.
11. _____ 2003. **Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002.** Informe Resumido. Guatemala, INE. 38 p.

12. Lapping, K. et al. 2002. **The positive deviance approach: Challenges and opportunities for the future.** Food and Nutrition Bulletin (supplement), (US) 23(4):128-135.
13. _____ 2002. **Comparison of a positive deviant inquiry with a case-control study to identify factors associated with nutritional status among Afghan refugee children in Pakistan.** Food and Nutrition Bulletin (supplement), (US) 23(4):26-33.
14. Marsh, D. et al. 2002. **Identification of model newborn care practices through a positive deviance inquiry to guide behavior-change interventions in Haripur, Pakistan.** Food and Nutrition Bulletin (supplement), (US) 23(4):107-116.
15. Mckintosh, U. Marsh, D. Schroeder, D. 2002. **Sustained positive deviant child care practices and their effects on child growth in Viet Nam.** Food and Nutrition Bulletin (supplement), (US) 23(4):16-25.
16. Medappa, N. 2003. **Determinants of the development of food behaviors and nutrition.** ICMR Bulletin. (IN). 33(8):3-8.
17. SEGEPLAN (Secretaría General de Planificación GT). 2003. **Estrategia para la Reducción de la Pobreza, Municipio de San Miguel Tucurú Departamento de Alta Verapaz.** Guatemala, SEGEPLAN. 105 p.
18. Sethi, V. et al. 2003. **Encouraging Appropriate Infant Feeding Practices in Slums: A Positive Deviance Approach.** Pakistan Journal of Nutrition. (PK) 2(3):164-166.
19. Shekar, M. Habicht, J. Latham, M. 1991. **Is positive deviance in growth simply the converse of negative deviance?** Food and Nutrition Bulletin. (US) 13(1):7-11. Consultado el 9 de septiembre de 2003. Disponible en:
<http://www.unu.edu/unupress/food/8f131e/8F131E01.htm>
20. Sternin, M. Sternin, J. Marsh, D. 1998. **Designing a Community-Based Nutrition Program Using the Hearth Model and the Positive Deviance Approach – A Field Guide.** U.S.A., Save the Children. 85 p.
21. Zeitlin, M. Ghassemi, H. Mansour, M. 1990. **Positive Deviance in Child Nutrition –with emphasis on Psychosocial and Behavioral Aspects and Implications for Development.** U.S.A., The United Nations University. 163 p.

XII. ANEXOS

Anexo No. 1

Guía de Observación para Estudios de Desviación Positiva

Nombre del niño seleccionado: _____ Fecha: ___/___/___

Apellidos de la familia: _____ Comunidad: _____

Categoría seleccionada: (DP) (NDP)

Hora de inicio: _____ hrs. Hora de finalización: _____ hrs.

Se contestarán únicamente las preguntas que se puedan observar

I. Hogar:

1. Niño seleccionado

¿Cómo se mira el niño? animado_____ aburrido_____

(Animado: se mantiene moviéndose, caminando, jugando, hablando, atento, etc.

Aburrido: irritable, quieto, llorón. En caso de que el niño esté dormido no se contestará esta pregunta).

¿Está limpio o no? cuerpo limpio___ cuerpo sucio___ ropa limpia___ ropa sucia___

(El cuerpo limpio se refiere a que tenga los brazos y la cara limpia, la ropa limpia es aquella que no tiene manchas grandes de lodo, tierra ó grama)

2. Cuidadores primarios

¿Quién es? (¿la madre?) sí_____ no_____ _____

(Si no es la madre, especificar quien)

¿Cómo se ve? motivada_____ desmotivada_____

(Motivada se refiere a que la madre refleja agrado, satisfacción con las actividades del hogar y que trata con cariño y paciencia a sus hijos)

¿Está limpia o no? sí_____ no_____

(Limpia se refiere a que tenga su cabello recogido, su cara, manos y brazos sin manchas grandes de tierra, lodo, etc.)

3. Cuidadores secundarios

¿Quién es? abuela____ hermanos____ padre____ tíos____ otros ____
 especifique_____

¿Cómo se ve? motivado____ desmotivado____

(Motivada se refiere a que la madre refleja agrado, satisfacción con las actividades del hogar y que trata con cariño y paciencia a los niños)

¿Está limpio o no? sí____ no____

(Limpio se refiere a que tenga su cabello recogido, su cara, manos y brazos sin manchas grandes de tierra, lodo, etc.)

4. Hermanos menores del niño

¿Cómo se ven? contentos____ irritables____

(Contentos son aquéllos niños que pueden estar jugando, corriendo, etc. o bien que están atentos. Irritables son los que están llorando, gritando y están incómodos en la posición que se encuentren, ya sea acostados, sentados, parados, etc.)

Comentarios u observaciones

II. Prácticas:

1. Prácticas alimentarias:

¿Lavan sus manos antes o después de alimentar al niño? sí____ no____

¿Come el niño alimentos tomados del huerto o del campo? sí____ no____

¿Lavados ó no lavados? sí____ no____

¿Come el niño alimentos que han sido tocados por animales? sí____ no____

2. Alimentación

¿Qué es lo que el niño come?_____

¿Cuál es la consistencia de la comida?_____

3. Prácticas alimentarias familiares

¿La familia come junta? Sí _____ no _____

¿Existe prioridad a los varones? En cantidad Sí _____ no _____

En frecuencia sí _____ no _____

Otros:

4. Interacción entre los cuidadores y el niño

¿Cuidan al niño? sí _____ no _____

(Cuidar al niño se refiere a que la madre está pendiente de que el niño no corra algún riesgo, que no se vaya a lastimar, que no se meta las manos u objetos sucios a la boca).

¿Interactúan cariñosamente con el niño? sí _____ no _____

(Interactuar cariñosamente se refiere a que le hablan con palabras cariñosas, al tocarlo lo hacen con cuidado de no lastimarlo, lo besan, se ríen con él, juegan con él, etc.)

5. Interacción de los miembros de la familia y el niño

¿Cuidan del niño? sí _____ no _____

(Cuidar al niño se refiere a que la madre está pendiente de que el niño no corra algún riesgo, que no se vaya a lastimar, que no se meta las manos u objetos sucios a la boca).

¿Interactúan cariñosamente con el niño? sí _____ no _____

(Interactuar cariñosamente se refiere a que le hablan con palabras cariñosas, al tocarlo lo hacen con cuidado de no lastimarlo, lo besan, se ríen con él, juegan con él, etc.)

6. Higiene personal

¿El niño tiene las uñas largas? sí _____ no _____

¿El niño tiene las uñas llenas de lodo o tierra? sí _____ no _____

¿La madre se lava las manos luego de llevar al niño a la letrina? Sí _____ no _____

¿La madre tiene las uñas largas? Sí _____ no _____

¿La madre tiene las uñas llenas de lodo o tierra? Sí _____ no _____

7. Preparación de alimentos

¿Se lavan las manos antes de preparar los alimentos? Sí _____ no _____

¿Lavan las frutas y verduras crudas? Sí _____ no _____

8. Agua

¿El agua está limpia? Sí _____ no _____

¿Mantienen tapada el agua para beber? Si _____ no _____

Comentarios u observaciones

III. Entorno del hogar:

1. Hogar

¿Cómo se ve la cocina? Limpia _____ sucia _____

(La cocina sucia es aquella que tiene basura tirada en el suelo, la mesa manchada de comida o con basura en la misma, las sillas o banquitos están manchados de comida o con basura y hay heces de animales o huelen a orina de niños o animales)

¿Hay cuartos para dormir? Sí _____ no _____, ¿Cuántos? _____

(Se le llama cuarto al lugar en donde duermen los habitantes de la casa que está separado por paredes, tabiques, láminas o algo que lo separe del lugar en donde comen y preparan los alimentos)

2. Letrina

¿Tienen letrina? sí _____ no _____

¿Está limpia? Sí _____ no _____

¿Está cerca o lejos? Menos de 5 metros _____ más de 5 metros _____

Si no hay letrina, ¿En donde depositan el excremento?

3. Animales

¿Qué animales tienen? _____

¿Pueden entrar a la casa? Sí _____ no _____

¿Están ellos dentro de un corral? Sí _____ no _____

¿Juegan los niños con ellos? Sí _____ no _____

Comentarios u observaciones

Anexo No. 2
Guía de Entrevista Estructurada
para Estudios de Desviación Positiva

Nombre del niño seleccionado: _____ Fecha: ___/___/___
 Apellidos de la familia: _____ Comunidad: _____
 Categoría seleccionada: (DP) (NDP)
 Hora de inicio: _____ hrs. Hora de finalización: _____ hrs.

Las notas que se encuentran en paréntesis no serán comunicadas a las madres, serán de utilidad para clasificar las respuestas durante el llenado de la entrevista.

I. Información General:

1. ¿Cuántas personas viven en la casa? _____
2. ¿Cuántos niños hay en la casa? (# de niños menores de 18 años) _____
3. ¿Cuales son sus edades? (Edades en años y meses, de ser posible) _____
4. ¿Cuántos hay menores de tres años? _____
5. ¿Los niños mayores de siete años van a la escuela? _____
6. ¿Si no van a la escuela, porqué es? (por trabajar, por que no es importante) _____

7. ¿A qué se dedica el padre de familia? _____
8. ¿Cuánto es el ingreso familiar por día? _____

II. Preguntas sobre prácticas de alimentación a la madre o encargada

1. ¿Esta ud. amamantando al niño?
(Responder sí o no) _____

2. ¿Si es así, con que frecuencia?
(Indicar un rango de tiempo, ej: cada dos, tres o cuatro horas y si es a demanda)

3. ¿Lo hace por las noches?
(Responder sí o no) _____

4. ¿Cuándo empezó a darle de comer a su hijo?
(Edad en meses del niño) _____

5. ¿Y con que alimento empezó?
(Indicar el nombre del alimento o los ingredientes de la preparación)

6. ¿Cuántos tiempos de comida le da al niño?
(Indicar el número y enlistar el nombre de los tiempos de comida)

7. ¿Quién alimenta al niño? _____

8. ¿Su hijo es alimentado por otras personas? (Sí o no) _____

9. ¿Quiénes?
(Especificar qué miembro de la familia)

10. Sólo para madres lactantes; ¿Le da de mamar cuando está enferma? (sí o no, y porqué)

III. Preguntas acerca de las prácticas de cuidado

1. ¿Cuándo usted sale, quien le cuida al niño(a)?

2. ¿Qué hace usted cuando su niño(a) está muy travieso(a)? (lo regaña, le pega, lo castiga, otros, especificar)

3. Si le pega, ¿con qué frecuencia?

4. ¿Usted juega con su niño, como lo hace?

5. ¿Su esposo cuida a sus niños? (sí o no)

6. ¿Cuántos hijos quisiera tener? (responder solo el número)

7. ¿Usted ha escuchado sobre espaciar los embarazos? (si o no)

8. ¿Está interesada en eso? (si o no y porqué?)

IV. Preguntas acerca de las practicas de búsqueda de servicios de salud

1. ¿Cada cuanto tiempo baña a su niño(a)? (días, semanas, etc.) _____
2. ¿Le lava las manos antes de comer? _____
3. ¿Está su niño vacunado? (sí o no) _____
4. ¿Si está vacunado, tiene el esquema completo o incompleto? _____
5. ¿Qué enfermedades le dan más seguido a su hijo? (Enumerarlas) _____

6. ¿Cómo sabe usted cuando su niño está enfermo? _____

7. ¿Qué hace usted cuando su niño tiene gripe? _____

8. ¿Qué hace usted cuando su niño tiene diarrea? _____

9. ¿Cuándo a su hijo le da diarrea, usted le da comida? (sí o no) _____
10. ¿Le da más comida? (si o no) _____
11. ¿Le da menos comida? (si o no) _____
12. ¿Por qué? _____

13. ¿Le da más líquidos? (si o no) _____

14. ¿Por qué? _____

15. ¿Le pregunta a alguien como hacer para que su niño se recupere de las enfermedades? _____

V. Preguntas al padre (Si se encuentra en el hogar)

1. ¿Cuántos hijos tiene? _____

2. ¿Cuántos quiere? _____

3. ¿Ha escuchado algo sobre espaciar los embarazos? _____

4. ¿Está interesado? _____

VI. Preguntas a la abuela (materna o paterna) (si está accesible).

1. En su opinión, ¿a qué edad se debe empezar a dar comida a los niños además de la lactancia materna? _____

2. ¿Qué comidas son buenas para los niños menores de cinco años? _____

3. ¿Por qué? _____

4. ¿Qué comidas no deben dársele a los niños menores de tres años? _____

Anexo No. 3
Criterios Generales para la Selección de los Participantes

Desviantes Positivos (DP)	No Desviantes Positivos (NDP)
Criterios de inclusión	
Familia pobre según criterios comunitarios Ser de la etnia Q'eqchí El padre de familia se dedique a lo que hace la mayoría en la comunidad	
<ul style="list-style-type: none"> - Estado Nutricional normal según Indicadores antropométricos: Peso/edad: entre -1 y +1 D.E. Peso/talla: entre -1 y +1 D.E. Talla/edad: entre -1 y +1 D.E. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desnutrición global, aguda o crónica: Indicadores antropométricos: Peso/edad: debajo de -1 D.E. Peso/talla: debajo de -1 D.E. Talla/edad: debajo de -1 D.E.
Criterios de exclusión	
<ul style="list-style-type: none"> - Ser hijo único - Tener un hermano menor con desnutrición grave (según indicadores clínicos de kwashiorkor o marasmo) - Que la familia sea beneficiaria de un programa de ayuda alimentaria. 	No hay

Anexo No. 4
Boleta para la Identificación de los niños
Desviantes Positivos ó no Desviantes Positivos

Comunidad: _____
Nombre del niño: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Nombre de la madre: _____
Peso: _____ libras Talla: _____ centímetros
P/E: _____ D.S. P/T: _____ D.S. T/E: _____ D.S.
Estado Nutricional: _____
Familia pobre: ____ Sí ____ No. Etnia Q'eqchí: ____ Sí ____ No. <small>(Referida por el COCODE)</small>
Ocupación del padre: _____
Hijo único: ____ Sí ____ No. Hermano menor con desnutrición grave: ____ Sí ____ No
Reciben ayuda alimentaria: ____ Sí ____ No. DP _____ NDP _____

Anexo No. 5

Matriz General para Identificar Prácticas Adecuadas y no Adecuadas

PRÁCTICAS Y/O CONDUCTAS	ADECUADAS	NO ADECUADAS
ALIMENTACIÓN		
Lactancia Materna a menores de seis meses	Exclusiva, a demanda y de día y de noche. Consumo de fórmulas infantiles con prescripción.	Consumo de agua con azúcar, infusiones, atoles, leche de vaca, cabra, etc.
Lactancia Materna de seis a once meses	Alimento principal + alimentación complementaria	Ausencia o alimento principal
Alimentación complementaria	Inicio a los 6 meses. Cereales y granos, frutas, y verduras o hierbas. A partir de los 9 meses, introducción de carnes.	Inicio antes o después de los 6 meses. Golosinas, gaseosas, clara de huevo, infusiones y caldos.
Número de tiempos de comida	Tres como mínimo	Menos de tres
Alimentación en diarrea	Igual, aumento de líquidos.	Suspendida, igual o menos líquidos.
Lactancia materna cuando la madre está enferma	Activa.	Suspendida.
Lavado de manos	Antes de comer, después de ir al baño, antes de preparar los alimentos.	No lavarse antes de comer, no lavarse después de ir al baño, no lavarse antes de preparar los alimentos.
Lavado de los alimentos	Lavados con agua y jabón antes de consumirlos, remojarlos en cloro o ambos.	No hacerlo.
Prioridad por género	Brindar la misma cantidad y calidad de comida	Prioridad por los varones o por las niñas para brindar más y mejores alimentos.
Cocina	Mantener la cocina limpia y sin la presencia de animales.	Cocina sucia y los animales caminan libremente por ella.
Agua para beber o cocinar	Agua limpia ó potable	Sin tratamiento
CUIDADO		
Cuidado de los niños	Ver que los niños no corran algún riesgo de lastimarse ó de algún peligro.	No preocuparse de que al niño le suceda algo peligroso o que le cause algún daño.
Corrección de los niños	Hablarle o explicarle que no debe hacer ciertas cosas sin estarle pegando constantemente.	Pegarle al niño más de tres veces por semana.
Paternidad responsable	Cuando tanto la madre como el padre cuida de los niños	Cuando sólo la madre es la responsable del cuidado de los niños.
Planificación familiar	Tener la cantidad de hijos que se desea tener.	Tener más hijos de los que se desea.
Influencia de abuelas o suegras	Que las abuelas o suegras recomienden prácticas de alimentación seguras.	Que las abuelas o suegras recomienden prácticas de alimentación inseguras.
BÚSQUEDA DE SERVICIOS DE SALUD		
Higiene personal	Bañar al niño por lo menos dos	Bañarlo menos de dos veces

	<p>veces por semana. Que el niño mantenga las manos limpias antes y durante comidas.</p>	<p>por semana. Que el niño tenga las manos sucias antes y después de las comidas.</p>
Vacunación	Que el niño tenga el esquema de vacunación completo para su edad.	Que el niño no esté vacunado ó tenga el esquema incompleto para su edad.
Cuidado durante la gripe	Aumento en el consumo de líquidos, no arroparlo demasiado, brindarle algún antipirético. Consultar en el centro de salud.	No brindarle más líquidos, exponerlo al frío sin suficiente ropa, no brindar ningún medicamento que sea antipirético y no llevarlo al centro de salud.
Cuidado durante la diarrea	Consultar en el centro de salud, aumento en el consumo de líquidos.	No consultar en el centro de salud y no aumentar los líquidos.
Consultar en el centro de salud	Buscar ayuda en el centro de salud cuando los niños están enfermos.	No buscar ayuda en el centro de salud cuando los niños están enfermos.
Acondicionamiento del hogar	Hay cuartos para dormir	Todos duermen juntos sin contar con un cuarto.
Letrina	Uso de letrina, sanitario, etc.	Deposiciones alrededor de la vivienda.
Animales	Se encuentran aislados en un corral y es ahí en donde depositan sus heces fecales.	Los animales andan sueltos por la vivienda defecando ó caminando por los cultivos y el interior del hogar.

Anexo No. 6

Matriz para Clasificación de Prácticas Adecuadas en

Br. Sandra Margarita Sandoval Cifuentes

Autora

Lcda. M.A. Elsa García Arriaza

Asesora

Lcda. M.A. Nirma Aldina Méndez Navas

Asesora

Lcda. M.Sc. Silvia Rodríguez de Quintana

Directora Escuela de Nutrición

Lic. M.Sc. Gerardo Leonel Arroyo Catalán

Decano