

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL



TRABAJO DIRIGIDO

**EL SEGUIMIENTO COMO UNA ESTRATEGIA DE APOYO SOCIAL
E INSTITUCIONAL A FAMILIAS DE NIÑOS Y NIÑAS EN PROCESO
DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL: *Una experiencia de
intervención en el Centro de Nutrición Infantil "Albina R. de Patiño"*
(Cochabamba)**

Egresada: Carolina Gina Cruz
Méndez
Tutor Académico: Msc. David Gamboa
Quispe
Tutor Institucional: Dr. Mario Muñoz

Cochabamba, noviembre 2007

Dedicatoria:

A mis padres, a mi compañero y mis hijos quienes me impulsaron a llevar adelante este proyecto con su apoyo incondicional.

A todas las personas que hicieron posible la concreción de este trabajo.

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	4
PRIMERA PARTE.....	6
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	6
3. MARCO CONCEPTUAL.....	7
4. NECESIDAD INSTITUCIONAL	12
5. OBJETIVOS	14
5.1. General	14
5.2. Específicos.....	14
6. METODOLOGÍA.....	14
6.1. Selección y tipología familiar.....	15
6.2. Visita domiciliaria	17
6.3. Talleres	18
6.4. Código de problemas	20
6.5. Encuesta socioeconómica	21
6.6. Observación participativa.....	21
6.7. Entrevista informal y focalizada	22
SEGUNDA PARTE	23
7. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....	23
7.1. Información institucional.....	23
7.2. Características familiares al ingreso del niño al Centro de Nutrición	24
7.2.1. Familias tipo A: Niños (as) con desnutrición leve	25
7.2.2. Familias tipo B: Niños (as) con desnutrición moderada.....	38
7.2.3. Familias tipo C: Niños (as) con desnutrición grave.....	56
7.3. Cambios observados durante el seguimiento	68
7.3.1. Familias tipo A: Niños (as) con desnutrición leve	68
7.3.2. Familias tipo B: Niños (as) con desnutrición moderada.....	75
7.3.3. Familias tipo C: Niños (as) con desnutrición grave.....	85
7.4. Talleres de aprendizaje y reflexión	92

TERCERA PARTE	100
8. PROPUESTA PARA UN MODELO DE SEGUIMIENTO	100
8.1. ¿Para qué un modelo de seguimiento participativo?	102
8.2. ¿Quiénes son los responsables directos en el seguimiento?	103
8.3. ¿Qué se hace con el seguimiento?.....	104
8.3.1. Identificación de indicadores de seguimiento	106
8.4. ¿Cómo debería hacerse el seguimiento?	109
8.5. ¿Cuándo efectuar el seguimiento?	113
8.6. Modelo de seguimiento participativo	114
8.7. ¿Cuáles son los componentes principales del modelo de seguimiento? .	115
8.8. Pasos necesarios para el seguimiento.....	117
9. CONCLUSIONES	122
10. BIBLIOGRAFÍA.....	126
11. ANEXOS.....	127

1. INTRODUCCIÓN

De manera general, las instituciones públicas y privadas que trabajan en el área de salud confrontan múltiples problemas y necesidades para mejorar la calidad de sus servicios. Esta condición dificulta que los sectores más vulnerables de nuestra sociedad –población indígena, rural y urbana de bajos ingresos, niños-niñas, mujeres, entre otros- puedan tener una atención oportuna y con capacidad resolutive. En el caso de la población infantil, las condiciones de atención a familias de escasos recursos posiblemente sean las más desventajosas y excluyentes, a pesar de haberse aprobado e implementado programas de salud pública gratuitos, como el Seguro Universal Materno-Infantil (SUMI). El problema de la accesibilidad y aceptabilidad de dichos servicios continúa siendo desfavorable para esta categoría de población.

La niñez boliviana de familias cuyo índice de desarrollo humano se ubica entre los más bajos¹, tiende a ser el grupo etéreo más vulnerable y con elevado riesgo social, por ello es el sector que mayor atención requiere en salud, brindando seguridad alimentaria y erradicando la desnutrición infantil.

En Bolivia, son pocas las instituciones que trabajan en la recuperación nutricional infantil. Una de estas instituciones se encuentra en el departamento de Cochabamba, la misma que viene trabajando desde hace cinco años atrás. En este lapso de tiempo, relativamente corto, el Centro de Nutrición Infantil “Albina R. de Patiño” (CNIAP), ha visto la necesidad de contar con una estrategia de seguimiento a familias cuyos niños y niñas son recuperados nutricionalmente y retornan a sus hogares.

¹ Ingresos económicos muy por debajo de la escala salarial, reducida esperanza de vida al nacer, elevado índice de analfabetismo o limitaciones de acceso a la educación y a la salud.

Para el CNIAP, no se sabe concretamente cuáles son las condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales que rodea al niño² en su hogar, donde, prácticamente, continúa su recuperación nutricional. La adopción de una estrategia de seguimiento posibilita conocer la situación de dichas familias, una vez que el niño ya no se encuentra bajo atención en el CNIAP³. Además, permite al personal técnico asumir tareas oportunas de acompañamiento, a fin de evitar retrocesos o reingresos.

El presente informe sistematiza la experiencia de intervención con familias de niños que se encuentran en proceso de recuperación, dando a conocer, por una parte, las características principales a nivel social, económico, medioambiental y cultural que presentan 21 familias seleccionadas para la fase de internación de sus niños y para la fase de seguimiento, posterior a dicha internación. A partir de esta experiencia sistematizada, se presenta una propuesta para la adopción de un modelo de seguimiento que permita hacer más eficaz la labor de recojo de información para la toma de decisiones, no solo enmarcadas en acciones de tratamiento y recuperación nutricional, sino también en hacer más eficaz y eficiente el Trabajo Social en el Centro de Nutrición Infantil.

Desde el punto de vista metodológico, el presente trabajo brinda pautas de cómo mejorar el proceso de intervención social con familias, en el tema de la desnutrición infantil. Vale decir, contribuye a que el sistema de seguimiento y acompañamiento sea una estrategia que facilite la participación familiar en la toma de decisiones y en mejorar las condiciones de vida en el hogar, durante la fase de recuperación nutricional del niño.

² En adelante, por razones prácticas, con la denominación “niño” o “niños”, también se estará haciendo referencia a “niña” o “niñas”.

³ En adelante, se usará indistintamente la abreviación CNIAP o simplemente Centro, para hacer referencia a esta institución.

PRIMERA PARTE

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Una de las mayores debilidades que confrontan los servicios de atención en salud pública y privada, particularmente en el caso de la desnutrición infantil, es el tema del seguimiento. Por lo general, los centros e instituciones que trabajan en el campo de la salud y la atención a la niñez, descuidan esta fase tan importante para todo proceso de recuperación posterior a una fase de internación.

Esta ausencia de intervención, a nivel de seguimiento y acompañamiento, se hace más evidente en el aspecto social. Al dejar de lado o minimizar la importancia de esta tarea institucional, lo que acontece es una falta de información sobre la continuidad de la recuperación de los niños que fueron dados de alta en estas instituciones, como es el caso del Centro de Nutrición Infantil “Albina R. de Patiño” de la ciudad de Cochabamba.

La **ausencia de prácticas sociales institucionalizadas de seguimiento** es una de las mayores debilidades del Centro. Esta institución, al no contar con información relevante y oportuna para lograr estándares óptimos de recuperación nutricional en los niños, el balance social se torna crítico y desfavorable para cualquier tipo de intervención.

Conocer el conjunto de problemáticas que configuran el entorno familiar de los niños con problemas de desnutrición, posibilita que el CNIAP actúe con otros programas para lograr hacer frente a este flagelo. Bajo, estas circunstancias, el trabajo de atención a la niñez con baja calidad alimentaria que realiza el Centro, ayudaría mejor a que las familias y la comunidad tomen mayor conocimiento sobre las consecuencias posteriores que podría significar para la niñez el no solucionar este problema. Consecuentemente, se posibilitaría una toma de conciencia y compromiso para no confrontar nuevamente situaciones de riesgo social que

pueden ser controlables con acciones de prevención, atención y protección, asumidas por a las familias y la comunidad.

3. MARCO CONCEPTUAL

A continuación, se exponen algunos conceptos que han servido de fundamento teórico para la descripción del trabajo realizado.

El primer concepto fundamental se refiere a lo que es **la intervención social con familias**. Si bien, esta categoría es amplia para su comprensión, se la ha definido básicamente como el conjunto de acciones diseñadas de antemano para lograr determinados resultados de cambio en el comportamiento de las familias: niveles de subsistencia, forma de articularse con el conjunto de la sociedad y en la manera cómo plantean alternativas de solución a sus múltiples problemas y realidades. Antes que un método, la intervención social con familias se la considera aquí como una estrategia de trabajo social en permanente interacción con los miembros de la familia y su entorno social inmediato.

A la par del concepto de intervención social con familias, se ha adoptado el enfoque de abordaje y comprensión de la familia desde una perspectiva holística y sistémica⁴. “Esto significa adoptar un *Enfoque de Convergencia*, donde el profesional en Trabajo Social interactúa aportando elementos cognitivos, metodológicos y conceptuales, para atender los procesos socio-familiares en contextos no clínicos. En razón de lo cual se enfatiza en la *Prevención y en la investigación* (privilegiando los modelos cualitativos)” (Quintero 2001: 7). Bajo esta perspectiva, la presente experiencia de seguimiento realizada con familias cuyos hijos se han encontrado en proceso de recuperación nutricional, luego de ser atendidos y dados de alta en el Centro de Nutrición Infantil “Albina R. de Patiño”,

⁴ El presupuesto totalizador y holístico conlleva una concepción social donde todos los fenómenos están interrelacionados y en esa medida los procesos individuales, familiares y sociales son analizados y atendidos desde diferentes niveles y metodologías.

se enmarca en un sistema de prácticas sociales que implica la elaboración y ejecución de programas que combinan lo educativo y promocional con lo terapéutico y rehabilitador, en estrategias a corto, mediano y largo plazo.

El concepto anterior supone tener un encuadre teórico respecto de lo que es **la familia**. Desde un punto de vista sociológico, la familia constituye la unidad fundamental de organización en toda sociedad. Es la célula básica que permite la reproducción de esquemas de organización social, económica y política.

Existen diferentes tipos de familia, que responden de acuerdo a la estructura económica y social del cual forman parte, a su modo de organización, incluso desde una perspectiva de identidad cultural y de acuerdo a los cambios históricos que experimenta la organización social. De tal forma que existen tipos de familia nucleares, extendidas, depauperadas, acomodadas, rurales, indígenas, etc.

Los aportes de las principales escuelas sociológicas sobre el concepto de familia son diversos, siendo una de ellas el pensamiento estructural-funcionalista. Para esta corriente de pensamiento social la familia es vista “como un conjunto estructurado, con niveles de jerarquía y organización, que cumple funciones específicas, asignadas por la cultura en la cual se inscribe. Esta concepción teórica propone la familia y los grupos humanos en general como sistemas socio-culturales organizados según el rol y la estructura y caracterizado por la estabilidad, la jerarquía, el poder y el control” (Zapata 2000: 144, 145).

En esta misma línea conceptual, Quintero reinterpreta la familia como sistema social: “...se considera a la familia como el espacio vital del desarrollo humano para garantizar su subsistencia. Es un sistema íntimo de convivencia en el que la asistencia mutua y la red de relaciones de los miembros la definen y la determinan” (Quintero 2001: 11). Con base en el estudio de Steven (Citado por Quintero 2001), esta autora concluye que lo que diferencia a la familia de los otros

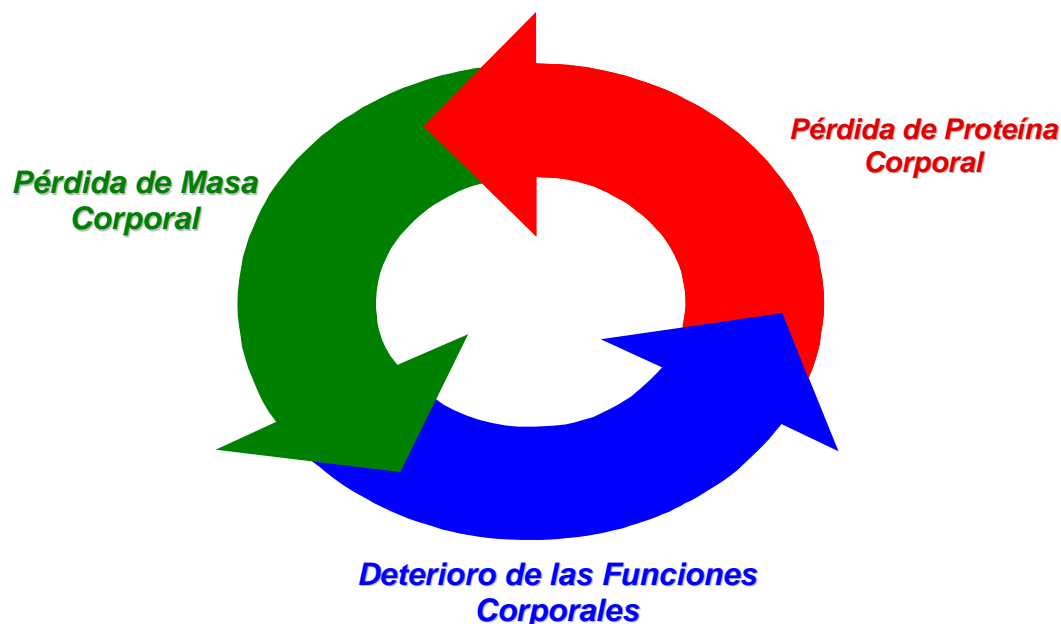
sistemas sociales son sus funciones esenciales, la calidad e intensidad de las relaciones y la naturaleza de sus sentimientos.

Otro de los conceptos centrales que se ha adoptado es la **desnutrición infantil**. De acuerdo a Cuyas la desnutrición infantil es la enfermedad nutricional más importante en los países en vías de desarrollo debido a su alta prevalencia y a su asociación con altas tasas de mortalidad infantil, alteraciones en el crecimiento y desarrollo, disminución en la capacidad de trabajo, y desarrollo social y económico inadecuados. En un estudio de 53 países se estimó que 56% de las muertes de niños entre 6 y 59 meses de edad estaban asociadas con los efectos potenciales de la desnutrición sobre las enfermedades infecciosas. Ochenta y seis por ciento de esas muertes estuvieron asociadas con desnutrición leve y moderada.

Para precisar este concepto, es menester mencionar que la niñez Según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se señala que la desnutrición entraña la carencia de 'micronutrientes', sustancias tales como la vitamina A y el yodo, que el organismo humano no puede elaborar por sí mismo. Este organismo internacional afirma que la desnutrición es la consecuencia de las enfermedades y de una ingesta alimentaria inadecuada, que por lo general se unen para crear una combinación debilitante y con frecuencia letal. Pero además de los aspectos fisiológicos, la desnutrición se relaciona también con muchos otros factores de índole social, política, económica y cultural, como la discriminación y la violencia contra las mujeres" (UNICEF 1998: 11).

Los niños con desnutrición pierden grasa y nutrientes, pero en ocasiones acumulan agua, y su peso aparentemente está dentro de los parámetros normales. En los casos que presentan pérdida de peso, existen tres grados. El primer grado es cuando el peso del paciente representa del 76 al 90 % del peso ideal para su edad; el segundo grado, del 60 al 75 % y, el tercer grado, menos del 60 %. De manera esquemática, la desnutrición infantil, en general, se la muestra de en el siguiente diagrama.

Gráfico 1. Desnutrición Infantil



Refiriéndose a los **tipos de desnutrición infantil** existentes, se puede decir que la forma más severa de desnutrición es la proteico-calórica, que suele dividirse en dos tipos, aunque a veces se superponen: marasmo y kwashiorkor. Un niño marasmático es aquel que presenta el aspecto de “huesos y piel”, tienen 60% o menos de su peso esperado para su estatura y muestran una talla baja. El cabello tiende a ser seco, delgado, sin su brillo normal y algunas veces escaso. La piel es seca, delgada y con poca elasticidad y se “arruga” fácilmente al pellizcarla. Los niños son apáticos pero generalmente consientes de su alrededor, con una mirada de ansiedad y tristeza. El kwashiorkor -una palabra que se origina en un lenguaje nativo de Ghana- su principal característica es un edema suave sin dolor, generalmente en pies, tobillos y piernas, pero que en casos severos se puede extender al perineo, extremidades superiores y cara. Muchos de ellos tienen lesiones cutáneas en los sitios de edema y en áreas de presión (por ejemplo nalgas y espalda) o irritación frecuente. Son niños apáticos e irritables, lloran fácilmente y tienen una expresión de tristeza y malestar. Kwashiorkor marasmático (desnutrición mixta). Las principales manifestaciones son el edema del

Kwashiorkor con o sin lesiones cutáneas, y la emaciación muscular y reducción subcutánea del Marasmo. Predominan las alteraciones debidas a una deficiencia severa de proteínas.

En resumen, se puede distinguir la desnutrición como el resultado de la combinación de una ingesta alimentaria inadecuada y una infección. En los niños, la desnutrición es sinónimo de deficiencias en el crecimiento, ya que los niños desnutridos tienen una estatura y un peso menores de lo que deberían tener atendiendo a su edad.

Un último elemento conceptual considerado es el **seguimiento**. Hasta el momento se ha observado una escasa importancia al respecto. Por ejemplo, el Proyecto de Desnutrición Cero que se viene implementando en el país, intenta otorgar un peso significativo a este componente, así sea solamente como “actividades multi-sectoriales”. Deja entrever “la detección y seguimiento a nivel domiciliario de los niños desnutridos rehabilitados o en proceso”. Textualmente, el Proyecto señala lo siguiente: “Al interior del Sector Salud, se enfatizará en el seguimiento y monitoreo de las intervenciones nutricionales y de la calidad de atención al niño/a menor de 5 años por los establecimientos de los tres niveles”⁵. Tratándose de un proyecto de alcance amplio, sin embargo, no define en qué consiste y cómo se ha de desarrollar el seguimiento en el proceso de gestión social para los casos de desnutrición infantil.

Es probable que se hayan producido experiencias de sistematización vinculadas a tareas de seguimiento, como aporte al conocimiento social sobre esta problemática. Entre estos aportes teóricos se encuentra la propuesta de Aguilar y Ander-Egg (1994), quienes señalan que el seguimiento es un proceso analítico que, mediante un conjunto de actividades, permite registrar, recopilar, medir, procesar y analizar una serie de informaciones que revelan la marcha o desarrollo

⁵ Ministerio de Salud y Deportes (2007). Proyecto “Desnutrición Cero”. 2006-2010.

de una actividad programada. Su finalidad es lograr la ejecución eficiente y efectiva de un proyecto mediante una información retroalimentada que permite modificar y reorientar permanentemente los aspectos operativos del programa, de acuerdo a los objetivos considerados en el diseño.

La distinción conceptual que se acaba de presentar no dista de otras que señalan que el seguimiento consiste en el análisis y recopilación sistemáticos de información a medida que avanza un proyecto. Su objetivo es mejorar la eficacia y efectividad de un proyecto y organización (Shapiro s.f. 3). Estas dos propuestas muestran que el seguimiento se orienta a una praxis de mejora de la calidad del desempeño institucional, a partir de las necesidades de contar con información, analizarla y utilizarla de manera tal que responda a determinados fines y metas del trabajo institucional.

En resumen, y para fines que acompañan al presente informe, se considera el seguimiento como un proceso de intervención social concreto en determinados momentos o fases de desarrollo de un proyecto o programa, como es el caso del Centro de Nutrición Infantil “Albina R. de Patiño”, que trabaja en la reducción de la desnutrición infantil, en niños menores de 5 años.

4. NECESIDAD INSTITUCIONAL

Es normal y hasta cotidiano observar que los centros públicos y privados de atención en salud solo presten servicios médicos y sociales hasta el momento en que las personas reciben los tratamientos correspondientes. Es cierto que muchos casos pueden merecer una internación dependiendo de la gravedad y afectación en la salud de los pacientes pero, de ahí en adelante, cuando los pacientes son dados de alta, no se sabe qué pasa con ellos. Principalmente, no se tiene información social de estas personas y ello tiene que ver con un sistema de seguimiento post-hospitalario.

Casi de manera similar ocurre en los centros de atención infantil, como es el caso del CNIAP. Como se ha mencionado anteriormente, este Centro -desde hace cinco años atrás aproximadamente- viene contribuyendo en la reducción de la desnutrición infantil, en zonas periurbanas y depauperadas del municipio Cercado de Cochabamba. El diagnóstico preliminar realizado en el Centro, permitió identificar la necesidad de contar con información acerca de la situación que confrontan las familias cuyos niños y niñas han estado internados y han recibido un tratamiento de recuperación nutricional. El Centro precisó saber qué pasa con los niños y las niñas en su entorno familiar, una vez que concluyen su recuperación nutricional. Vale decir: ¿Qué tipo de situaciones sociales (relación intrafamiliar, comunicación, prácticas, valores y valoraciones, etc.), prevalecen al interior de la familia de niños y niñas que han sido dados de alta del Centro?

Mientras la niñez desnutrida es atendida en el Centro, existe un trabajo de orientación, educación (capacitación), asistencia familiar y coordinación interinstitucional con las familias. Sin embargo, desde que la institución da de alta a estos niños, los padres de familia, en la práctica, rompen con todo vínculo que corresponde (o debiera corresponder) a un proceso consecutivo de postinternación. Es en esta fase que el Centro presenta debilidades para seguir de cerca lo que pasa en el hogar, por ejemplo, en cuanto hace a la relación madre-niño y a la atención alimentaria que recibe este último.

La pregunta fundamental que se extrae del anterior problema y sentida necesidad institucional que presenta el Centro de Nutrición Infantil “Albina R. de Patiño” y que ha guiado el presente trabajo es el siguiente: ¿Cuál es el conjunto de situaciones que presenta el entorno familiar del niño que ha sido dado de alta del Centro? Adicionalmente a esta pregunta, se ha visto conveniente responder también a otras inquietudes institucionales como ser: actitudes que asumen los padres de los niños durante el proceso de seguimiento, aplicación o no de las orientaciones, conocimientos, recomendaciones, enseñanzas, etc., que se proporcionan en el Centro.

5. OBJETIVOS

5.1. General

Facilitar la adopción de un sistema de seguimiento y acompañamiento a familias cuyos niños fueron internados y recuperados nutricionalmente en el Centro de Nutrición Infantil “Albina R. de Patiño” y se encuentran en sus hogares.

5.2. Específicos

- Identificar características sociales, económicas, culturales y medioambientales concretas, concernientes a la cotidianidad de las familias, en la etapa posterior a la internación de los niños en el CNIAP.
- Diseñar una propuesta de seguimiento institucional orientado a la intervención social con familias.
- Promover una mayor participación de los padres y las madres de familia en la fase de post-internación de la niñez con problemas de desnutrición.

6. METODOLOGÍA

A partir de la identificación de la necesidad institucional se ha visto la posibilidad de diseñar una estrategia coherente de intervención integral, proporcionando lineamientos básicos de acción en lo que respecta a la observación, registro, documentación y sistematización de la situación social de las familias.

Operativamente, la estrategia de trabajo principal se ha centrado en el despliegue de actividades in situ. Esto significa que la mayor parte del tiempo, al menos el 60%, se ha destinado al trabajo de campo. Por ello, es que el enfoque de las acciones desarrolladas se basa en la **intervención social directa con familias**, la que se entiende, una vez más, como una dimensión de trabajo que se establece

entre la trabajadora social con cada una de las familias, bajo un sistema de relación horizontal.

Antes de describir el procedimiento de trabajo realizado, conviene explicar brevemente las fases de intervención y la selección de las familias.

Con la finalidad de que el trabajo sea aprovechado de manera óptima, se ha visto conveniente dividir la intervención en dos fases. La primera, comprende el momento en el cual los padres de familia, ingresan a sus niños al Centro. Durante este periodo que dura aproximadamente dos meses, se ha aprovechado en realizar contactos, socializar el plan de trabajo, sensibilizar la participación, entablar entrevistas abiertas y preliminares, seleccionar familias, llenar formularios codificados, consensuar talleres y revisar documentación institucional. La segunda fase de intervención comprende desde el momento en que los niños son dados de alta, una vez que recuperan su estado nutricional, hasta que la familia entera se responsabiliza en sostener la alimentación en el hogar, a fin de que no vuelvan a recaer. Este periodo, por ser bastante flexible –ni muy prolongado, ni muy corto-, se ha caracterizado por concentrar mayor atención a las visitas domiciliarias para el seguimiento.

6.1. Selección y tipología familiar

La selección de las familias se hizo sin sujeción estricta a un procedimiento técnico muestral. En principio, estuvo previsto contar con un grupo reducido de familias (tres a cinco), de acuerdo a un muestreo, más bien, por conveniencia, para que el trabajo de seguimiento adquiriera mayor profundidad, un carácter más compartido y participativo, involucrando directamente a los responsables o jefes de hogar en la realización de algunas tareas como los autodiagnósticos. Otra de las razones que se señaló para contar con un número reducido de unidades de observación fue la poca confianza y abierta resistencia que demostraron la mayor parte de los padres de familia. Sin embargo, esta propuesta no fue aceptada por el

CNIAP y, en contrapartida, propuso ampliar el número entre siete a diez familias, ya que en ese entonces, cuando se acordó realizar este trabajo, el flujo normal de ingreso y egreso de los niños atendidos por el Centro era entre 20 y 30. Otros argumentos que antepuso la institución para trabajar con dicho número de familias fueron: promocionar los servicios que brinda la institución con la intención de ampliar la cobertura, que las familias sean representativas del área de intervención del Centro, tener mayor control de los padres para exigir visitas periódicas a sus hijos internados, el Centro nunca había pensado en trabajar con grupos sociales beneficiarios, ni tener una aproximación con la comunidad. Al final, se acordó en tomar a siete familias según las tres categorías principales de estado nutricional: leve, moderado y grave o severo.

¿Por qué se optó agrupar a las familias según el criterio de estado nutricional de los niños y no así por otros factores? Normalmente, en el campo de las ciencias sociales y en otros como la economía, se realizan estudios donde las familias, grupos sociales o personas individuales se clasifican de acuerdo a su nivel de ingresos económicos, estatus social, nivel educativo, filiación religiosa, etc., para ver si este tipo de variables pueden incidir en el comportamiento de otras como ser: niveles de preferencia política, aspiraciones sociales, aplicaciones tecnológicas, métodos de enseñanza, etc. Al no ser este trabajo un estudio, se ha visto conveniente operar casi a la inversa. Vale decir, tomar como referencia el estado nutricional del niño y, a partir de ahí, identificar la configuración de la situación socioeconómica y cultural de las familias, intentando observar situaciones de cambio emergentes. Se aclara, una vez más, que el objetivo de este trabajo no ha sido determinar las causas sociales o económicas que inciden en los diferentes grados de desnutrición infantil, en el CNIAP.

A continuación se describen las técnicas y procedimientos más recurrentes que sirvieron para llevar a cabo el presente trabajo: visita domiciliaria, encuesta socioeconómica, código de problemas, entrevista, organización y ejecución de talleres educativos, socializaciones y discusiones y observación participativa.

6.2. Visita domiciliaria

En concordancia con la intervención social con familias, se ha visto por conveniente recurrir a la **visita domiciliaria** como una estrategia de trabajo clave que ha posibilitado operativizar el proceso de intervención y relacionamiento directo con familias de niños desnutridos.

Una primera aproximación a este concepto, la dan Roca y Úbeda (citado en Sánchez 2000:195), para quienes la visita domiciliaria es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio a las personas.

Tradicionalmente, la visita domiciliaria ha sido considerada como una forma de abordar un trabajo interactivo con la familia en su entorno inmediato. Se trata de una técnica propia del Trabajo Social que facilita el establecimiento de relaciones y niveles estrechos de confianza con la familia y sus miembros. Permite adentrarse en la comprensión de sus problemas y profundizar la investigación socioeconómica a fin de identificar las causas que provocan la desnutrición del niño o de la niña. Es decir, permite entablar relaciones de proximidad y de intercambio recíproco entre el profesional y la familia en el hogar, accediendo a la información de manera más directa sobre las preocupaciones reales y buscar soluciones. En tanto componente metodológico, la visita domiciliaria favorece el cambio de actitudes en los actores sociales, permitiendo descubrir al otro en su globalidad, es decir, como ser humano único inserto en un entorno físico, familiar y sociocultural.

En tanto estrategia, la visita domiciliaria contribuye no solo al recojo de datos, sino a la intervención social permanente in situ. Durante el trabajo realizado, la visita domiciliaria se ha utilizado en situaciones en las cuales las familias han confrontado un alto riesgo social, por ejemplo, en situaciones donde los padres

eran alcohólicos, maltrataban a sus hijos y generaban situaciones conflictivas en sus relaciones sociales.

De esta manera, para el trabajo de seguimiento realizado, la visita domiciliaria se la ha concebido como la estrategia operativa de trabajo social que ha concretizado y viabilizado la aplicación de instrumentos de recojo de datos y acompañamiento. Pero, más allá de este carácter utilitarista e instrumental, la visita domiciliaria ha servido para desplegar y garantizar condiciones socioafectivas entre los miembros de las familias y la trabajadora social. Ha permitido garantizar la inserción, el reconocimiento del terreno, la confianza y aceptabilidad de los miembros, la sostenibilidad de los contactos y el establecimiento de una relación empática de compartimentación de experiencias y vivencias.

Entonces, como estrategia de trabajo, la visita domiciliaria ha permitido una interacción directa con las familias. Ha ayudado a sumergirse e insertarse en la cotidianidad de las vivencias, de las tareas y de las relaciones que establecen los miembros de cada familia. Con cada visita domiciliaria, planificada y coordinada con las mismas familias, se ha logrado comprender e identificar espacios y procesos recurrentes para el seguimiento. Por ejemplo, durante las visitas domiciliares se ha negociado y acordado con los padres y madres de familia cuándo se realizarían las visitas, bajo qué situaciones y qué sentido iban a tener estas.

6.3. Talleres

Una segunda estrategia que se ha optado para realizar el seguimiento ha sido la planificación y ejecución de talleres. Tradicionalmente, los talleres han servido –y aun continúan sirviendo- como alternativas educativas de capacitación especialmente con personas adultas, a partir de la necesidad de generar mayor y mejor nivel de participación en ellos. Por esta razón se dice que el taller es como una “unidad productiva de conocimientos a partir de una realidad concreta, para

ser transferidos a esa realidad, a fin de transformarla y donde los participantes trabajan haciendo converger teoría y práctica” (1991: 21).

Las acciones que se han desarrollado durante esta experiencia, han permitido comprender de una manera algo diferente el taller. No pretendió ser una herramienta de trabajo propiamente educativa. Es decir, una herramienta que permita generar y apropiarse de nuevos conocimientos. En parte, se ha cumplido con este propósito, sin embargo, se quiso dar una concepción más íntegra hacia la generación de información. En este sentido, el taller ha sido comprendido como un espacio social y dinámico de reflexión, socialización y comunicación participativa, donde la base sustancial del tratamiento metodológico era el intercambio de la información, casi de manera recíproca. Por una parte, era necesario rescatar el pensamiento, ligado a la práctica de la experiencia que traían los padres y madres de familia al taller y que respondían a las situaciones que confrontaba el proceso de atención, relación, desenvolvimiento y recuperación de los niños y las niñas en sus respectivos hogares. Por otra parte, era importante reflexionar la información, devolverla y retroalimentarla con nueva información sobre alternativas diferenciadas de atención a sus hijos e hijas, revitalización de la autoestima, búsqueda de nuevas estrategias de apoyo institucional, legal, alimentario, etc.

Desde esta perspectiva, los talleres que se han realizado, han sido de mucha utilidad para articular las necesidades de información y formación que requerían los actores, con otro tipo de expectativas institucionales provenientes, en este caso, del Centro de Nutrición Infantil “Albina R. de Patiño”. Los talleres programados, también han logrado desarrollar procesos de socialización, interacción e interiorización sobre la recuperación nutricional de la niñez en el hogar. Se consideró como un espacio más para socializar experiencias de los padres y madres de familia sobre: qué problemas confrontaban en la recuperación de sus hijos e hijas, una vez que estos fueron dados de alta del Centro.

Por los criterios expuestos aquí es que se ha optado por elegir esta metodología como parte de la estrategia de seguimiento porque era necesario encontrar un espacio colectivo que trascienda lo individual o familiar propiamente. Es decir, para otorgarle sentido comunitario y cooperativo a las percepciones y preocupaciones que ha tomado la recuperación nutricional infantil en sus hogares, dadas las características socioeconómicas, medioambientales y culturales que confrontaban en ese momento.

En las tareas que se han desarrollado durante el seguimiento, el taller ha permitido reflexionar sobre las orientaciones recibidas en el centro y su aplicación en el ámbito familiar. Como se trata de una modalidad y de un espacio propicio para el trabajo con grupos, con las mismas familias, el taller se ha utilizado en situaciones en las cuales se ha hecho necesario tomar en cuenta la participación social de los sujetos (familias) y los miembros de organizaciones de base comunal: comités de vigilancia, juntas de vecinos, clubes. En el apartado 7.4 se amplía la forma cómo se ha utilizado este componente y qué resultados se ha logrado.

6.4. Código de problemas

El código de problemas ha sido otra de las técnicas mediante el cual se ha recogido los datos necesarios. Se ha utilizado para diagnosticar los problemas que aquejaban a las familias y sus niños. Este instrumento se ha dirigido en mayor grado a los jefes de hogar.

Objetivamente, el código de problemas ha permitido, en primer lugar, coadyuvar en la resolución de problemas de las familias y su entorno; por ejemplo, orientando a los jefes de hogar para que sepan dónde ir y qué hacer en determinadas situaciones-problema, como derivación de hijos, tratamiento de alcoholismo, atención institucional en centros infantiles, comedores y guarderías, etc. A partir de esta resolución de problemas se ha concientizado a los padres de familia para que sean ellos mismos quienes propongan cambios, aprovechando todas las

instituciones y las redes de apoyo social de los que disponen. En segundo lugar, ha permitido evaluar los problemas de las familias y proceder a la intervención y el tratamiento de todos aquellos problemas que sean susceptibles de solución, es decir, que permitan establecer estrategias de acción en distintos niveles. Sin embargo, a pesar de estas funciones de intervención que se ha posibilitado a partir del uso de este, el mayor uso que se ha dado para este trabajo de sistematización del seguimiento y/o acompañamiento, ha sido la identificación de problemas sociales, económicos y culturales susceptibles de contribuir en la superación de la desnutrición infantil.

6.5. Encuesta socioeconómica

La encuesta socioeconómica ha sido otra de las herramientas complementarias para el recojo de información, durante el seguimiento. Este instrumento se utilizó principalmente para apoyar la anterior técnica y caracterizar el nivel socioeconómico de las familias, además de algunas otras características, como ser: tamaño de la familia, disponibilidad de empleo, ingresos económicos, nivel de instrucción del jefe de hogar, estabilidad familiar, actividad del jefe de hogar, acceso a los servicios de salud, tenencia de la vivienda, tipo de construcción, promiscuidad, disponibilidad de servicios básicos, disposición de basuras, eliminación de excretas, disponibilidad de cocina independiente, equipamiento del hogar y otros. Este instrumento fue diseñado con preguntas estructuradas y semi-estructuradas (Ver anexos).

6.6. Observación participativa

Las visitas domiciliarias realizadas a los hogares de los niños internados y dados de alta del Centro, exigió recurrir a la observación participante. Durante el seguimiento, esta técnica ha permitido registrar algunas conductas, comunicaciones, disponibilidad de ambientes, modos de preparación de alimentos, etc., al interior de los hogares. En algunos casos, se ha alternado el registro con

apoyos puntuales hacia los padres de familia, por ejemplo, diálogos que permitan elevar la autoestima de las mamás, diálogos conciliatorios para superar o negociar acuerdos sobre pequeñas riñas o conflictos de carácter emocional, retroalimentaciones de las formas básicas de cuidados recomendados por el Centro, etc. Este método, también, fue de mucha utilidad para identificar debilidades y fortalezas que presentaba el entorno familiar. La observación realizada ha sido adoptada considerando ser parte de un proceso dinámico de participación, teniendo en cuenta que el profesional en Trabajo Social es parte activa de las situaciones que se dan y se originan en el entorno social familiar y que, en muchos casos, su presencia puede deformar la situación investigada o retratarla de manera oportuna y no-sesgada. Bajo este criterio, la observación directa, participativa fue aprovechada para evaluar e intervenir en la dinámica de las interacciones presentes. Finalmente, esta técnica sirvió para complementar la construcción de la información necesaria durante el seguimiento.

6.7. Entrevista informal y focalizada

Una de las finalidades de la intervención social realizada en este trabajo ha sido centrarse en el individuo como sujeto social, es decir, tratar de averiguar una parcialidad de su identidad: quién es y en qué situaciones se encontraban durante las visitas domiciliarias. Aunque no se utilizó con frecuencia, sino más bien en momentos oportunos y como parte de una estrategia de relacionamiento, esta técnica ha permitido lograr la empatía necesaria para establecer una relación de colaboración y así lograr la detección de dificultades, hallar posibles causas, tomar decisiones y otros. La entrevista, de manera puntual, ha permitido plantear temas, realizar sondeos, favorecer la confianza y colaboración del entrevistado. A partir de la experiencia desarrollada en este trabajo, la entrevista se ha concebido como una técnica de apoyo para el seguimiento, tomando formas diversas para conseguir objetivos específicos: clasificación, mediación, negociación, interpretación, refuerzo, etc.

SEGUNDA PARTE

7. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

7.1. Información institucional

El Centro de Nutrición Infantil “Albina R. de Patiño” inició sus actividades el 2 de septiembre de 2002, depende de la Fundación Simón I. Patiño y se caracteriza por ser una institución sin fines de lucro. Fue creada, específicamente, para dar atención gratuita a niños desnutridos menores de cinco años, de grado leve, moderado y grave. Esta institución está ubicada en el distrito seis del Municipio Cercado, en la zona de Cerro Verde y trabaja con familias de zonas periféricas como ser: Alto Cochabamba, Molle-Molle, Sebastián Pagador, Villa 1º de Mayo, Ch’ampa Rancho y de otros barrios, comunidades y zonas empobrecidas de Cochabamba.

La visión del Centro es coadyuvar en la erradicación de la desnutrición infantil, para que la niñez se desarrolle en plenas condiciones intelectuales, humanas y sociales y sea un capital humano que aporte al desarrollo familiar, comunitario y nacional. Por su parte, la misión es coadyuvar en la recuperación nutricional de menores a cinco años, cuyas familias se encuentran excluidas, tienen un elevado índice de analfabetismo, son de economía depauperada y provienen de zonas periurbanas, comunidades campesinas o de municipios indígenas. Adicionalmente, el Centro pretende que las familias y la comunidad asuman un nivel de conciencia y cambios de actitudes críticas y positivas hacia el problema de la desnutrición infantil.

El Centro es parte integrante de las actividades generales del Centro de Pediatría “Albina R. de Patiño” y cuenta con una infraestructura de dos plantas, y una capacidad de internación hasta 54 niños. Las funciones que cumple esta institución se enmarcan en la recuperación y rehabilitación de niños desnutridos

de los tres grados o estados mencionados. Estos niños, para su recuperación nutricional, permanecen internados un tiempo promedio de 55 días. Todo este trabajo se realiza tomando en cuenta que la desnutrición infantil es multicausal, por tanto, la intervención exige también una dimensión multidisciplinaria e intersectorial.

Existen tres modalidades de atención para la recuperación nutricional: modalidad abierta, de tratamiento ambulatorio y de internación. La primera consiste en una atención tipo guardería, donde la alimentación al niño es planificada por la nutricionista. Permite detectar casos de desnutrición en estadio precoz y tratarlos con menores costos económicos posibles (desnutrición leve). La modalidad de atención ambulatoria funciona a partir de citas de controles periódicos y se realizan también desde una óptica interdisciplinaria. La tercera modalidad corresponde al centro cerrado. Atiende a niños desnutridos moderados y graves, con alto riesgo social. Estos niños permanecen internados aproximadamente 55 días y requieren de una alimentación más continua y atención multidisciplinaria.

Los niños que son atendidos por el Centro son referidos por instituciones de salud estatales, privadas, eclesiales y organismos no-gubernamentales.

7.2. Características familiares al ingreso del niño al Centro de Nutrición

A continuación se describen las características socioeconómicas confrontadas por las familias, al momento de la internación de los niños al Centro. Asimismo, se reflexiona sobre el trabajo desarrollado durante este primer momento de identificación de aspectos situacionales. Para una exposición ordenada se han agrupado a las familias de acuerdo al grado de desnutrición presentado por los niños, al momento de su internación. De igual manera, se presentan dichas características de los diferentes tipos de familias de acuerdo a algunos rasgos sobresalientes, ciertamente comunes y compartibles en cada ítem o variable: estructura familiar y situación de la vivienda, ingresos, disponibilidad de recursos,

empleabilidad, salud y alimentación, relación intrafamiliar, educación y otras características.

7.2.1. Familias tipo A: Niños (as) con desnutrición leve

Antes de describir las características de este y los otros tipos de familia, según el grado de desnutrición, es necesario ampliar un poco más sobre la clasificación estandarizada de los estados nutricionales.

De acuerdo a recomendaciones de la OMS, se ha hecho frecuente el uso de índices antropométricos para determinar diferentes grados de desnutrición, siendo el más práctico en el trabajo de campo para clasificar la desnutrición proteico-energética y determinar su prevalencia.

El diagnóstico del estado de nutrición que realizan instituciones como el Centro de Nutrición Infantil “Albina R. de Patiño”, toman en cuenta principalmente los indicadores de la pérdida de peso y una disminución de la velocidad de crecimiento. Las evaluaciones se basan en: a) Mediciones de peso y talla (o longitud) para calcular el peso-para-talla de lactantes y preescolares; b) Información sobre edad para calcular la talla-para-edad, como un índice de la historia nutricional actual. Esos indicadores se interpretan comparándolas con información derivada de las encuestas del Centro Nacional para Estadísticas de Salud de los Estados Unidos (NCHS) tal como ha sido recomendada por la Organización Mundial de la Salud.

Cabe mencionar que el índice antropométrico del peso-para-edad es útil con fines epidemiológicos, pero inadecuado para fines clínicos, ya que no permite

diferenciar entre un niño que tiene desnutrición, y un niño con peso y estado nutricional adecuado pero con baja estatura.

Estructura familiar y situación de la vivienda

Los datos que se han registrado corresponden al primer grupo conformado por siete familias cuyos hijos fueron identificados con prevalencia de desnutrición leve y comprenden los factores arriba mencionados.

La estructura familiar está referida a una serie de características respecto a la articulación entre el tamaño (número de miembros), el tipo de familia que la configuran, la relación de parentesco que establecen los miembros entre sí y conforme a ciertos patrones que norman su comportamiento y organización interna.

La estructura de este grupo de familias es relativamente diferenciada. Por un lado, se tiene a familias numerosas (7, 8 y 9 miembros)⁶ y, por otro, a familias con pocos integrantes (2, 3 y 4), una de ellas inclusive comprende a la madre y al hijo, ante la separación prematura del padre. Justamente, en el tipo de familias numerosa y extendida, los abuelos -cuya edad promedio fluctúa los 55 años- se constituyen en jefes de familia, o bien, contribuyen económicamente. En cambio, en el caso de las otras familias los padres asumen directamente este rol de sostén de la economía familiar, aunque también existe presencia y relación con los abuelos, ya sean maternos o paternos. Sin embargo, la característica común de estas siete familias es que los padres de los niños que asisten al Centro abierto son jóvenes, cuyas edades promedio no superan los 24 años. En cuanto a la procedencia de estas familias existen también algunas distinciones. En las familias extendidas, además de los abuelos, los tíos de los niños conviven en el hogar. Los

⁶ En una de estas familias, el número efectivo de miembros es de 6, debido a que el padre, frente a la falta de oportunidades de empleo tuvo que viajar a España, en busca de trabajo.

padres son de La Paz, Oruro y Cochabamba. Esta procedencia tiene un claro distintivo de origen rural.

La mayor parte de estas familias tienen su vivienda ubicada en zonas populosas: Huayra K'asa, Cerro Verde y Villa México. Otras se encuentran localizadas en zonas muy cercanas al casco viejo de la ciudad de Cochabamba: San Carlos y zona central. La zona de San Carlos, por ejemplo, es un barrio que se encuentra próximo a uno de los mayores centros comerciales como es el mercado "La Pampa". Una sola de estas familias reside en el área rural (Tiraque).

El tiempo de residencia que tienen estas familias es menor a cuatro años. En uno solo de estos casos la tenencia de la vivienda es de los padres, en los otros casos pertenece a los abuelos, quienes los tienen en condición de "alojados" y con espacios habitacionales reducidos. En familias donde los abuelos juegan un rol de apoyo importante en relación a la vivienda, la unidad familiar es concebida como una forma de vida compartida, y es vista como una estrategia social de resolver determinadas necesidades, a fin de evitar mayor erogación de gastos de alquiler. Pero, también, la situación de permanencia en estas viviendas viene condicionada por una serie de factores, como ser: reciprocidad, cuidado, acompañamiento, autoridad filial, etc.

Exceptuando a dos familias, las características físicas de las viviendas que ocupaban los miembros de las otras familias eran relativamente deficitarias, tanto en términos de espacio, como en tamaño y calidad. Estos ambientes tenían tamaños que van desde reducidos (16 m²) hasta más o menos adecuados de superficie utilizada (100 y 150 m²). Contaban con dependencias como ser: dormitorios (2), cocina, living, comedor y baño. El equipamiento del hogar era básicamente confortable ya que disponían de televisor, refrigerador y equipo de sonido. Las condiciones de construcción mostraban viviendas acabadas y en regular estado de conservación. Asimismo, estas viviendas contaban con todos los servicios básicos: agua potable, alcantarillado y energía eléctrica. En el caso de

una de estas familias, la energía eléctrica la obtenían del vecino. En cambio, en otro de estos hogares se pudo constatar que los miembros contaban con una sola dependencia que cumplía múltiples funciones: dormitorio, comedor y sala de recepción, la cocina era compartida con otros parientes (abuela materna). El equipamiento del hogar se limitaba básicamente a las siguientes pertenencias: televisor, dos catres, un peinador, un pequeño ropero armable, una mesa, un par de sillas y enseres necesarios de cocina. Este equipamiento también era compartido con otros miembros de la familia.

Situación laboral: empleo y disponibilidad de recursos

En cuanto a la situación laboral se refiere, la disponibilidad de empleo y recursos también presenta diferencias de una familia a otra. Dos de las familias que vivían en la mencionada zona céntrica y populosa de la ciudad de Cochabamba, eran las que presentan una situación laboral permanente: padres que trabajaban en oficinas públicas, o se desempeñaban como chóferes y comerciantes. Aproximadamente, del 20 al 30 % de los ingresos que obtenían estas familias se destinaba a gastos para cubrir la alimentación familiar. Una segunda característica era el carácter complementario que adquirió la función económica de una de las madres al percibir ingresos adicionales mediante la atención de un telecentro. Esta complementariedad laboral permitía cierta estabilidad en el trabajo y garantizaba el sustento económico familiar, tratando de asegurar la situación alimentaria del niño. Otro ejemplo, es el caso de otra madre que tenía al cuidado de su hijo con su madrastra quién -fuera del apoyo económico y en productos que recibía de su padre, a cambio del trabajo que realizaba en una propiedad suya en el Chapare- recibía una pensión de 100 bolivianos cada mes por parte del padre de su hijo.

En cambio, la situación económica de otras familias –con algunos matices- era precaria. No existía estabilidad laboral porque se dedicaban al pequeño comercio en las calles: venta de anticuchos o de cotillones, mixtura, serpentina y otros. Frente a este carácter temporal de la ocupación laboral que tenían, optaban por

una serie de estrategias complementarias para obtener mayores recursos, no necesariamente monetarios. Por ejemplo, en una de estas familias consideradas de bajos ingresos económicos, por la actividad comercial que realizaba la madre, percibía entre 20 a 25 bolivianos al día. Como una forma de complementar estos ingresos, el padre solía ir a trabajar a las tierras del abuelo del menor, en épocas de siembra, labores culturales⁷ y cosecha. A diferencia del caso anterior, se trataba de la obtención de un ingreso no monetario, más bien en productos agrícolas como papa, maíz y hortalizas, lo que permitía compensar el bajo nivel de disponibilidad monetaria. Sin embargo, la madre afirmaba que casi todo lo que ella generaba como ingreso diario, se destinaba para la alimentación de los niños ya que -desde el desayuno, el almuerzo y hasta la cena- se servían en su mismo puesto de venta, es decir, “en la calle”. Sumado a la obtención directa de algunos productos agrícolas, gracias al trabajo del padre, se tenía otra estrategia de compensación alimentaria que incidía indirectamente en la economía familiar. Esta estrategia consistía en recurrir al apoyo alimenticio de la abuela materna del niño. En este sentido, se pudo apreciar un comportamiento de apoyo y reciprocidad al interior de este tipo de familias, cuyo vínculo se extendía incluso hasta los abuelos.

El entorno socioeconómico familiar de una de las niñas que asiste al Centro abierto (modalidad guardería), presentaba otra característica mucho más dependiente. Ninguno de los padres de la niña contaba con trabajo. Ante esta situación, el padre tuvo que recurrir a un préstamo de dinero para viajar a España, en busca de trabajo. El principal ingreso con que contaba la familia provenía de la renta vitalicia que percibía el abuelo. Por su parte, la abuela administraba una pequeña tienda de barrio en el mismo domicilio. Las pequeñas ganancias que obtenían por este negocio, también servían para apoyar el sustento alimentario de la niña y su madre. Esta condición permitió que los abuelos decidan sobre la disponibilidad y accesibilidad de los alimentos para la niña. La madre no se encontraba en condiciones de decidir esta situación.

⁷ Desyerbe, aporques, tratamientos fitosanitarios, riego y otras tareas.

Educación, Salud y Alimentación

La situación educativa de estas familias, cuyos hijos e hijas asisten al Centro abierto con desnutrición leve, también presenta algunas diferencias notorias. Un primer grupo mayoritario de padres de familia poseían un nivel de educación superior. Un segundo grupo intermedio, estuvo conformado por aquellos padres que apenas habían logrado culminar la secundaria. Un tercer grupo de padres –el más minoritario-, confrontaba una situación educativa más desfavorable ya que no lograron superar la enseñanza primaria. Según afirmaron los jefes de hogar, las razones principales de abandono educativo que experimentaron se debieron al trabajo, a la condición matrimonial y la llegada de los primeros hijos. Las responsabilidades paternas a temprana edad y la falta de recursos económicos propios, constituían factores que incidieron de manera decisiva en la continuidad de los estudios.

Pasando al aspecto de la salud y nutrición, en las zonas donde vivían estas familias existían centros o postas de salud, pero que no eran utilizados por ninguna de ellas, debido a la falta de hábito y desconfianza en los mismos.

La falta de hábitos alimentarios y de conocimiento de los padres respecto a la cantidad y frecuencia de la alimentación que debía recibir el niño o niña fue uno de los mayores problemas que complicó el estado nutricional de los niños. Esta situación, inclusive, alcanzó afectar a una de las familias que, tenía garantizada la alimentación por parte de los abuelos. Consecuentemente, lo más apreciable en el estado nutricional de los niños de estas familias fue la preocupación de los padres por el bajo peso que presentaban al momento de la consulta.

En otros casos, de acuerdo a la afirmación que hicieron las mamás, los niños rechazaban la alimentación y cuando se les insistía ellos se ponían a llorar y, por lo general no les quedaba otra opción en no darles, lo cual, obviamente, influyó en el estado nutricional de sus hijos. Solo aceptaban comer pan, galletas o caramelos

A la situación anteriormente descrita se agregaron cuadros diarreicos y resfríos que contrajeron algunos de los niños. Casi de la misma manera, esta situación se presentó con la familia cuya residencia estaba situada en una zona populosa. De acuerdo a lo que manifestaron los padres, la razón fundamental por la que sus hijos se internaron fue “su negativa a comer” la alimentación que se les daba. No transcurrió mucho tiempo y los niños experimentaron una notoria baja en su peso. A esto se sumaron problemas de diarrea, resfrío y hasta vómitos. Cuando los pequeños presentaron estos problemas de disminución de peso, los padres no agotaron los esfuerzos necesarios para ayudar a sus hijos en la recuperación de su peso y, optaron por llevarlos al Centro “para que aprendieran a comer”.

Al menos en cinco familias, la situación alimentaría era estable. Solamente en un caso era bastante frágil, justamente en aquel hogar donde existía mayor número de miembros (9). En el caso de las cinco familias, se ha identificado dos grupos de productos presentes en la canasta familiar. El primer grupo estuvo compuesto por arroz, fideo, lenteja, quinua, trigo, papa, verdura y variedad de carnes, así como leche, huevo, queso y otros más. El segundo grupo estuvo integrado solamente por papa, arroz, fideo y algo de verdura. Esta situación refleja una particularidad en aquellas familias cuya residencia se encuentra ubicada en una zona céntrica y en proximidades del CNIAP. En estas familias la disponibilidad de alimentos era relativamente mayor y diversificada, en relación a las otras familias que vivían en zonas populosas. En una de estas familias -según el testimonio de los padres- se mencionó que el niño comía muy poco de la comida preparada con base a: arroz, fideo y algo de carne. La frecuencia de consumo era baja, de acuerdo a lo que demandaba el niño, sobre todo cuando llegaba la hora del almuerzo o la cena.

Se había mencionado que el trabajo del padre de una de estas familias, con menor disponibilidad de alimentos, se desarrollaba de manera temporal, obteniendo productos agrícolas como ser: papa, algunos cereales y verduras. Lo paradójico de esta situación es que el destino de dichos productos no era la canasta familiar. Al menos, no constituyó parte de la alimentación del niño ya que,

por lo general, para este y sus hermanos, la madre era quien compraba el almuerzo y la cena de vianderas que expendían este tipo de comidas en la calle. Esta recurrencia alimentaría se debió a la labor de comerciante minorista que desempeñaba la madre. Dada esta situación, los niños se encontraban expuestos a los riesgos de una alimentación de dudosa calidad. Aún así, ellos comían cuando su madre les daba, aceptando con preferencia caramelos, masticables (chicles), helados, y no así la alimentación preparada. Sin embargo, los días en los cuales los miembros de esta familia se reunían y se encontraban en el hogar, preparaban y se servían su alimentación tres veces al día: desayuno, almuerzo y cena. Esto acontecía generalmente algunos fines de semana, cuando el padre retornaba del trabajo en el campo. Esta familia era una de las dos con menor disponibilidad y accesibilidad a productos alimenticios, por eso, el niño consumía solamente pan y leche.

Si gran parte de estas familias tenían una aceptable disponibilidad de alimentos, ¿cómo es que los niños llegaron al CNIAP con desnutrición leve? Posiblemente existan factores que respondan a esta interrogante. Pero, desde la apreciación de los mismos padres de familia, uno de los factores que ha sido mencionado es el descuido de ellos mismos y la falta de conocimiento y orientación respecto a la frecuencia y cantidad de alimentos que debía recibir el niño. Por ejemplo, en el caso de una de las familias reducidas (de tres miembros), que cuenta con ingresos seguros y aceptables –comercio mediano y trabajo asalariado de conductor-, el trabajo de la madre le implicaba realizar viajes constantes al interior, dejando a su hija al cuidado de su pareja, pero como este también salía a trabajar con su movilidad de transporte público, se veía obligado a dejar a su hija al cuidado de su vecina. En otro caso –también de familia reducida (madre e hija solamente)- la situación era algo similar a la anterior ya que, siendo la alimentación con base en productos de origen agrícola: papa, yuca, plátano, arroz y muy poco legumbres y otros que producían, el descuido de su “abuelastra” era una de las razones por las que la niña bajó de peso y tuvo que asistir en el Centro.

Relación intrafamiliar

Las relaciones al interior de las familias de este tipo de niños con desnutrición leve van desde una categoría aceptable y estable, hasta una relación de tipo frágil e inestable. Este es el caso de una de estas familias cuya relación entre sus miembros es considerada estable porque tenía ingresos seguros y elevados, en comparación a las otras familias cuya estabilidad laboral era menor, con número de miembros reducido y residencia céntrica⁸.

En el caso de otras dos familias, los padres mostraron actitudes de sobreprotección o de excesiva tolerancia hacia sus hijos. Esta manifestación, por ejemplo, se daba frente al rechazo que demostraban sus niños a la alimentación que la madre, casi obligándoles, les solía dar. Estos padres, con esa autoridad que les confiere la condición de “jefe de familia”, avalaban tales rechazos “sin discusión alguna”. Una de estas mamás, durante las entrevistas que se hizo, afirmaba lo siguiente: “mi esposo a veces me hace renegar, porque cumple todos los caprichos de su hijo” y el chiquito se vuelve más caprichoso (...) cuando le estoy dando su comidita él lo bota o lo escupe y mi marido me dice: *¡Aj, si no quiere no le des pues y se acabó. Si no quiere, no quiere pues! sí me dice*”(Entrev.F-A1)⁹.

Antes de su ingreso al centro abierto, se han presentado situaciones de abandono temporal en el caso de algunos niños por parte de sus padres. Estos abandonos han respondido en mayor grado a razones de índole laboral, vale decir, por no dejar sus fuentes de trabajo. En un solo caso, el abandono se pudo identificar como de mayor riesgo, por ausencia del padre al exterior. Aquí se puede atribuir

⁸ Por ejemplo, en algunos casos de familias con relaciones un tanto conflictivas, las entrevistas que se realizaron a los padres al momento de internar a sus niños, se les veía en las madres signos de moretones, ya sea en los ojos o bien, se les oía quejar en el sentido de que sus maridos les golpeaban y les trataban mal, ya sea expulsándolos del hogar. Por su parte, en los padres se observaba, ya también, rasguños en la cara, o bien estados terminales de ebriedad (resaca), percibidos en el aliento a alcohol, o en la forma de hablar balbuceante.

⁹ Entrev. MF-A1=Entrevista a la madre de la primera familia del tipo de desnutrición leve.

un factor considerable de carácter económico: la falta de empleo, como viene sucediendo hoy en día en muchas familias, especialmente de estratos populares y campesinos, cuando los jefes de familia -inclusive las madres- tienen que emprender viaje a Europa, con preferencia a España, para obtener ingresos económicos que solventen la situación de la familia. Este tipo de abandono tendría mayor repercusión negativamente si el rol de los abuelos no lograra cubrir este vacío, aunque no en todos los aspectos. Además, cualquier estado de desnutrición que adquieren los niños ya es un indicador de que ha sufrido una situación de abandono físico. Dicho de otra forma, la situación de abandono físico que ocasionan algunos padres a sus hijos, ya sea por ir a trabajar y lograr el sustento económico, es el factor que contribuye a su desnutrición.

En el caso de las otras familias existen situaciones diferenciadas de conflicto que representan riesgos para la salud y estabilidad emocional de los niños. Existen situaciones que van desde un tipo de conflicto emocional marital, hasta situaciones en las que algunas madres suelen llegar a la defensoría para lograr una asistencia familiar de sus esposos. Es decir, una relación de pareja potencialmente conflictiva y peligrosa para la seguridad del niño. Por ejemplo, en el primer tipo de situación conflictiva, las relaciones de afecto entre los padres se reducen al rol que la madre juega en el cuidado de sus hijos frente a la ausencia del padre, por su residencia en el exterior. La madre de la niña relata que, cuando vivía el padre en el hogar, solía existir agresiones más de carácter verbal y emocional que físicas. Cuando el padre tuvo que viajar al exterior en busca de trabajo, esta ausencia hizo que los cuñados de la madre mostraran susceptibilidad por su comportamiento como mujer (celos), llegando a ejercer bastante control sobre ella.

En la tercera familia las relaciones afectivas entre los padres, y de estos con los hijos, giran en torno a la resolución de uno de los problemas más preocupantes, en especial para la madre: “no saber dónde dejar a los niños mientras ella tiene que ir a vender”. En una ocasión, mientras su niño se encontraba en el Centro de

Nutrición y ella acudió a dejarlo, se pudo observar una actitud de ansiedad y desesperación por no saber dónde dejar a sus hijos. Mencionó que “hasta podría dejarlos en cualquier lugar para atender su venta” ya que, como se dijo, ella no recibe apoyo pecuniario de sus familiares, ni de los suegros. Entonces, este tipo de relación intrafamiliar se enmarca en un nivel de escasa preferencia y receptividad. De acuerdo a las afirmaciones hechas por la madre, la relación conyugal entre ella y su esposo era conflictiva: “No nos llevamos bien y algunas veces discutimos y hasta nos peleamos” (Entrev. MF-A2). En una ocasión, cuando los padres trajeron a sus hijos al Centro para dejarlos, se percibió una cierta apatía o bajo interés por su recuperación, en lugar de demostrar relaciones de afecto, comunicación y de cariño hacia su hijo. No preguntaron, ni se interesaron por saber cómo se encontraba la recuperación de su hijo. Desde el punto de vista de la madre, los niños presentaban una “conducta intolerable, no conocían límites y eran exageradamente inquietos”, por lo que ella no podía “controlarlos”. Inclusive, los mismos padres reconocieron la aplicación de castigos físicos a sus hijos “cuando ellos se ponían insoportables”. En cuanto hace a la situación del padre y la relación de este con sus hijos, debido a la ausencia constante que experimentaba por el trabajo temporal en el campo, se produjo una especie de abandono por su parte. Aún encontrándose en familia, la comunicación verbal entre cónyuges era muy escasa. Indudablemente, uno de los factores que contribuye a que existan conflictos al interior de esta familia, es el consumo de bebidas alcohólicas por parte del padre. A esto se suma el bajo nivel de apoyo que existe entre la pareja. Anteriormente, por el trabajo mismo que realizaban y por los roles definidos que cumplían, la madre estaba mayor tiempo con los niños. Frente a la ausencia del padre, ella se constituía prácticamente en el sostén del hogar.

De todo este grupo de familias, donde se presenta mayor riesgo social para niños que asisten al centro abierto por desnutrición leve es en la familia que tiene ingresos bajos, empleabilidad laboral informal, elevado nivel de adicción por el consumo de bebidas alcohólicas (abuelos maternos), residencia periurbana y tipo de familia extendida. Al respecto, la madre de la niña relata de la siguiente manera

un aspecto de su vida cotidiana: “Yo no tenía con qué alimentar a mis hijas y mis cuñados. Cuando mi esposo todavía estaba en la casa, no me dejaba dinero para la cocina, sólo dos bolivianos me daba para el pan. Cuando le reclamaba diciendo que me dé dinero, más bien me golpeaba y me decía que yo no hacía nada en la casa y que debería de trabajar para mantener a mis hijas” (Entrev. MF-A3). Cuando el padre solía estar en el hogar, la relación de pareja se desenvolvía en un clima de agresiones, incluso físicas, que recaían también en las hijas. Este clima de agresiones se caracterizaba por actitudes autoritarias para resolver disputas, constantes riñas, rechazo a la hija mayor –pero de aceptación y afecto por parte del padre hacia la hija menor-, celos y conflictos emocionales. Actitudes de violencia que afectaban directa e indirectamente en el orden psicológico a la niña. Otra característica que hace a la relación intrafamiliar es la existencia de abandono de las hijas, escasa comunicación entre los miembros, ausencia de apoyos entre los padres y ausencia de roles definidos que hagan sostenible el hogar. La abuela era quien, prácticamente, sostenía la economía del hogar.

Contrariamente a aquel caso, la relación intrafamiliar en otra de las familias también extendida y numerosa, era relativamente estable y favorable para la niña. Aunque era escasa la comunicación pero existía diálogo entre la pareja. El hijo mayor ayudaba en el hogar con el cuidado de la niña. La relación de los padres con los hijos, en especial con la niña, era buena.

Situación medio ambiental y cultural

En general, las condiciones de cuidado del medio ambiente eran favorables, solamente en la familia de condición más humilde y pobre, con relación intrafamiliar conflictiva, era la que poseía menos ventajas al respecto. En contraste con esta situación, las familias con mayor grado de diferenciación socioeconómica contaban con un sistema de eliminación de excretas y de desechos que posibilitaban condiciones necesarias para que los niños no contraigan dificultades

de contaminación. Regularmente, la zona donde residía esta familia contaba con la visita del carro recolector de basura tres veces por semana.

Entre estas familias de niños con desnutrición leve, existen también algunas diferencias en cuanto se refiere a algunas prácticas culturales, como en el uso de medicamentos caseros y en la dificultad que tenían en la eliminación de residuos sólidos y líquidos. Este es el caso de la familia cuyas actividades económicas se centraban, de manera temporal, en el comercio ambulante y en el trabajo agrícola. Siendo una familia todavía con relaciones de parentesco que les vinculaba con la vida en el campo y las tradiciones y conocimientos transmitidos a los padres de los niños, ellos recurrían al uso de yerbas curativas cuando los hijos presentaban algunas molestias, como: dolor de estómago, fiebre, enfermedades respiratorias (resfrío) y otras. Esta práctica explica, en cierta manera, por qué los padres y abuelos no recurrían con frecuencia a los servicios de salud local. En cambio, la familia que era de bajos ingresos, cuya relación intrafamiliar era también altamente conflictiva y con residencia en una zona más alejada que las otras, el carro basurero recorría una sola vez por semana y solían realizar sus necesidades fisiológicas a campo traviesa.

En cuanto se refiere al aspecto sociocultural, en familias provenientes del área rural, sus costumbres ancestrales -en cuanto a ritos y devociones se refiere- se estaban perdiendo poco a poco, según la percepción de alguno de los padres de familia que afirmaba lo siguiente: “Antes sabíamos creer bastante en la pachamama, pero ahora desde que nos hemos venido aquí ya nos estamos olvidando, debe ser porque aquí son diferentes las costumbres. Pero mis padres y abuelos todavía respetan sus costumbres. No olvidan su cultura” (Entrev. PF-A3). Sin embargo, contrariamente a esta apreciación, algunas visitas domiciliarias realizadas a las viviendas de estas familias, permitió observar una fuerte presencia de expresiones culturales que se manifestaban en algunas conductas, como en el uso de medicamentos caseros, en el manejo oral del quechua en diferentes situaciones comunicacionales y en la recurrencia a curanderos. Sobre este último

detalle, está la situación de una de las familias rurales (Tiraque) cuya “abuelastra” del niño recurrió a un curandero antes de que aquel sea referido al CNIAP. Según el relato de la madre, su madrastra le dijo que el niño tenía susto (*manchharisqa*), pero que ya le habían llevado donde el curandero, por lo que aquel problema se resolvió. Pero, a las dos semanas, el niño volvió a tener diarrea y esta vez con mayor fuerza y ya nada ni nadie pudo curarlo. Fue entonces que decidieron llevarle al Hospital Pediátrico “Albina R. de Patiño”, para de ahí, ser remitido al Centro.

En cuanto a la filiación religiosa se refiere, todos los miembros de este tipo de familias se consideraban católicos, a excepción de una de las madres que era cristiana.

7.2.2. Familias tipo B: Niños (as) con desnutrición moderada

La desnutrición moderada, como ya se mencionó arriba, es cuando en el niño ha avanzado el déficit de peso y generalmente tiene patologías agregadas, principalmente enfermedades de las vías intestinales y respiratorias. Su magnitud le sigue en importancia a la desnutrición leve. Cuando el niño cursa este tipo de desnutrición los signos y síntomas son más acentuados, mencionándose los siguientes:

- El niño se muestra apático y desganado por lo cual se cansa hasta para comer. Le lleva más tiempo al consumir sus alimentos.
- El niño no siente hambre y no demanda su alimentación, por lo que la madre o personal de salud (si el niño está internado) debe insistir en proporcionarle los alimentos.

Estructura familiar y situación de la vivienda

Este tipo de familias, cuyos hijos fueron internados en el CNIAP y que formaron parte del seguimiento realizado, se caracteriza por constituir dos subgrupos a la vez. Un primer subgrupo es aquel conformado por numerosos miembros y otro subgrupo de tamaño reducido, de apenas tres miembros: padre, madre e hijo. Predomina el tipo de familia nuclear, pero también se destacan familias de tipo extendida ya que, de vez en cuando, algunos parientes llegaban de sus lugares de origen para quedarse temporalmente a vivir en el hogar, compartiendo la escasa alimentación que tenían y brindando colaboración en algunos quehaceres domésticos, ya sea preparando la alimentación, recogiendo leña, cuidando a los niños, etc.

El entorno familiar de los niños, cuya internación al Centro ha sido clasificada como desnutrición moderada, presenta a los padres como principales responsables económicos en el hogar, a diferencia del otro grupo de familias donde predomina en este rol a los abuelos de los niños internados. En una sola de estas familias, la madre era quien asumía la responsabilidad de generar ingresos económicos, debido a que el padre se había alejado del hogar antes de que el niño haya sido internado. Otra característica de este tipo de familias es su condición indígena ya que en el caso de cuatro de ellas, eran provenientes de regiones deprimidas de Cochabamba (Tapacarí) y del Norte de Potosí.

En general, las condiciones de vivienda eran precarias. La calidad de la construcción era bastante provisional, ya que el material del cual estaban construidas estas viviendas era de adobe o, en el mejor de los casos, de ladrillo con piso de cemento. Generalmente se encontraban localizadas en zonas periurbanas de la ciudad de Cochabamba: Valle Hermoso, Chimboco, Petrolera. Una sola vivienda estaba localizada en una zona considerada semi-residencial o céntrica, como es el Barrio Profesional (Condebamba, zona noroeste de la ciudad).

A excepción de una sola familia (nuclear, numerosa e indígena), el tiempo promedio de residencia de estas familias en sus respectivas zonas era de tres años. Un tiempo muy corto, tomando en cuenta que son familias de muy bajos ingresos económicos y que no les ha permitido tomar un contacto vecinal adecuado y sostenido. Claramente, se pudo evidenciar que se trataban de familias por excelencia migrantes. En este sentido, la tenencia de vivienda indicaba también que una sola familia era considerada propietaria del inmueble que ocupaba, ya que sus padres la cedieron como herencia. Los miembros del resto de las familias se encontraban en condición de alojados, al cuidado o en alquiler. Una de las dos familias provenientes del Norte Potosí era la que poseía mayores condiciones desfavorables, casi hasta inhumanas de habitabilidad, ya que no contaba con una edificación que garantice la seguridad de sus miembros, en especial del niño. Otra de estas familias ocupaba una vivienda cuya construcción también era bastante precaria, con techo cubierto de hojalata y plásticos, sin puerta, ni patio. En esta vivienda el suministro de energía eléctrica era provista de manera clandestina, “pasado por el vecino de a lado”.

A la situación precaria de construcción de las viviendas de estas familias se sumaban los ambientes bastante reducidos, en cuanto a espacio y número se refiere. No poseían compartimentos necesarios para que los niños pudieran desenvolverse adecuadamente. Una sola de estas familias disponía de dos habitaciones (sala de recepción de visitas y comedor) y de un baño conectada a alcantarilla. Las otras tres poseían un solo cuarto y un baño o una cocina, contruidos casi de manera improvisada. En general, estos últimos ambientes no superaban los 30 m² de superficie construida. En el subgrupo de familias con elevado número de integrantes, el hacinamiento era un hecho, a tal punto que en una de estas familias los dos hijos menores dormían en un solo catre, junto a sus padres. A pesar de estas condiciones habitacionales completamente desfavorables para los niños, la mayoría de estas viviendas contaba con agua

potable y energía eléctrica –una sola con alcantarilla-, lo que posibilitaba un abastecimiento casi regular de agua¹⁰.

El equipamiento y mobiliario con que contaban estas familias también era reducido. Una sola familia de estas se diferenciaba de las otras por estar relativamente mayor equipada, al contar con un refrigerador, un televisor, un equipo de sonido, su respectiva cocina, enseres domésticos y amoblado básico: mesa, sillas, estante.

Situación laboral: empleo y disponibilidad de recursos

Algunos datos generales, muestran que en Bolivia el tema de la pobreza, desde el punto de vista de la insuficiencia de ingresos, afecta al 63% de la población, porcentaje que es mayor al promedio de América Latina (36%)¹¹. Si bien, el enfoque de las Necesidades Básica Insatisfechas (NBI) que se usa para medir el nivel de pobreza en las familias es estructural, sin embargo, existen otros indicadores que ayudan a explicar por qué se da este fenómeno. Así por ejemplo, se menciona que existe pobreza en tanto existen familias que concentran la mayor parte de la riqueza producida en Bolivia: “En el año 2002, el 10 % del total de la población -aproximadamente unos 830 mil habitantes- se apropió de más del 46% de todos los ingresos generados en el país, en tanto que el 10% de los más pobres se conformaron con menos de 0,17% de los ingresos. Esto quiere decir que el reparto de 100 bolivianos de ingreso entre 100 ciudadanos bolivianos, los 10 más ricos recibieron hasta 46 bolivianos, mientras que los 10 más pobres

¹⁰ Según datos del INE-UDAPE (2002), en Bolivia, de 1.977.665 hogares, el 62,3% dispone de agua por cañería de red, el 64,4% de energía eléctrica y el 63,3% de servicio sanitario.

¹¹ La pobreza por el enfoque de NBI define a la población pobre como aquella que no cumple con mínimos niveles de bienestar asociados a las características de vivienda, disponibilidad de servicios de agua y saneamiento, insumos energéticos (energía eléctrica y combustible para cocinar), nivel educativo y acceso a servicios de salud. Este enfoque clasifica a la población en cinco categorías de acuerdo al grado de satisfacción de sus necesidades básicas: no pobres, umbral de pobreza, pobreza moderada, indigencia y marginalidad. La población en extrema pobreza es aquella que está en situación de indigencia, más la que está en situación de marginalidad.

obtuvieron apenas 17 centavos, es decir 270 veces menos”¹². Con estos datos se demuestra la brecha que existe entre familias pobres y ricas y refleja la difícil situación que tienen que afrontar instituciones que trabajan en este tema de la desnutrición infantil para ir resolviendo de apoco, como es el caso del CNIAP.

La situación económica del grupo de familias a las que se hizo el seguimiento, al momento de la internación de los hijos con desnutrición moderada en el CNIAP, se encontraba en un nivel de pobreza crítica. El subempleo es la premisa fundamental que caracteriza a estas familias. Este carácter de sub-empleabilidad de la mano de obra no calificada es el que predomina en el ejercicio ocupacional “informal” y temporal de estas familias.

Económicamente, las familias dependían del comercio ambulante, de la albañilería y/o de la estibación, del transporte público y del trabajo de portería de un establecimiento educativo. Ante esta situación de bajos ingresos e inestabilidad laboral, algunos padres combinaban su actividad con la agricultura, obteniendo productos adicionales: papa, chuño, o bien, como el caso de uno de los padres que trabajaba como chofer y no lograba hacer sostenible esta ocupación porque su adicción a las bebidas alcohólicas le impedía constituirse en sus funciones. En este caso, la madre tuvo que optar en ofrecer su trabajo en el lavado de ropa. En situaciones en las cuales lograba realizar este trabajo, obtenía cinco bolivianos por docena de ropa lavada. Esa ganancia monetaria, a veces constituía el ingreso real que permitía garantizar por buen tiempo la alimentación básica de los seis hijos menores de edad.

En un segundo caso, el sostenimiento económico de la familia estaba en función al doble trabajo que desempeñaba la madre, tanto como portera en un establecimiento educativo y como comerciante ambulante. La primera función era realizada solamente tres veces a la semana y de manera temporal, porque se

¹² Información obtenida del sitio web: <http://www.rebelion.org/bolivia/040509bol.htm>

encontraba a prueba. Por este trabajo percibía un haber mensual de 400 Bs. La estrategia económica complementaria adoptaba –ante la ausencia del padre por razones de conflicto con la madre- se basaba en la recurrencia al apoyo de la abuela materna, quien proporcionaba algunos productos alimenticios como ser: arroz, fideo y/o azúcar. Adicionalmente, cuando merman los ingresos para las múltiples necesidades que afectan también a la seguridad alimentaria de la familia, la madre recurre a préstamos de sus familiares más cercanos. En algunas oportunidades, dicha estrategia de obtención de recursos monetarios, también estuvo reforzada por la dedicación de la hija mayor, de 13 años, a la venta de frutas de temporada.

Aunque en grado menor, las demás familias también recurrían a otro tipo de medidas compensatorias para resolver el deteriorado nivel de sus ingresos. Este es el caso de las cuatro familias migrantes, cuyos ingresos diarios promedio por la venta ambulante de especias y condimentos que realizaban en la calle, o también por la venta de comida o el trabajo en albañilería, no pasaban los 25 Bs. En este caso por ejemplo, el responsable de una de estas familias, cuando no encontraba trabajo como albañil, lo que hacía era realizar viajes al campo, a su lugar de origen (Norte Potosí) y traer consigo algunos productos agrícolas para consumo: papa, haba, tostado, chuño y otros. Otra estrategia de esta familia era recurrir a pequeños préstamos para lograr que el negocio de la compra y venta de condimentos: ají molido, comino molido, canela, clavo de olor, etc., no quiebre, ya que casi todo lo que obtenían por esta actividad lo destinaban al gasto de la alimentación. Entonces, el comportamiento económico de este tipo de familias migrantes consistía en no romper con el vínculo familiar y cultural con sus lugares de origen, ya que de ahí obtenían productos, préstamos, carne o charque de cordero y otro tipo de ayudas.

Educación, Salud y Alimentación

Generalmente, los temas de educación, salud y alimentación son factores que se condicionan mutuamente para incidir en diferentes dimensiones: nivel de escolaridad logrado o culminado, enfermedades de origen social, desnutrición, etc. El bajo nivel de ingresos monetarios que caracterizan a las familias de este tipo de niños con desnutrición moderada constituye uno de los factores que incide de manera directa en este problema. En la medida en que, a menor disponibilidad de recursos monetarios exista, mayores han de ser las posibilidades restrictivas a una adecuada alimentación para la niñez.

En Bolivia, una de las mayores manifestaciones que refleja la crisis social se encuentra en estos tres aspectos: educación, salud y alimentación. A nivel educativo, a pesar de los cambios introducidos con la Ley 1565 de Reforma Educativa –actualmente derogada- y de los logros obtenidos en la tasa de matriculación, con un incremento relativo del 12% entre el 2000 y 2005, el valor social de la calidad educativa todavía sigue pendiente. Por ello es que a estas alturas de inicio del Siglo XXI, Bolivia todavía seguía arrastrando hasta el 2001, una de las mayores tasas de analfabetismo de América Latina (13%)¹³. La falta de oportunidades estables de empleo para la población económica activa induce a muchos niños y jóvenes al abandono educativo. Por ello también se explica por qué el nivel secundario presenta una baja tasa de asistencia estudiantil (51.1%).

En el ámbito de la salud, ocurre casi de igual manera, en los últimos 20 años se han promulgado una serie de leyes y normas que han pretendido reformar la salud pública. Una de estas reformas públicas es el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)¹⁴, cuya principal particularidad fue la atención gratuita a las mujeres

¹³ Seguramente, en el último año, esta cifra tienen a disminuir por la implementación del Programa de Alfabetización “Yo sí puedo”.

¹⁴ Hasta el momento el SUMI sigue en vigencia, mientras el nuevo Seguro Universal de Salud (SUS) se viene discutiendo en el Congreso Nacional para su aprobación. Sin embargo, el gobierno, de hecho, ya lo viene implementando por fases. La primera fase comprende la atención hasta los

embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto y a los niños/as desde su nacimiento hasta los 5 años de edad. Estas prestaciones se otorgan con carácter gratuito y obligatorio en todos los establecimientos de salud, en los tres niveles de atención del Sistema Público y Seguro Social de corto plazo, y en aquellos privados con o sin fines de lucro adscritos bajo convenio.

Al igual que acontece en el sistema educativo, a pesar de estos cambios en las políticas de salud, en este caso, todavía la población infantil de los sectores sociales vulnerables continúa experimentando elevadas tasas de mortalidad, desprotección y maltrato físico y psicológico. Si a estas condiciones se suma el estado alimentario de Bolivia, la situación para las familias pobres pareciera no tener salida. Se ha mencionado que algo más del 46% de la riqueza generada en Bolivia se concentra en tan sólo el 10% de la población boliviana, frente a otro porcentaje similar, pero de los más pobres, que tiene que arreglárselas como pueda con menos del 0,17%. Este sector de la población, obviamente, ha de confrontar serios problemas para garantizar una alimentación básica indispensable para los niños menores a 5 años, que es la edad crítica en la que es importante una alimentación adecuada para que no tengan dificultades posteriormente: deficiencia mental, enanismo, defensas biológicas insuficientes (enfermizos), etc. Tomando en cuenta este marco referencial se describe la situación educativa, sanitaria y alimentaria del grupo familiar de casos examinados aquí.

Un primer indicador que refleja el estado crítico educativo de estas familias es el grado de escolaridad alcanzado por los padres de familia de los menores internados. El bachillerato es el nivel de máximo logro de la enseñanza regular obtenido por padres de tres de las siete familias. En cambio, los otros padres no han logrado siquiera superar la primaria, lo que hace suponer una situación de

21 años de edad, exclusivamente en el primer y segundo nivel de atención. La segunda fase, previa garantía de financiamiento, irá incorporando a personas mayores desde los 21 años de edad hasta los 59.

semi-analfabetismo. Una de las mamás, inclusive, es analfabeta, ya que nunca tuvo la oportunidad de ingresar a la escuela en su comunidad de origen (Norte de Potosí)¹⁵. Esta situación, junto a otros factores, como la falta de atención a los hijos y el abultado tiempo que les demandaba sus empleos temporales, hacen que los hijos e hijas en edad escolar que asistían a las unidades educativas respectivas, no reciban apoyo alguno, ni orientación educativa respectiva.

Los casos en los cuales los niños se encontraban estudiando, estos no han experimentado repitencias o abandonos. En el caso de una de las familias, cuyo nivel educativo de los padres ha alcanzado a nivel de bachillerato, no se tienen datos precisos acerca de los motivos que pudieron haber determinado la prosecución de estudios superiores de ambos. En cambio, las dos hijas se encontraban estudiando, pero no recibían ningún tipo de apoyo por parte de sus padres. Aun así el padre estando presente en el hogar, sus hijas no aceptaban ningún apoyo de su parte, por la relación de conflicto (separación) que existía con su madre. En resumen, se puede ver que la situación educativa general de las familias no era favorable para contribuir en el bienestar social de los niños, peor aún en su recuperación nutricional.

Cuando se hizo referencia a la disponibilidad de los servicios básicos, se mencionó que todas estas familias, de algún modo, contaban con energía eléctrica, agua y alcantarillado. A estos se suma el servicio de salud proporcionado por postas y centros de salud ubicados en zonas o barrios. Sin embargo, este servicio no era debidamente aprovechado por estas familias por una serie de razones que argumentaron los padres de familia. Entre estos argumentos se tienen los siguientes: escasa credibilidad, falta de recursos, distancia relativamente alejada de la vivienda, falta de tiempo, poco

¹⁵ “El acceso a la escuela en el área de rural es más bajo en todos los niveles de educación, sobre todo en el nivel secundario al que accede solo el 30,3% de los jóvenes entre 14 y 17 años, mientras que en el área urbana lo hace el 61,6%. En el área rural, el 37,9% de las mujeres con 15 años o más, no sabe leer y escribir respecto al 14,4% de los hombres que también se encuentran en la misma situación” (Ministerio de Educación 2004: 22, 25).

desenvolvimiento comunicacional en la lengua castellana y atención considerada muy general. Por ejemplo, una de las familias tuvo una mala experiencia de atención en su centro de salud. Cuando su niño presentó pérdida de peso y carencia nutritiva fue llevado a dicho centro donde le dieron aceites vitaminados. Aun así, el niño no recuperaba, por lo que decidieron internarlo en el CNIAP a sugerencia del médico que lo atendía.

¿Cuáles fueron los problemas nutricionales comunes de los niños que permitieron su internación? El rasgo común fue el bajo peso. En algunos casos este indicador de no aumento o, en cambio, pérdida de peso, estuvo acompañado por problemas de distensión abdominal, bronconeumonía o tuberculosis. En este último caso, el niño que sufría de esta enfermedad requería de una alimentación más cuidadosa y exigente. Otros problemas relativamente frecuentes en casi todos los niños de estas familias fueron las denominadas enfermedades diarreicas agudas (EDAs). Este es el caso de uno de ellos quien, al momento de la internación, presentaba serios problemas nutricionales y con una fuerte diarrea. No experimentaba una subida de peso, y se encontraba al cuidado de su hermana mayor, mientras la madre salía a trabajar. Debido a estas dificultades nutricionales que se reflejaba en una falta de subida de peso, el niño tuvo que ser internado de inmediato. De igual manera, en el caso de otro de los niños cuyos padres son bachilleres, antes de su internación estuvo haciendo tratamiento nutricional ambulatorio, ya que desde que nació no podía subir de peso, enfermaba mucho con diarrea y resfrío. No quería comer y cada vez más iba adelgazando.

Con la finalidad de identificar otras anomalías al interior de estas familias, a nivel de salud, se ha registrado a cuatro miembros (padres) con adicción moderada a bebidas alcohólicas y se trata justamente de aquellos cuyas familias estaban integradas por un número elevado de hijos (5 y 6) y eran migrantes a la vez.

En cuanto se refiere a los productos básicos que componen la canasta familiar, existían ciertas diferencias entre estas familias. Dos familias tenían mayores y

mejores productos que las otras. Disponían con regularidad de alimentos como ser: papa, arroz, fideo, carne de res y/o pollo, verduras y algunas frutas. Eventualmente los niños tenían posibilidades de consumir leche, huevos y carnes frías. En cambio, las otras familias disponían mayormente de chuño, charque, arroz, papa, grasita de res (cebo), menudencias de pollo, tostado de trigo, haba y arveja. Mayormente estos productos eran propios, traídos de sus lugares de origen. La verdura era muy escasa y de vez en cuando incorporaban en el preparado de la alimentación.

De acuerdo a lo que manifestaban dos mamás, durante las entrevistas, antes que se internen sus hijos, estos solían compartir la alimentación de la olla familiar. Pero, en el caso de los otros niños, generalmente la conducta alimentaria era de rechazo, si comían algo era en pequeñas raciones de pan, mote, agua hervida de sultana o té, o algún pedazo de carne. Frente a esta pérdida de hábito alimenticio en estos niños, los otros consumían de tres a cuatro veces al día, siendo lo más común el desayuno, el almuerzo y la cena, aunque algunas veces este consumo dependía, por una parte, de la provisión de vianderas que venden comida en la calle y, por otra, de la alimentación que preparaban las mamás como vendedoras de comida¹⁶. Esto aconteció principalmente con cuatro familias cuya fuente de ingresos dependía del comercio ambulante y de la venta de comida.

Relación intrafamiliar

La capacidad de manejar diferentes niveles de comunicación e interacción al interior de una familia es lo que normalmente se conoce como relación intrafamiliar. Esta relación dinámica e interactuante puede ser equilibrada,

¹⁶ Los hábitos alimenticios de estos niños en sus hogares eran a veces tan disímiles que algunos no quería comer nada, porque sus hermanos le acostumbraron a las galletas que traían de la escuela. Otro niño, comía de todo, hasta que este agarró una fuerte diarrea y bajo repentinamente de peso. En cambio, un tercer niño, estuvo acostumbrado solo a tomar leche. No comía otros alimentos que sus padres le daban.

armónica o también puede ser conflictiva y vulnerable a los principios de una coexistencia estable entre los miembros de la familia.

Se dice que el carácter que asume una relación tipo entre los miembros en una familia tiende a ser el reflejo pautado de la naturaleza conflictiva o no de los grupos sociales, o de la estructura social de la cual forma parte la familia. A este respecto, por ejemplo, desde un enfoque funcionalista, Quintero (2001: 15) extrae algunas apreciaciones cuando menciona que la estructura de relaciones al interior de una familia es mantenida y expresada a través de los procesos del sistema familiar, vale decir, mediante la comunicación, los roles, las normas y los valores.

Tomando en cuenta esta consideración, se puede caracterizar la situación relacional del grupo de familias con niños internados por desnutrición moderada. En primer término, se debe afirmar que las relaciones de afecto entre los padres y de estos con los hijos están marcadas por una notoria ausencia de niveles de preferencia. En una sola familia (Norte Potosí) se ha percibido que los padres, en especial la madre, demuestran cariño y afecto hacia sus hijos, en especial, al que fue internado. Un indicador de esta apreciación ha sido el registro de número de veces que vienen los padres a ver cómo se encuentran sus hijos en el CNIAP. La visita de los padres de este caso ha sido frecuente en comparación a los demás. Por ejemplo, en los dos meses que fue internado el niño que recibía afecto, cuidado y protección por parte de sus padres, estos vinieron a visitarle hasta 10 veces. En este caso se ha visto que existe mayor cohesión entre sus miembros, ya que en el trabajo intervenían casi todos los miembros, existiendo apoyos mutuos que se extendían incluso a los parientes (tía). La comunicación era más fluida y no demostraban actitudes de menosprecio y abandono hacia sus hijos. En cambio, los otros padres visitaron a sus hijos entre tres a seis veces y otros incluso menos todavía.

Se ha identificado, al menos en cuatro familias, relaciones conflictivas, como es el caso de la familia cuyos ingresos eran relativamente mayores en relación a las

otras. En este caso, al momento de la internación del niño, los primeros datos sobre la situación intrafamiliar existente en el hogar del menor no eran tan claros, debido a que el padre no se encontraba formando parte de la unidad familiar, desde hace algo más de un año. Sin embargo, de acuerdo a la entrevista realizada a la madre, se supo que la relación con su esposo había sido “muy tormentosa”. Constantemente sostenían riñas y agresiones verbales y físicas mutuamente, incluso de la madre hacia sus hijos, situación que habría incidido en el descuido nutricional del niño e incluso en la autoestima de la madre, ya que siempre se culpabilizaba por el estado de salud de su hijo.

La situación por la cual existía entre los padres inestabilidad y conflictos era porque el padre del niño tenía conformada otras dos familias. Una de ellas residía en la ciudad de Oruro y estuvo integrada por su concubina y dos hijos suyos. La otra familia vivía en Cochabamba y estaba conformada por su segunda concubina y un hijo suyo. Los riesgos de desintegración en esta familia eran constantes y esto se manifestaba cuando la madre arremetía con frecuencia contra sus hijos, echándoles la culpa por la situación que atravesaba con su pareja.

Comparable a la situación de esta familia, existía una segunda, pero cuya situación económica era bastante crítica, en mayor grado que la familia proveniente del Norte de Potosí. El siguiente testimonio de la madre del menor reflejaba de la siguiente manera la situación conflictiva que se vivía en su familia: “En el almuerzo, casi nunca compartimos la mesa. Mi marido come lo mejor en su trabajo y cuando llega a la casa eructa fuerte y muchas veces pienso que es como si se burlara de mí, porque sabe que nosotros comemos lo que podemos, generalmente arroz o fideo con tomates y huevo, incluso algunas veces no comemos, solo tomamos té con pan. Mi marido nunca da cuenta de sus horarios de salida y entrada a la casa. Cuando llega a la casa la comida tiene que estar lista, sin importar si hay o no para cocinar. El diálogo es escaso. Generalmente,

cuando estoy dormida, él me despierta para tener relaciones sexuales, porque cree que yo tengo que estar siempre disponible” (Entrev. MF-B1)¹⁷.

El padre del niño, para formar dicha familia, la obligó a su esposa a abandonar su propia familia, a pesar de que, al principio, ya vivían en la casa de su madre. Más tarde, por problemas de convivencia, tuvieron que mudarse a otra vivienda. La madre del niño nunca le pidió explicaciones a su esposo sobre sus actividades. A pesar de trabajar y obtener ingresos, su esposo no dejaba dinero para la alimentación. En una oportunidad, cuando a la madre le faltó dinero para comprar pan, tuvo que recurrir al préstamo de una de las vecinas, pero cuando se enteró su esposo la golpeó y la acusó de que ese dinero le había dado “su macho” (amante). Esta situación sucede de igual manera cuando al niño le lleva al CNIAP. Nadie sabía que su pareja la golpeaba hasta que el niño se fue del Centro de Nutrición. De esta manera, la situación de elevado conflicto por la que atravesaba la familia del niño al momento de la internación, se presentaba también en el plano de la relación con los vecinos, debido a que el padre del menor prohibió a su madre obtener cualquier favor de sus vecinos o vecinas. Cuando se enteraba de que ella contravenía sus “órdenes”, se desataban de inmediato riñas y agresiones físicas, donde la mujer llevaba la peor parte.

Salvo en una sola de este tipo de familias, la estructura familiar se vio afectada por los elevados niveles de apatía y conflicto que existía entre los padres, principalmente del padre hacia la madre. Las agresiones físicas, verbales y emocionales eran casi frecuentes al momento de la internación del niño. La violencia intrafamiliar, entonces, pareciera que fuera una conducta normada y legitimada desde el punto de vista del dominio por parte del marido frente a su pareja y de ella hacia sus hijos, como se puede apreciar en este otro testimonio:

No puedo hacerme cargo de todo para alimentar a mis hijos, en especial a la más pequeñita que está internada, tengo que

¹⁷ Entrev. MF-B1=Entrevista a la madre de la primera familia del tipo de desnutrición moderada.

abandonarlos y dejarlos solos, además el mes pasa rápido y hay que juntar el dinero para el alquiler también. Ahora ya debo de dos meses y la dueña me ha dicho que tengo que desocupar. No se dónde voy a ir con mis hijos y los dueños de casa no quieren recibir con hartos niños y mi esposo no se preocupa de nada, solo viene borracho y exigirme nomás sabe. Me pide comida y de lo mejor y, no conforme con eso, quiere estar conmigo (tener relaciones sexuales) sin importarle si puedo quedar o no embarazada y cuando me embarazo y le reclamo él me dice: "es tu culpa por no cuidarte". Si no quiero estar con él ya me empieza a gritar, me pega, me dice: "para tu macho te estarás guardando pues". No se qué hacer, a veces toda mi rabia me hago pagar con mis hijos. Yo se que ellos no son culpables, pero me desespero..., cuando también me piden cosas y no puedo darles...Tengo ganas de dejarlo todo e irme lejos, si no fueran mis hijos creo que no lo pensaría dos veces y me iría. (Entrev. MF-B2)

La situación de otra de las madres tampoco era menos crítica en el trato que recibió por parte de su cónyuge. La madre recordaba que en su último embarazo sufrió mucho porque no se alimentaba y a su esposo no le importaba eso. Él era muy severo en sus arengas y exigencias. Recordaba las golpizas que recibía cuando su pareja se encontraba, sobre todo, bajo los efectos del alcohol. Eran esas las situaciones en las que casi siempre recibía golpes sin motivo.

Se ha mencionado el rol que asumen los miembros, como otro de los factores que constituyen parte de la relación intrafamiliar. Este elemento de cumplimiento o no de funciones en el hogar no se encuentra dissociado de los otros factores mencionados anteriormente. Dependiendo del grado de cohesión y estructuración social que existía al interior de las familias, la valoración del rol económico, laboral, doméstico, educativo y otros que asumían sus miembros, permitía reforzar o debilitar patrones de comportamiento organizativos. En algunos casos constituían estrategias de reducción del abandono, de la negligencia y de la desatención alimenticia del niño.

Casi en todos los casos que corresponde la descripción situacional de estas familias, el carácter temporal del subempleo que confrontaban, determinó, hasta cierto punto, el rol de sus miembros. Existían padres que dedicaban mayores

horas de jornada en la venta de productos. Consecuentemente, los hijos se encontraban supeditados a este tipo de régimen ocupacional. En cambio, en los otros casos en los cuales incluso los jefes de hogar no solían trabajar días enteros durante una semana y hasta un mes (chofer, albañil, estibador), el rol de sus miembros (hijas, esposa) experimentaban severos desfases que influían a otras responsabilidades, ya que impedía cumplir con uno de los derechos fundamentales que todo individuo debe tener: la educación. Este fue el caso de una de las familias cuyo niño ingresó al Centro por descuido de sus padres (padre alcohólico que trabaja como chofer). En esta familia, la hija mayor se quedaba al cuidando de sus hermanos, responsabilidad que muchas veces la obligó a faltar del colegio. El padre, cuando no salía a trabajar, se reunía con sus amigos y se dedicaba a la bebida. Cuando se quedaba en casa, tampoco colaboraba en los quehaceres domésticos, deslindando toda la responsabilidad a su hija mayor. En otro de los casos, la madre era quien cargaba con toda la responsabilidad de la manutención de los niños y de su cuidado. Como el padre no se encontraba en el hogar, ella se veía obligada a trabajar, en su lugar la hija mayor se quedaba al cuidado de los niños y, si ella también salía a vender, entonces su hermana menor asumía dicha responsabilidad, además de atender las labores domésticas. En resumen, un factor casi común en estas familias, respecto del rol de sus miembros, en especial de la madre y sus hijos mayores, es la intensa dedicación que tienen para cuidar a los hijos menores y garantizar el sustento diario del hogar. Es decir, los padres solo aportan con ingresos y casi nada más.

Es en este marco de relaciones ínter subjetivas relativamente estables que tiene lugar la desnutrición infantil de tipo moderado. Las condiciones para lograr una coexistencia armónica y unitaria se ven amenazadas por las condiciones de pobreza en la que se encuentran sumergidas algunas de estas familias, así como por un elevado deterioro en la pérdida de valores propios reflejados en comportamientos de infidelidad, abandono de los hijos, irresponsabilidad y negligencia ejercida por algunos padres.

Situación medio ambiental y cultural

El entorno físico y el *capital cultural*¹⁸ inherente a la estructura familiar es otro de los rasgos que distinguen a los niños con desnutrición moderada. Por lo regular, se admite que cuando este entorno presenta condiciones desfavorables los niños corren el riesgo de contraer enfermedades e incidir en su salud alimentaría, porque la población infantil entra en contacto directo con focos de infección generados por la descomposición orgánica de residuos sólidos y líquidos como la basura doméstica, industrial y excretas.

Por otro lado, la formación de valores culturales e indicadores que reflejan la pertenencia étnica, social y lingüística, son elementos que pueden configurar y dar lugar a una comprensión asociada de los hábitos y prácticas alimenticias que adquieren y desarrollan las familias. Así por ejemplo, la recurrencia al uso de medicamentos caseros para tratar pequeñas infecciones o sarnas en los niños, o para remediar algunos problemas respiratorios (tos) del menor internado, así como el realizar algunos ritos u ofrendas a la pachamama, por parte de algunas de estas familias, constituyen prácticas culturales y simbólicas que fácilmente no son abandonadas, a pesar de vivir muchos años en un lugar diferente al de su origen.

Las concepciones y prácticas que poseían algunas de las familias, podrían considerarse recursos favorables para entender la relación nutrición-hábitos alimentarios-curación o tratamiento del niño. Dependiendo de esta situación los padres de los niños decidirán recurrir al servicio de nutrición o no. Sin embargo, no se puede afirmar ni negar taxativamente si estas concepciones y prácticas pueden constituir directamente causales de provocación de un desfase en la alimentación infantil o, peor aún, provocar ausencias nutricionales. La ausencia o desfase crítico de la capacidad alimentaria en una familia se presenta cuando las

¹⁸ En su forma simple y de acuerdo a Bourdeau (1972), capital cultural se entiende todos aquellos recursos culturales que poseen las personas, como idioma, costumbres, hábitos, normas, ideas, maneras de ver la realidad, etc.

estrategias de producción que sustentan una seguridad alimentaria experimentan un paulatino agotamiento, o bien, entra directamente en contradicción con sistemas de producción y de consumo diferentes a una lógica anterior. Así por ejemplo, está demostrado que, en los últimos 20 años, la economía de mercado ha provocado rupturas en la dinámica de las lógicas productivas campesinas. Las economías familiares campesinas, han dejado de producir en cantidad y calidad aquellos alimentos que les permitían subsistir durante largos periodos, incluso cuando se presentaban épocas de severa sequía. Por ello, también se explica la migración campo-ciudad. De todas maneras, al no ser este trabajo un documento de investigación, se propone realizar estudios que se orienten hacia este problema en familias de origen indígena, analizando factores socioculturales asociados a la desnutrición infantil.

Las condiciones medio ambientales que presentan las familias de este grupo de seguimiento son desfavorables, porque los barrios donde viven no cuentan con un adecuado servicio de recolección de basura. En el mejor de los casos, los carros basureros recorren estos lugares una o dos veces a la semana, a pesar de ello, la acumulación de la basura pone en riesgo la salud de los niños creándose focos de infección. Lo mismo se puede decir de la eliminación de excretas, lo cual no siempre se lo realiza mediante el servicio sanitario ya que muchas de estas familias hacen sus necesidades fisiológicas a campo traviesa, en cualquier lugar o terreno baldío. La basura también es depositada en estos espacios cercanos a las viviendas.

Como algo más de la mitad de estas familias es del campo, todavía se ha podido registrar datos sobre la práctica y recurrencia a la medicina tradicional o casera. De esta manera, estas cuatro familias usan en diferentes espacios de comunicación el quechua como idioma materno. El rasgo común a todas estas familias, sin embargo, es su filiación religiosa católica.

7.2.3. Familias tipo C: Niños (as) con desnutrición grave

La desnutrición grave no se presenta de la misma manera en todos los niños como se había mencionado anteriormente. Hay formas en que puede manifestarse y son denominadas *kwashiorkor*, *marasmática*, *kwashiorkor marasmática mixta*. En el primer caso, los niños presentan edema; en el segundo, delgadez extrema (piel pegada al hueso); en el tercero, una combinación de las dos anteriores con edema y emaciación muscular.

Estructura familiar y situación de la vivienda

En este acápite se presenta las características del entorno social, económico, cultural y medio ambiental de otras siete familias cuyos hijos e hijas fueron internados en el CNIAP con desnutrición grave. Como se ha venido exponiendo, se resaltarán los aspectos que diferencian y que son comunes a estas familias. No está por demás reiterar que las condiciones que presenta el entorno socioeconómico y cultural de la familia contribuyen en gran manera, ya sea favorable o desfavorablemente en la capacidad alimenticia de la niñez.

Una primera característica de este grupo de familias era su tamaño. Cinco de estas se encontraban conformadas por un número elevado de miembros de 7 a 10. Una segunda característica era el lugar de origen. Cinco de estas familias provenían del interior: dos del Norte de Potosí, dos del departamento de Oruro y una de la provincia Aroma (La Paz). La edad promedio de los padres comprendía 30 años y de las madres 27. Por su parte los hijos, en su totalidad, eran menores de edad con un promedio de tres años de diferencia entre cada uno de ellos. En una sola de estas familias el principal miembro responsable del sustento económico era la madre. La edad de los menores internados en el centro (tres niñas y un niño) no sobrepasaban los dos años.

Cada una de las viviendas que ocupaban estas familias se encontraban localizadas en barrios denominados “villas miseria”, los mismos que se encontraban alejados del centro de la ciudad y se caracterizaban por su reciente urbanización. Por ejemplo, la familia que vivía en Ushpa-Ushpa¹⁹ (al sur de la ciudad de Cochabamba) era un lugar cercano a un antiguo botadero de basura. También comprendía zonas de Villa Sebastián Pagador, Valle Hermoso, Villa Israel, ubicadas en la misma zona sur y sureste de la ciudad y se caracterizaban por ser barrios con población mayoritaria de origen rural o campesino, provenientes de otros departamentos como ser: Oruro y La Paz. El tiempo de residencia en estas zonas era variable en cada familia. Algunas tenían menos de dos años y otras llevaban ya más tiempo.

En un solo caso, la tenencia de las viviendas era de propiedad familiar. El rasgo común de permanencia en estas viviendas era que estas se encontraban bajo su cuidado, o estaban alojados. En un solo caso, la tenencia era en alquiler. El estado de la construcción o de conservación, el tamaño, así como los espacios habitacionales disponibles, la calidad de los servicios domésticos y el equipamiento, eran bastante deficitarios. En la mayoría de los casos, las viviendas consistían de habitaciones simples y de una sola pieza que ocupaban y a la vez servía de dormitorio, cocina y comedor. En cuanto al espacio habitable se refiere, una sola familia contaba con 150 m² de construcción aproximadamente, en cambio, del resto no superaba los 30 m². De estas familias, por ejemplo, al no contar con un espacio más amplio para la cocina, la madre tenía que preparar la alimentación en un fogón, a la intemperie.

A la falta de ambientes en las viviendas, se sumaba las condiciones precarias y provisionales de su construcción. En algunos, incluso, eran edificaciones muy rústicas hechas con base a material en desuso, como el caso de una de las familias que residía en este tipo de “villas miseria”: techo de calamina atada con

¹⁹ Ceniza-Ceniza, en lengua quechua.

alambres a vigas improvisadas, cartones que hacían de pared y algunas maderas viejas como soportes externos. Las condiciones de habitación de esta familia eran muy deprimentes. En contraste a esta situación, las otras familias tenían viviendas construidas con pared de adobe descubierto, revoque de estuco y piso de cemento o de tierra. Solamente dos viviendas contaban con servicio completo; tres con servicio de energía eléctrica solamente y las otras dos familias sin ningún tipo de estos servicios básicos. En el caso de los hogares que apenas lograban disponer de energía eléctrica, el equipamiento con que contaba la familia se reducía a enseres domésticos como ser: un televisor pequeño (blanco y negro), dos catres, una cocinilla a gas de dos hornallas, una mesa pequeña, dos cajones grandes de cartón para guardar la ropa y enseres necesarios de cocina.

Situación laboral: empleo, ingresos y disponibilidad de recursos

En general, la situación laboral al interior de estas familias cuyos niños y niñas se encontraban internados con desnutrición grave, era deteriorada. La economía de estas unidades familiares se sostenía en actividades ocupacionales informales y muy temporales: comercio ambulante, jardinería, albañilería y confección de pantalones jean. Sin embargo, por el nivel de ingresos que percibían los padres, se podía distinguir tres subcategorías familiares. Por un lado, están las familias que se dedicaban al comercio informal ambulante, cuyos ingresos diarios fluctuaban entre 15 a 20 Bs. y entre 20 a 30 Bs. De acuerdo a estimaciones de los jefes de hogar, casi las tres cuartas partes de sus ingresos diarios lo destinaban a la alimentación familiar. En cambio, el otro estrato comprende a las otras familias cuyos ingresos diarios no superaban los 15 Bs. Con estos ingresos, prácticamente, estas familias no lograban cubrir su alimentación, por lo que tenían que recurrir a otro tipo de medidas compensatorias, frente a las pocas horas de trabajo que disponían. Por ejemplo, se dedicaban a pastar ganado ovino, porcino y caprino para otras personas, recurrían a préstamos de los vecinos (de dos a cinco bolivianos), en caso de que no lograban que les pague en dinero, aceptaban en alimento: papa, arroz, verdura, sal, azúcar y otros productos menores. En el caso

de la madre, cuyo esposo era ayudante de albañil, cuando su pareja no conseguía trabajo, ella solía trasladarse a Oruro para emplearse temporalmente en la mina como *pallir*²⁰ y así lograr algunos ingresos monetarios. O bien, la hija de 14 años se empleaba eventualmente como trabajadora de hogar, realizando trabajos específicos de lavado de ropa, platos y otros enseres. Esta familia era la que experimentó un mayor grado de depauperación económica, especialmente, desde que la abuela materna de la menor falleció, ya que ella ayudaba en la alimentación con la renta de jubilación de su esposo. Y, la tercer subcategoría estaba representada por una sola familia de las siete. Esta familia se dedicaba a la pequeña producción de leche y sus derivados: queso y yogurt. La leche fluida se entregaba a la Planta Industrializadora de Leche (PIL) y los productos derivados los comercializaban de manera ambulatória en el mercado central de La Pampa. Además de esta ocupación, el padre trabajaba como albañil para complementar sus ingresos –los mismos que no se logró cuantificar-. Como se podrá apreciar, este era un caso algo atípico. Cualquiera podría preguntarse: ¿cómo es posible que un niño, en este tipo de familia, puede llegar a malnutrirse de manera severa, tomando en cuenta la existencia de un aceptable nivel de seguridad alimentaria con base a la producción de leche?

En esta y la primera subcategoría de familias presentadas, cuyos ingresos económicos eran relativamente estables, se desarrollaban también una serie de prácticas compensatorias. Una de las estrategias más recurrentes que se adoptó al interior de estas familias fue el ahorro. Cuando las ganancias de las ventas bajaban, o cuando no salían a vender por algunas razones, los padres decidían ahorrar sus ingresos. Si los padres de los niños trabajaban, algunas mamás recurrían al lavado de ropa o a la venta de verduras. Otra segunda estrategia de subsistencia para la obtención de algunos alimentos era acudiendo a postas de salud o al apoyo de los abuelos del niño. Se trataba de prácticas mediante las cuales lograban obtener algunos alimentos como ser: fideo, arroz y azúcar.

²⁰ Recolectoras de mineral en desmonte.

En este grupo, las familias consideradas más pobres, no contaban con otras estrategias para mejorar sus recursos económicos. Más bien, lo que se ha observado fue la solidaridad demostrada por los vecinos, con la situación depauperada en que se encontraba la alimentación del niño en una de estas familias pobres. El apoyo consistía en donar a la familia algunos productos básicos como ser: pan, huevo, azúcar y sal. Según la opinión de estos vecinos, este acto de solidaridad lo hacían pensando en los niños, antes que en los padres.

Educación, Salud y Alimentación

La situación educativa, sanitaria y alimenticia en estas familias, también se encontraba en un nivel de deterioro crítico. Los padres de cuatro de las siete familias apenas habían logrado concluir la primaria, observándose, inclusive, la presencia de analfabetismo en las madres de las otras familias. De acuerdo a lo que manifiestan estos padres, uno de los principales factores por los cuales no habían logrado concluir la primaria fue la necesidad de trabajo, como el caso de uno de ellos que tuvo que abandonar la escuela de su comunidad a partir de sus 10 u 11 años de edad. O, el caso de una de las mamás que tuvo que abandonar para ayudar, a su vez, a su madre en las labores agrícolas de su comunidad.

La falta de educación, como factor desfavorable para la calidad de vida, se observó también en los hijos e hijas, quienes no lograron superar la primaria. Este es el caso de una de las familias, cuyos miembros se dedicaban al comercio ambulante, provenía del área rural (provincia Aroma, departamento de La Paz) y vivían en una zona de mayor pobreza (Villa Israel). La niña de 10 años de edad, de esta familia, había reprobado en la gestión 2005. El padre refiere que cada vez que su hija se encontraba de vacaciones (descanso pedagógico) ella ya no quiso retornar a la escuela. Por su parte, la madre señaló que el abandono escolar de su hija se debió a la falta de recursos económicos y al hecho de que “no podía captar lo que la profesora explicaba”. Sin embargo, realizando mayores indagaciones, se ha llegado a determinar que los padres la obligaron abandonar el estudio para que

se hiciera cargo del cuidado y la atención de sus hermanos menores, mientras ellos salían a trabajar. A esto se suma la relación conflictiva que existía entre los padres y el maltrato psicológico y físico del cual era objeto la niña.

En la práctica, no existió ningún tipo de apoyo educativo de los padres hacia sus hijos, porque –según ellos- “no disponían de tiempo”. Además, la condición limitada de escolaridad de los padres no les permitía brindar dichos apoyos, especialmente a aquellos hijos que asistían a unidades educativas fiscales, las mismas que quedaban alejadas de sus domicilios.

Las condiciones del entorno saludable en estas familias atravesaron por una serie de dificultades, a pesar de que disponía de servicios de posta o centros de salud en sus respectivas zonas o barrios. Sin embargo, de acuerdo a lo que manifestaron los padres, las postas y otros centros de salud, han sido muy pocas veces visitadas para recibir atención médica general, por ello, para la internación de los niños y niñas, tuvieron que recurrir al Hospital Pediátrico “Albina R. de Patiño.

Un dato curioso en este grupo de familias es que la mayor parte de los padres no sabían que sus niños se encontraban desnutridos. Algunos de ellos, incluso, creyeron que su niña se encontraba “orejada”²¹ y que se le iba a pasar su falta de apetito, diarrea y pérdida de peso, una vez que -de acuerdo a sus concepciones culturales- recurrieran a prácticas y ritos tradicionales, como la *milluchada*²² y el uso de medicamentos caseros. Como vieron que no se recuperaba, preguntaron a una de sus vecinas qué es lo que habían hecho con su niño que se encontraba

²¹ En la concepción cultural andina, en especial las madres de familia suelen decir: “*waway urijasqa kachkan*” (mi hijo está con oreja), refiriéndose a que sus hijos o hijas, al pasar por lugares nauseabundos (cementerio, basurero), han percibido dichos olores y, a consecuencia de ello, consideran que se han enfermado o han adquirido algún mal que se traduce en la falta de apetito, desnutrición, diarreas u otra enfermedad similar.

²² *Milluchada*, o *milluchay* que significa ver el tipo de enfermedad o mal que tiene una persona cuando un tipo de mineral (millu) es puesto a la brasa, de acuerdo a la forma, tamaño o color que adquiere. Esta práctica normalmente es reconocida como parte de un rito de curación y es realizada por curanderos o *yatiris*.

también en similar condición. Entonces, la vecina les aconsejó internarlos en el CNIAP. Donde, por la gravedad del estado nutricional del niño, fueron llevados primero, al Hospital Pediátrico “Albina R. de Patiño”, para que se haga la primera fase de tratamiento del niño desnutrido grave con complicaciones e interurrencias médicas. Una vez estabilizados, los niños fueron derivados al CNIAP para su recuperación nutricional.

Entonces, un rasgo común de los problemas que presentaron estos niños, al momento de la internación, fueron diarreas frecuentes, distensión abdominal, etc. y, consecuentemente, una baja sustancial en el peso. Un solo caso de los menores confrontó un serio problema de meningitis bacteriana y en otros de bronconeumonía.

A este cuadro crítico de desnutrición de tercer grado por el que ingresaron los menores al CNIAP, se suman las condiciones también adversas de otros miembros en la familia. Por ejemplo, a consecuencia del excesivo consumo de bebidas alcohólicas, los padres presentaban principios de tuberculosis y complicaciones hepáticas. O, de la hija mayor de nueve años de edad, de una de las familias, que enfermó con meningitis y la falta de una atención médica oportuna, provocó que la niña quede con secuelas de afectación mental. En ese entonces, los padres de esta menor señalaron que no la habían podido llevar al médico “por falta de dinero”.

Si bien la situación económica, en el caso de tres de estas familias, se encontraba relativamente estable, con relación a las otras, este hecho permitía de igual forma una alimentación favorable para los niños. Un indicador de esta situación era la composición básica de productos de la canasta familiar: arroz, papa, fideo, verduras, sal, azúcar, pan, té (o sultana), menudencias de pollo y productos lácteos. En el caso de la familia que es oriunda del departamento de La Paz, los seis niños -incluyendo el menor internado- podían disfrutar, con cierta frecuencia, de carne de res y leche. Esta familia, junta a otras dos que dependían del

comercio en las calles y la producción de leche y sus derivados, eran las que presentaban mejores condiciones de alimentación para sus niños, antes de la internación. El hijo y las hijas de estas tres familias no tenían preferencia especial en la elección de alimentos. Consumían todo lo que se les ofrecía, con una frecuencia de tres veces diarias, aunque en cantidades reducidas.

En cambio, en la situación de las otras familias, consideradas en mayor grado depauperadas, la frecuencia y calidad de la alimentación en el hogar eran más bajas con relación a las otras. Por ejemplo, en la familia con tres hijos, cuyo padre se dedicaba a la jardinería, siendo del Norte de Potosí y teniendo como residencia la zona periurbana de Ushpa-Ushpa y por cuya lejanía no podían acceder con facilidad a servicios de salud, la alimentación que se le daba a la niña era una sola vez al día y en mínimas cantidades. Al ingresar al Centro, la niña no consumía alimento alguno porque su organismo lo rechazaba, por tanto no tenía mayor preferencia en la elección de algún alimento. Pero, también, el número de veces que consumía se encontraba en función a la disponibilidad de alimentos, de los recursos económicos y de la responsabilidad que asumían sus padres y hermanos en el hogar.

La característica común que tenían los niños y niñas de estas familias casi de extrema pobreza, era que antes de que caigan en una severa desnutrición, ellos podían comer sin problemas y aceptaban lo que les ofrecían sus padres o abuelos, o simplemente, lo que se preparaba en el hogar. Desde el momento en que se agravó su estado nutricional y esta afectó su salud, la recuperación nutricional tuvo muchas dificultades, ya que no aceptaban con facilidad, ni siquiera la dieta especialmente preparada en el CNIAP.

Relación intrafamiliar

Vista desde un enfoque de interacción, la relación social al interior de las familias, cualquiera que fuera su estructura, viene dada por la mayor o menor frecuencia de

acciones y reacciones que se producen conforme a un marco de estrategias de comportamiento individual y colectivo. Pero también, estas acciones y reacciones se producen conforme a lógicas que subyacen a los diferentes roles que asumen cada uno de los miembros, definiéndose, de esta manera, situaciones de contradicción, de resolución de conflictos, etc. Tomando en cuenta estas ideas, se caracterizan los principales rasgos que distinguen a este tipo de familias, cuyos hijos e hijas fueron internadas como desnutridos de tercer grado o de riesgo grave.

Como se ha expuesto anteriormente, se destacan las relaciones de afecto y/o de conflicto que existían al interior de estas familias. Asimismo, la presencia -o ausencia- de prácticas de abandono, comunicación verbal, apoyos y roles. Una característica común que tipifica a estas familias es la fragilidad e inestabilidad en este tipo de relaciones de afecto, principalmente, entre los padres y de estos con sus niños.

Como los datos recopilados se inician casi en el momento mismo en que se produce la recepción de casos de desnutrición y luego a partir de la internación en el CNIAP para su recuperación, los padres de estos menores mostraron una conducta de aparente estabilidad y normalidad en sus relaciones conyugales e interpersonales. En otros casos, en dichas relaciones se visibilizaba con bastante claridad una pronunciada apatía entre padres y de estos con respecto a sus hijos mayores, como es el caso de las familias migrantes de La Paz y de Oruro, cuyos padres daban mayor preferencia de atención a sus hijos más pequeños, entre los que se encontraban los niños internados. Esta relación, a veces percibida como de sobreprotección, derivaba contrariamente en actitudes de franco rechazo hacia algunos hijos e hijastros. En una sola familia de este grupo –la familia productora de leche- se ha podido comprobar que la relación entre padres y de estos con sus hijos era armónica. Si algunas veces han tenido discusiones entre los padres ha sido solamente a consecuencia de las enfermedades que contrajo la niña –diarrea y bronconeumonía- y de su estado “incompresible” de desnutrición severa, que para los padres era desconocido.

Además de existir un bajo nivel de comunicación e intercambio de diálogos, la relación intrafamiliar en la mayoría de los casos se ha caracterizado por agresiones físicas y verbales, principalmente cuando el padre se encontraba en estado de ebriedad. En estos casos, algunas madres mostraban actitudes intolerantes y de provocación, generando riñas y peleas. Muchas veces los niños también fueron agredidos física y verbalmente, con el consecuente daño psicológico provocado a estos.

En el caso de una de las tres familias consideradas de extrema pobreza, las relaciones de conflicto adquirieron otros matices que llamó mucho la atención. Desde el momento en que la niña fue internada, el padre no ha demostrado actitudes de cariño y afecto con ella, ni con sus otros hijos, más bien incurría en conductas directas de maltrato severo, a tal punto de que fue denunciado por su pareja ante la brigada de protección a la familia. Este maltrato, se ejercía con mayor frecuencia con la niña mayor de nueve años quien, además de los castigos que recibía de su padre, tuvo meningitis que le ocasionó trastornos mentales, a tal punto que la niña incluso llegaba a golpearse la cabeza en el piso, o en la pared y se echaba tierra a todo el cuerpo. Las agresiones físicas de las cuales era objeto esta niña, sumado al problema cerebral del que padecía, la tornaban agresiva consigo misma.

Las situaciones de abandono infantil que se presentaron era otra de las facetas lacerantes que se han observado en este tipo de familias. Por ejemplo, en el caso anterior, la madre no quiso tener a su bebé, más bien, buscó a una familia para darlo en adopción, a cambio de dinero. Con el dinero que recibirían, lograrían conseguir un cuarto en anticrético que les permitiera vivir en mejores condiciones. Pero, la otra pareja que iba adoptar al bebé no aceptó esta propuesta. Al cabo de un mes, los padres de la niña internada afirmaron que el bebé amaneció muerto y solo tuvieron que enterrarlo. Con estas experiencias, y con seis hijos, las agresiones físicas entre los padres se sucedían a diario.

Bajo estas características de reiterado conflicto que presentaban la mitad de estas familias depauperadas –excepto una-, las condiciones sociales, físicas y psicológicas eran factores de elevado riesgo para los hijos que experimentaron situaciones de abandono físico. En este marco de inestabilidad y crisis de valores humanos, éticos familiares, los roles individuales y colectivos también se han visto afectados. Por ejemplo, en la familia migrante de La Paz, los padres procuraron hacer sostenible su función económica, en su condición de comerciantes ambulantes, en cambio se derivaba una fuerte carga de responsabilidad asignada a la hija mayor para con sus hermanos y hermanas menores. O, como en el caso de otra de las familias de mayor número de miembros, de origen rural, donde la hija mayor tuvo que dejar sus estudios para aportar en la manutención del hogar.

En una sola de estas familias, la relación intrafamiliar no ha sido tan crítica, pero tampoco ofrecía seguridad para la niña internada. Se trata de la familia cuya residencia se encontraba en Ushpa-Ushpa. Aparentemente, al principio, los padres demostraron una relación estable, comunicativa y llevadera. Lo propio ocurría de ellos con respecto a la niña internada. Cuando se encontraban sobrios la comunicación verbal esporádica era asequible. A pesar de los conflictos que solían tener los padres del menor, estos buscaban apoyarse entre sí. Esta situación solía acontecer, por ejemplo, cuando se trataba de garantizar la obtención de alimentos, para lo cual compartían los ingresos que obtenía el padre como jardinero. El antecedente que se tiene en cuanto a abandonos suscitados en el seno de este hogar es aquel cuando el hijo mayor se fue a vivir desde hace tiempo atrás donde uno de sus tíos.

En cuanto a los roles que cumplían los miembros en esta familia, estos se enmarcaban dentro de lo tradicional. En la entrevista inicial, el padre afirmó apoyar en la preparación de los alimentos, especialmente, cuando no salía a trabajar. Pero, lo que se ha reiterado ha sido las el conjunto de responsabilidades en los quehaceres domésticos que desarrollaba la madre. Por su parte, por minoría de

edad, ninguno de los hijos cumplieron roles en el hogar. El hijo mayor de ocho años de edad no permanecía la mayor parte del tiempo en el hogar.

Situación medio ambiental y cultural

Se ha mencionado que estas familias eran oriundas del área rural de La Paz, Cochabamba, Norte Potosí y Oruro. En casi todas las familias de esta categoría, los padres, cuando sostienen comunicación verbal entre ellos, recurrían al uso predominante de su idioma nativo (quechua, aimara) Pero, cuando la comunicación era entre los hijos y de estos con los padres, el idioma recurrente era el castellano. Este idioma se utilizaba también en otro tipo de situaciones de comunicación social, como cuando entablaban diálogos con el personal médico en el hospital.

Las madres eran quienes asumían el rol cultural de prácticas ancestrales, como el uso de medicina nativa y prácticas rituales a la pachamama: sahumeros y libaciones con ofrenda, además de considerarse familias que profesan la fe católica. Se puede decir que tales prácticas culturales y uso de la medicina casera se transmitían desde generaciones anteriores y se mantenían con mayor fuerza al ser estas recurrentes en la vida cotidiana. Por ello, no ha sido extraño observar también prácticas asociadas al problema nutricional de los niños.

Por las limitaciones de infraestructura que experimentaban las viviendas, la eliminación de excretas y otros desechos lo hacían a campo abierto, a pesar de que el carro recolector de basura visitaba sus zonas una vez a la semana y en otras villas nada: Uspha-Ushpa, Pucara Grande, Villa Israel, por ejemplo. La situación medio ambiental, por tanto, en estos hogares estaba dada por las condiciones adversas de carencia en los servicios. Es en este contexto sociocultural y lingüístico y de entorno medio ambiental bastante desfavorable en el que iban creciendo los niños con desnutrición grave.

7.3. Cambios observados durante el seguimiento

7.3.1. Familias tipo A: Niños (as) con desnutrición leve

Durante la fase de seguimiento, el trabajo de campo comprendió la última parte del proceso de recuperación de los niños en internación²³, una vez dados de alta. Es decir, correspondió a una fase posterior cuando los niños fueron recuperados nutricionalmente y, por tanto, se encontraban en condiciones de quedarse en su hogar. En general, todo este periodo comprendió, aproximadamente, de dos a tres meses de intervención social, efectuado mediante visitas domiciliarias.

Con la finalidad de que se pueda identificar los cambios observados durante esta fase, se ha optado por describir aquellas situaciones de cambio más perceptibles, es decir, de cada una de las siete familias que correspondían al grado de desnutrición leve de los niños que fueron atendidos y dados de alta en el CNIAP.

En la primera fase de caracterización socioeconómica, se han identificado dos sub-tipos de familias cuyos niños eran desnutridos leves. El primer tipo estaba conformado por familias cuya situación económica era estable, la relación intrafamiliar no era notoriamente conflictiva, la disponibilidad alimentaria en el hogar de alguna forma estaba garantizada, la residencia habitacional presentaba ventajas favorables en cuanto a accesibilidad a servicios básicos se refiere y el nivel de educación logrado era superior. El otro tipo está conformado por otras familias donde los indicadores anteriormente mencionados eran notoriamente contrarios: elevado riesgo social para los hijos -incluyendo aquellos en proceso de recuperación nutricional-, informalidad laboral, bajos niveles salariales, condiciones de hacinamiento, viviendas precarias, nivel educativo básico y adicción a bebidas alcohólicas en padres y abuelos.

²³ Cuyo tiempo de permanencia es variable, dependiendo del grado de adaptación del menor, de la aceptación de alimentos, de las enfermedades o complicaciones que pueda tener y de otros factores más. Pero, por lo general, para estos casos de desnutrición leve, la permanencia de recuperación nutricional en el CNIAP, dura un par de meses.

En el caso del primer subgrupo de familias, consideradas de estrato superior, se ha visto la ausencia de cambios significativos respecto al comportamiento socioeconómico en general. En cuanto a la aplicación de prácticas nutricionales recomendadas por el Centro, solo en dos hogares se han adoptado las indicaciones respectivas, principalmente, en cuanto se refiere a los tiempos de la dotación alimentaria para el niño, es decir, en los horarios definidos por el Centro. En una de estas, inclusive, la madre llevaba la alimentación de la niña a su trabajo, para que coma, al menos, cinco veces al día. En el resto de las familias, no se observaron otras estrategias asumidas por los padres para ayudar a la recuperación nutricional del niño en el hogar.

Antes de la internación, e incluso durante ella, algunos niños –como en el caso anterior- no aceptaban ningún tipo de alimentación. Una vez que fueron dados de alta, ya en el hogar, ellos podían servirse y comer todo lo que se les daba. Lo que anteriormente consistía en una alimentación a capricho del niño, durante el seguimiento se vio que se alimentaban cuatro a cinco veces por día. En este sentido, los niños demostraron que ya no tenían preferencias por uno u otro tipo de alimento, sino que podían consumir lo que se les daba. En otras palabras, estos niños “aprendieron a comer”.

Otro aspecto que experimentó un cambio relativo fue lo observado acerca del trato de los padres respecto de los niños. En las visitas de seguimiento efectuado se ha obtenido información que muestra a los padres intentando poner límites y ser más tolerantes con sus hijos, desarrollando mayor comunicación e incluso algunos de ellos pasaban más tiempo cuidándoles, antes de ir a sus respectivas fuentes de trabajo. Esto ocurrió especialmente con los niños dados de alta, frente al problema de dejarlos al cuidado de los hijos mayores o de la abuela como solía ser anteriormente.

Después de la internación de una de las niñas y al cabo de un mes y medio aproximadamente, una de las familias de este estrato ha experimentado cambios

relativamente significativos pero desfavorables para la niña. Uno de estos cambios, por ejemplo, fue la decisión de la madre de seguir los pasos de su esposo yéndose a España. Esto implicó que la niña se quede completamente al cuidado de los abuelos, asumiendo en forma absoluta la responsabilidad de su alimentación, salud y cuidado. Mediante los abuelos se ha logrado conocer que los padres de la niña se encontraban con trabajo en España: el padre empleado en un hospital como enfermero y la madre cumpliendo el oficio de niñera. Existieron dos razones por las que la madre había tomado la decisión de abandonar a su hija: contar con ingresos seguros y reunirse con su esposo.

Siguiendo con el caso anterior, en cuanto al aspecto alimentario y de salud, si bien antes la niña no aceptaba alimento alguno, durante el seguimiento se ha observado que comía todo lo que sus abuelos le ofrecían. Como la madre dejó al cuidado de la niña a sus padres, estos hicieron todo lo posible para tomar en cuenta las orientaciones brindadas en el centro, como ser: higiene, tiempos de alimentación, estimulación y otros.

En contraste a la situación anterior, donde también hubo un rol importante de los abuelos, se tuvo el caso de uno de los niños que, al haber retornado a su hogar, no mereció el debido cuidado y apoyo de aquellos. Es más, una vez que la madre decidió por completo ir a trabajar al Chapare, dejó a su hijo ya también al cuidado de su tía, quien lo tuvo cual si fuera su propio hijo. A partir de ese momento, la relación madre-hijo pasó a ser tía abuela-hijo. Solo de esta forma el niño logró tener asegurada su alimentación, protección y cariño.

Los productos de la canasta familiar, en general, casi fueron los mismos. No hubo variaciones sustanciales al respecto, puesto que los niños continuaron consumiendo lo mismo que se servían todos en el hogar. El número de veces que los niños consumían alimento, hasta antes de la internación al Centro, eran demandas mínimas y de manera muy informal, a pesar de la resistencia por aceptar los alimentos. En cambio, durante el seguimiento se ha podido constatar

un cierto incremento en la frecuencia de consumo, de cuatro a cinco veces por día. En una sola familia de origen rural, precisamente del niño que se quedó al cuidado de su tía abuela, la canasta familiar tuvo mayor diversificación, tanto por la provisión de productos del Chapare (arroz, yuca, plátano, naranja y otros), como por la misma capacidad de disposición de la tía abuela. Es en este caso donde se ha observado hasta cinco veces por día la frecuencia de alimentación, de acuerdo a lo recomendado por el CNIAP. La habilidad de la tía abuela consistía en hacerle distraer, jugando y hablándole para hacerle terminar su comida.

En algunas situaciones, la relación de afecto entre los abuelos y los niños, no confrontó ninguna dificultad, ya que ellos le brindaban todo el cariño y la atención necesaria. Anteriormente, los padres aseguraban la autoestima de los niños, durante el seguimiento, esa labor correspondió con mayor énfasis a los abuelos. La estabilidad económica con que contaban estos, de alguna forma, garantizó una adecuada alimentación de los nietos. También garantizó la estabilidad emocional, al recibir cuidado y protección. Según mencionaron los abuelos, la comunicación que mantenían vía teléfono de ellos con los padres, era casi frecuente (una a dos veces por semana) y afirmaron no haberse producido un abandono total de la niña por parte de sus progenitores ya que, a corto plazo, pensaron llevarse a la niña, una vez cumplido sus dos años.

Por su parte, los cambios identificados en las otras familias considerados de estrato inferior, tienen también sus propias connotaciones socioeconómicas. En una de ellas, se ha observado con mayor notoriedad e influencia el rol económico del padre en el hogar, con un incremento en la frecuencia de viajes al campo y dedicación de mayor tiempo en el trabajo agrícola. Antes del seguimiento, la madre era quién destinaba gran parte del ingreso en la alimentación de los dos hijos internados (varón y mujer) En cambio, durante la fase de seguimiento, el padre comenzó a colaborar con la manutención de los niños, incorporando más productos agrícolas en la canasta familiar y comercializando una parte como excedente.

Una de las situaciones de cambio favorable que se produjo en una de estas familias de estrato inferior ha sido la ausencia de problemas de salud en los niños en el hogar. Sin embargo, en esta etapa y de acuerdo a lo esperado por el CNIAP, la familia no ha optado ninguna estrategia para la recuperación de los hijos. A ello se suma la ausencia de resultados esperados de la aplicación de prácticas nutricionales recomendadas por el Centro. La madre intentó dar la alimentación el número de veces recomendado, pero su actividad laboral no le permitió esta tarea. Mayor resultado negativo se tuvo al no lograr preparar lo que le aconsejaron en el Centro, puesto que no contaba con dinero para comprar los productos necesarios como el aceite para preparar por ejemplo hamburguesas de haba seca, arveja, lenteja y/o poroto.

De este modo, la alimentación de los niños continuó dependiendo en mayor grado de la comida expendida en la calle, consumiendo lo que ellos pedían con base, principalmente, en los favoritos caramelos y masticables. La madre intentó cambiar el régimen de consumo diario de cuatro a cinco veces al día, pero el mismo hecho de comer en la calle, comprando la comida en horarios no fijos y sujetos a una informalidad, le ha dificultado en sumo grado esta intencionalidad.

Otra de las conductas sociales que ha experimentado un incipiente y fugaz cambio positivo en este tipo de familias pobres ha sido el rol de la madre en el hogar. Una vez que los niños retornaron del CNIAP al seno familiar, ella asumió casi por completo el control y cuidado de sus dos hijos. Sin embargo, a medida que transcurrieron los días y las semanas, este cambio se tornó en una actitud de intolerancia y hasta de maltrato hacia ellos. Era bastante perceptible la manera en que gritaba a los niños, en lugar de hablarles, incluso reaccionaba de manera airada y, mediante los vecinos, se logró averiguar reiteradas agresiones físicas que les inflingía, golpeándoles hasta con las manos.

En otra familia, los cambios producidos fueron más perceptibles que en el caso anterior. Uno de estos cambios ha sido la disminución en el número de miembros

de 8 a 4. El retorno del padre al hogar y su responsabilidad como jefe del mismo, ha permitido que la familia se mude a otra vivienda. De alguna forma, esta situación ha permitido mejorar las condiciones habitacionales y de relacionamiento entre padres e hijos, aunque ello significó una mayor erogación de gastos por concepto de alquiler y servicios básicos domésticos: luz y agua.

Por su parte, en otra de estas familias de bajos ingresos, la situación del empleo se tornó relativamente estable. El ingreso económico que antes lograba la madre (por ejemplo de 20 Bs/día, vendiendo anticuchos), era reemplazado por el ingreso de su pareja (de 25 a 30 Bs/día, como peluquero). Este cambio, sin embargo, no contribuyó a mejorar la situación económica, porque dichos ingresos continuaban siendo bajos tomando en cuenta los gastos de alquiler de vivienda y de servicios básicos que tenía que realizar al mudarse a una vivienda rentada. De todas maneras, el aporte del padre constituía un ingreso algo más estable que el de la madre, siempre y cuando no se dedicase al consumo de bebidas alcohólicas. De acuerdo a lo que manifestaron ambos padres, por los gastos que les significaba haberse mudado a otra vivienda, estos ingresos continuaron destinándose en mínimos porcentajes a la alimentación familiar, por eso y frente al retiro del apoyo económico, de vivienda e incluso alimentario que brindaban los abuelos, la dueña de casa, de vez en cuando les solía invitar comida, sobre todo a la niña que fue internada y necesitaba mantener su peso.

Otro de los cambios observados en esta familia, considerada la más pobre de este grupo, se refiere a la salud de la niña, la misma que ya no tuvo problemas respiratorios, que anteriormente padecía. Solamente persistía la diarrea. Más bien, el mayor problema que experimentó durante su recuperación fue la continua baja en la disponibilidad de alimentos en el hogar. Es decir, esta familia continuó experimentando una severa crisis de seguridad alimentaria doméstica.

Por otra parte, la madre, en corresponsabilidad con el padre, no aplicó las recomendaciones nutricionales suministradas por el CNIAP debido, por una parte,

a la insuficiencia de recursos monetarios necesarios que les permitiese comprar productos secos de haba o arveja y, por otro, porque no asimilaban fácilmente el hábito de preparar dichos productos y ser falto de agrado para el consumo de la niña en forma de “hamburguesa”. Más bien, frente a esta situación, la madre optó por exigir a su pareja para que este garantice la provisión de productos básicos para el hogar: arroz, fideo, papa, azúcar. A esta baja disponibilidad de alimentos y la falta de aplicación de recomendaciones, se añade la ausencia de estrategias familiares para coadyuvar en la recuperación nutricional de la niña. Solamente se han adoptado algunas decisiones para remediar el problema de la alimentación en el hogar como ser: sacar el certificado de nacimiento para lograr una asistencia familiar y llevar a la niña con cierta regularidad al centro de salud.

En este caso, es importante destacar el rol que ha jugado la madre al reestablecer su relación marital con su pareja, a fin de dar seguridad emocional y alimentaria a sus dos hijas, para lo cual tuvo que aceptar una serie de condiciones planteadas por su esposo. Por ejemplo, una de estas condiciones consistió en que ella dejaría de preparar y vender anticuchos, para ocuparse de lleno del cuidado y atención de las niñas. Otra condición fue: no permitir que su familia intervenga en la relación de ambos. Sin embargo, a estas y otras condiciones menores acompañaron una serie de promesas de su pareja para lograr una buena convivencia en la familia, las cuales fueron cumplidas esporádicamente. Por esta razón, muchas veces las niñas se quedaban en el hogar sin una buena alimentación, consumiendo solo té con pan.

A pesar de la persistencia de estas dificultades y desde que la familia se mudó a otra vivienda, aparentemente la frecuencia de agresiones habría disminuido. Con este cambio, al menos físicamente, el abandono de las niñas dejó de existir. De igual manera, la intervención a esta familia intentó reestablecer estrategias de diálogo y apoyo entre los padres. Otro de los cambios, que se presentó en esta familia fue lo referente a los roles. Con el retorno del padre al hogar, la madre se dedicó a las labores domésticas y al cuidado de sus hijas.

Respecto al tema de la salud medio ambiental, el hecho de que se hayan mudado a otra vivienda, favoreció la disponibilidad de un carro basurero que visitaba la zona tres veces a la semana. También se vieron favorecidos con el servicio de alcantarillado, lo que coadyuvó en la eliminación de basura y excretas de manera adecuada.

En el caso de las demás familias, la situación general que se ha presentado durante el seguimiento en esta segunda fase de postinternación, era casi similar. Vale decir, existen indicadores que han experimentado un relativo cambio y otros no, más al contrario, se agudizaron levemente, como es el caso de la relación intrafamiliar. En cambio, en casi todas las familias, se ha experimentado una relativa mejoría en la alimentación de los niños y niñas, teniendo mayor oportunidad y disponibilidad de alimentos. Esto aconteció porque dichas familias vieron mejorar sus ingresos mediante la diversificación de sus actividades económicas. Algunos padres y madres de estas familias asumieron con responsabilidad sus roles y cuidados de los niños en el hogar.

7.3.2. Familias tipo B: Niños (as) con desnutrición moderada

El entorno social de las familias, cuyos niños y niñas fueron dados de alta, tras haber sido recuperados en el CNIAP por desnutrición moderada, también ha presentado algunos cambios durante la fase de seguimiento. Está claro que varios indicadores relacionados, principalmente, a las características de empleo, ingreso, educativos y otros, no han experimentado cambios fácilmente perceptibles porque estos responden, a su vez, a un conjunto de factores estructurales, como ser al mercado laboral, a las oportunidades de empleo, a las capacidades exigidas, etc. Sin embargo, dichos indicadores han permitido averiguar algunas tendencias y actitudes a ese nivel en la situación de los padres de los menores cuando estos retornaron al hogar.

El caso de la estructura familiar es uno de esos niveles donde algunos indicadores, como la situación de la vivienda y de los ingresos, han mostrado cambios poco significativos en las siete familias agrupadas en este tipo. En tres familias, el número de sus miembros eran diferentes cuando los niños retornaron del Centro a su hogar. En uno de estos casos, el padre abandonó su hogar al haberse producido una separación con su pareja. Frente a esta ausencia la madre asumió toda la responsabilidad del cuidado y la alimentación de sus hijos. En cambio, en otras dos familias, ocurrió a la inversa. Al momento de la internación, en una de estas familias, el padre se encontraba ausente del hogar. Siendo el padre oriundo de la ciudad de La Paz, y una vez que este volvió a la familia, se observó una relativa mejoría de la situación económica, porque aportaba con ingresos en el hogar en su condición de chofer asalariado, con un ingreso diario de 30 Bs. De esta forma, ambos padres ya contaban con empleos de relativa estabilidad. Es importante destacar este aspecto, especialmente, en la madre, ya que al momento de la internación del niño ella tenía un empleo muy temporal, en cambio, en la fase de seguimiento se pudo determinar una ocupación laboral permanente. En cambio, en otra familia típicamente indígena y migrante, se incrementó el número de miembros con la llegada de un nuevo hijo, lo que posteriormente incidirá en la relación entre la madre y el niño.

En algunas familias, la relación de parentesco parece haberse fortalecido mediante un tiempo de mayor permanencia de algunos parientes en el hogar (tía). El principal aporte brindado por estas personas fue fortalecer las prácticas de cuidado y alimentación del niño, mientras la madre salía a trabajar.

La situación habitacional y de residencia en las viviendas no experimentaron mayores cambios. Solamente en la familia, en la cual el padre decidió alejarse, debido a la situación económica por la que atravesaban sus miembros se pudo intervenir. En vista de que ya no podían seguir pagando alquileres, se buscó un hogar transitorio de acogida (Nuestra Señora del Pilar), donde toda la familia (7

miembros) logró tener un techo donde vivir. El resto de las familias, continuaban ocupando sus anteriores espacios habitacionales.

La disponibilidad de empleo y recursos también experimentó una leve mejoría. Por ejemplo, se incrementaron los ingresos mediante la venta de comida o ayudando en labores de jardinería, así también, la disponibilidad de productos agrícolas mediante actividades informales realizadas en el Chapare y como ayudante de albañilería por parte del padre. Otra estrategia de contar con ingresos fueron los préstamos efectuados de entidades financieras (Pro-Mujer).

A pesar de estas leves mejorías, en algunas familias los padres consideraron que sus ingresos se destinaban en mayor grado a la alimentación para el hogar. Este era el caso de una de las familias donde la madre consideraba que todo lo que ganaba su esposo se invertía en la alimentación. Solo compraban fideo, arroz, papa y algunas verduras y no así carne y pan porque el padre no dejaba dinero para la compra de estos últimos artículos. La situación económica se agravaba porque el padre también tenía que pagar pensiones por el otro hijo que tenía y que se encontraba bajo el cuidado de su madre.

En el caso de las otras familias, la situación económica no ha mejorado, más bien, en una de ellas, se ha visto afectada con el alejamiento del padre. Sin embargo, frente a la mantención en el nivel de ingresos de la familia migrante, el cambio leve que experimentó esta familia estuvo reflejado en una mayor obtención de productos agrícolas provenientes del lugar de origen. Antes, solamente traían en pocas cantidades papa, haba (seca), chuño, oca y otros. Durante el seguimiento, estos productos, experimentaron un relativo incremento, debido a una mayor frecuencia de viajes que realizaba el padre a su comunidad de origen. Esta estrategia de generación adicional de recursos (productos alimenticios) ha permitido, en cierta forma, que el niño tenga una mayor disponibilidad de alimentos, lo que a su vez ha contribuido a la recuperación y estabilidad de un

peso adecuado en su estado nutricional, en comparación a los otros niños, cuyos pesos han experimentado una recuperación lenta y tardía.

Las estrategias anteriores a las que recurrían algunas familias para la obtención de ingresos, como los préstamos, ya no se presentaron durante la fase de recuperación. Esto ocurrió, por ejemplo, en el caso de la familia que experimentó el retorno del padre al hogar. El apoyo que la abuela materna brindaba con productos alimenticios dejó de existir. Anteriormente, la madre solía recurrir también a préstamos, pero en la fase de post-internación esa práctica ya no era realizada, al igual que la dedicación de la hija al comercio ambulante en la venta de frutas, debido al trabajo más o menos estable del padre como chofer asalariado. Esta función económica desempeñada por el padre ha ocasionado que la hija mayor repliegue su rol al cuidado de sus hermanos menores, principalmente del niño que fue internado.

En el aspecto educativo, los cambios registrados en la fase de seguimiento fueron escasos. En el caso de la familia que experimentó el alejamiento del padre, los niños continuaban asistiendo a la unidad educativa donde estudiaban. El apoyo en el hogar transitorio ha garantizado, en cierta forma, una estabilidad educativa con apoyo escolar y servicio de guardería para los niños pequeños. De esta manera, la situación de abandono de los estudios no se dio como se hubiese esperado. Contrariamente a este caso, el aspecto negativo de cambio que ocurrió fue en la familia cuyo padre retornó al hogar. Frente a la necesidad de apoyo educativo que los niños requerían, especialmente del padre, este mostró una actitud de total apatía, mientras la madre se preocupaba en solucionar la relación interpersonal y conyugal con su pareja.

En el aspecto de salud y alimentación, los niños recuperados de desnutrición moderada todavía presentaron algunas dificultades y todavía no sentían el deseo de comer. Posiblemente, en cuanto retornaron del Centro a sus hogares les pareció extraña la comida preparada por la madre, ya que en el CNIAP estuvieron

acostumbrados a una dieta de productos licuados. No faltó, en una de estas familias, la actitud negligente y de maltrato de la madrastra que influyó en una tardía recuperación del niño, ya que presentaba moretones en el cuerpecito, a lo que ella afirmaba que se trataban de caídas que había sufrido al caminar, al jugar o al caerse de la cama.

De los cuatro niños que se internaron con problemas diarreicos, de tuberculosis y distensión abdominal, uno solo fue resuelto de manera favorable. Se trata de la niña que se internó en el Hospital albina Patiño con tuberculosis y distensión abdominal. La tuberculosis fue superada mediante un tratamiento, pero el otro problema era algo más complicado y tuvo que ser intervenida quirúrgicamente en el Hospital Viedma. Al cabo de una semana, luego de realizar las últimas visitas domiciliarias, a la niña se la encontró bastante recuperada, aunque con dificultades para subir de peso. Además de estas enfermedades, ninguno de estos niños presentó otros problemas durante su recuperación en sus respectivos hogares.

Las aplicaciones de las prácticas nutricionales recomendadas a los padres en el CNIAP, fueron regulares en todas las familias de este tipo. Esto aconteció, por ejemplo, con la familia migrante, cuya madre, en algunas ocasiones ponía en práctica las orientaciones nutricionales en el preparado de hamburguesas de haba, arveja (seca) y/o quinua. Sin embargo, ella afirmaba que esta práctica de elaboración le demandaba bastante tiempo e inversión en dinero, por este motivo tuvo que disminuir el número de veces del preparado de esta alimentación y volver a la tradicional sopa de arroz o fideo, pero con mayor densidad y presencia de carne de res (fresca o deshidratada). En el caso de otra de las familias estas recomendaciones se cumplían siempre y cuando la madre permanecía en el hogar y no salía a trabajar, pero como ella tenía un trabajo estable y se veía también en la necesidad de salir a vender fruta y otros productos en su tiempo extra, muy pocas veces se aplicaban dichas recomendaciones. En este caso, como se pudo

ver, la madre prefirió asegurar el sustento diario que seguir las recomendaciones nutricionales del Centro.

Sin embargo, como parte de la aplicación de las recomendaciones del CNIAP, se encuentran algunas otras estrategias complementarias que se adoptaron en el hogar. Entre estas estrategias se hallan, por ejemplo, los controles periódicos que recurrían los padres de los niños al puesto de salud de la zona donde viven; algunas madres pasaban más tiempo al cuidado de sus niños; otra de las familias mejoró la calidad de la alimentación incorporando con regularidad en la dieta de la niña productos como carne, leche y verduras frescas.

De esta manera se ha observado una relativa diversificación de productos que se incorporaron en la dieta alimenticia de los niños, donde el consumo de leche era algo más frecuente. Los rechazos alimenticios por parte de los niños y las niñas ya no eran un problema para las mamás, como solía presentarse antes, e incluso al inicio de la internación. Por tanto, había aceptación por parte de los niños a todo lo que se les ofrecía. También se observó cambios en algunos niños sobre el número de veces que consumían alimentos. Por lo general, los niños consumían hasta cuatro veces al día, según las indicaciones del Centro. En el caso de la familia migrante, inclusive, la niña que tardaba en recuperar su peso, comía “de rato en rato”. En este sentido, no se observó elección preferencial por determinados alimentos. Si los padres le ofrecían mote cocido, el niño comía; si le daban leche, igualmente tomaba; si preparaban sopa de arroz o trigo bastante espeso, de la misma manera aceptaban sin rechazo alguno. En otros casos, una de las medidas de recuperación adoptadas por los padres era que a su niño le daban plátano, mote o alguna fruta a media mañana y cuando no quería comer ya no le insistían hasta que tenga apetito. Estas eran algunas de las conductas alimenticias que los padres adoptaban para la recuperación de sus niños en sus respectivos hogares. En otros casos, sin embargo, se observó con mayor evidencia la falta de aplicación de tales recomendaciones. En algunas de estas

situaciones, las mamás, directamente, señalaron no haber tenido tiempo para esta tarea, además que les demandaba el uso de mucho aceite en las preparaciones.

A nivel de las relaciones intrafamiliares, hubo una cierta mejoría en los casos donde existía situaciones de conflicto, agresión y negligencias sobre el cuidado de los niños con problemas nutricionales. Por una parte, en el caso de la familia cuyas características socioeconómicas eran relativamente estables y a cuyo hogar retornó el padre, él junto a su pareja demostraban interés por la estabilidad y bienestar de sus hijos, lo que no aconteció en la primera fase. Especialmente el padre era quien demostraba signos de encausar las relaciones maritales con su pareja y de afectividad con sus cuatro hijos, entre ellos el menor en recuperación. Esto acontecía a pesar de la conducta de adicción a las bebidas alcohólicas poco frecuente y moderada que demostraba.

Siguiendo el caso anterior, en sucesivas visitas realizadas se ha podido constatar efectivamente la presencia del padre en su hogar, compartiendo juntos la comida y estableciendo niveles de comunicación oral: charlas informales, bromas, comentarios sobre los hijos sobre el trabajo, etc. Lo que no existía por completo en la fase de internación. En cambio, en la madre se ha podido observar un comportamiento pasivo con respecto a sus hijas, pero no así con los dos niños menores, en especial con el niño en proceso de recuperación nutricional, ni con su esposo. Por estas observaciones es que se sostiene la existencia de una estabilidad emocional y social en la familia. El otro cambio que se produjo por la presencia del padre era el apoyo existente en el aspecto económico. Anteriormente, solamente la madre, con ayuda de la hija menor, obtenía los ingresos necesarios. Con la presencia del padre, este tipo de apoyo se ha visto mejorado. Cuando el padre retornó al hogar, la situación de los roles al interior de la familia cambiaron con relación a lo que fue al inicio de la internación del niño. Uno de estos cambios, como ya se había mencionado, fue la responsabilidad económica del hogar asumida por el padre. En cambio, el rol de la madre pasó al desempeño de labores hogareñas, en una combinación con su actividad laboral,

en calidad de portera. El hecho de que la madre asumiera en mayor grado las funciones domésticas, ello permitió que dicha labor ya no recayera en las dos niñas que anteriormente lo hacían. Con estos cambios, ellas se vieron favorecidas en cierta manera, ya que demostraron mayor atención en sus estudios, con la asistencia regular a sus unidades educativas respectivas y sin descuidar la atención de sus hermanos, especialmente, del menor en recuperación. En otras situaciones, los padres trataban de ser más responsables, dando sus ganancias a la madre, tratando de estar más tiempo en el hogar y con mayor frecuencia, cuidando al niño y atendiendo al resto cuando la madre tenía que salir a trabajar. Las agresiones ya no eran tan frecuentes.

En el caso de la familia cuyo padre abandonó el hogar a causa de una separación con su pareja, la relación intrafamiliar también mejoró. La madre, al separarse de su esposo, se encontraba más segura de sí misma, al mismo tiempo, más liberada de la incertidumbre en la que se encontraba. Ella reflejaba su nueva situación de la siguiente manera:

Creo que fue la decisión más acertada de mi vida dejar a mi esposo, para ver si él reaccionaba o se preocupa por nosotros, al no vernos a su lado. Pero no fue así. Me fue a buscar, haciendo una serie de promesas a la Hermanita (religiosa), pero aún así no ha cambiado. Dejaba de tomar uno o dos días y nuevamente empezaba. Ahora dice que es por mi culpa, pero yo se que no es así. A él nunca le han faltado pretextos para tomar, pero pese a todo eso estoy más tranquila, al igual que mis hijos. (Entrev. MF-B2)

En el caso de la relación entre los miembros de la familia migrante, esta fue estable. Vale decir, tal cual se había observado en una primera fase de intervención social diagnóstica. Solamente en dos de las siete familias de esta categoría, (familias de condición socioeconómica de extrema pobreza y migrante), la situación conflictiva permaneció casi de manera invariable: riñas, agresiones físicas y verbales, desalojos, maltrato infantil y otros. En estos casos, la intervención social conciliatoria que se adoptó no fue suficiente, dado que los

padres bebedores consuetudinarios no pudieron contribuir mínimamente con su presencia a los talleres y sesiones conciliatorias con su pareja²⁴.

En una de las dos familias de condición migrante, la tendencia fue más crítica, debido al nacimiento de su hijo, en detrimento del niño en recuperación. Se ha observado reiteradas veces la diferente actitud que asume con su hijo a quien se lo vio mejor alimentado, en relación al otro. Se notaba un rechazo hacia el niño por parte de la madrastra. De manera inexplicable, la conducta de la madrastra estuvo caracterizada de constantes agresiones físicas, aunque ella se quejaba de que su pareja continuaba embriagándose con mayor frecuencia y que no le daba dinero para la alimentación de sus hijos, teniendo que decirles que coman lo que hay: arroz y papa solamente. De esta manera, la violencia intrafamiliar pareció manifestarse con más notoriedad, dado que la señora se quejaba de los golpes que recibía de su marido. Por su parte, este, en su desesperación porque el niño esté bien, lo fue a dejar bajo el cuidado y atención de una vecina, a cambio de una remuneración mensual. La señora propuso cuidar al niño arguyendo que “su madrastra lo maltrataba frecuentemente, sin alimentarle, viéndole en varias oportunidades llorar, a pleno sol del día y empañado en su orín”. Según mencionaba la madrastra del niño, ella infringía tales maltratos como una forma de desquitarse, a su vez, por el maltrato que recibía de su pareja. En varias oportunidades que se hizo visita domiciliaria a esta familia se vio al niño dormir en el suelo sobre cartones, a lo cual la madrastra argumentó que hacía eso “para que no se orine en la cama ya que después tenía mal olor”.

Por su importancia, cabe presentar otro caso particular de este tipo de familias, donde el padre del niño ya no solía beber con frecuencia. La madre afirmó que se

²⁴ Según Quintero (Ob.Cit. 2002: 81), “en la práctica privada e institucional es frecuente la utilización de procedimientos conciliatorios y de mediación en las disfunciones familiares y/o conyugales, antes de proceder a las vías judiciales. Siendo en las rupturas de relaciones de pareja, donde el énfasis apunta a conservar en los mejores términos posibles las funciones parento-filiales, aunque se disuelva el vínculo conyugal, pues los progenitores siguen cumpliendo su objetivo básico de guiar y apoyar el desarrollo integral de los hijos habidos durante el tiempo de convivencia”

debía a los talleres y las visitas domiciliarias que se realizaron, ya que en ellas se sostenían conversaciones con el padre haciéndole ver que no solo la mala alimentación influía en el niño, sino también cómo se debía entender y valorar la convivencia en la casa, la relación que uno tiene con la pareja, etc.:

...parece que eso le ha hecho reflexionar. Él ha cambiado más todavía desde aquella vez que participamos en los talleres, donde vimos el video de 'Miguelito carga borrachos', todo lo que han dicho los otros padres y madres de familia y sus experiencias y lo que contaban de su vida parece que le ha llegado hasta su corazón y como al final hubo un padre de familia que nos dijo *'ustedes son jóvenes y no arruinen su vida ni la de sus hijos'*. Ahora ya ni peleamos a golpes. Antes me pegaba y cuando quiere portarse mal le digo voy a ir donde la doctorita y le voy avisar y él entonces se sale de la casa. Irá a pensar y vuelve mejor. Llevarlo al centro a mi hijo fue una buena decisión porque el mejoró y me esposo cambió ojalá se mantenga así. (Entrev. MF-B3)

En cuanto a los conocimientos y prácticas socioculturales que adoptaron cada una de estas familias, durante la etapa de seguimiento, estas no han sufrido variantes significativas. Anteriormente, en uno solo de estos casos, se solía acudir al uso de medicamentos caseros (hojas de eucalipto, manzanilla, maicena y otros), combinando con medicamentos convencionales, pero durante el seguimiento se ha podido identificar la ausencia de aquella práctica tradicional, para tener mayor preferencia por los medicamentos bioquímicos. Todos los demás indicadores que corresponden a las características de medio ambiente (estrategias de eliminación de residuos), el uso de lenguas originarias, la pertenencia étnica y la filiación religiosa, se han mantenido en general. Pero, a diferencia de otras familias, donde se ha observado una mayor lealtad lingüística ha sido en la familia migrante del Norte de Potosí, debido a que el uso del idioma nativo quechua es bastante frecuente en todas las conversaciones. Esto ha sido así, por cuanto todas las entrevistas y conversaciones que se tuvo con la madre y los miembros de estas familias se han realizado en idioma quechua, a pesar de hablar también algo de castellano (bilingües incipientes).

7.3.3. Familias tipo C: Niños (as) con desnutrición grave

Anteriormente, en este tipo de familias, la situación laboral era bastante diferenciada. Por una parte, se ha visto que existían familias pobres, pero también familias con un adecuado nivel de disponibilidad de recursos que les ha permitido una estabilidad económica y alimentaria. Pese a esta situación, los niños atravesaron por esa amarga experiencia del descuido de sus padres habiendo sido afectados por una desnutrición severa o grave.

Una vez que los niños retornaron al hogar, las condiciones casi infrahumanas de existencia de varias de estas familias continuaron persistiendo. Las actividades ocupacionales que desempeñaban los padres anteriormente seguían siendo las mismas: jardinería, comercio ambulante y ayudantía de albañilería. Solamente en dos familias se ha observado una leve tendencia de cambio. En una de ellas, por ejemplo, el subempleo se agudizó a consecuencia de un incremento en el deterioro de las relaciones entre padres (riñas y peleas), debido al excesivo consumo de bebidas alcohólicas. En el caso de otra de las familias, frente a la continua baja en el negocio de venta de comestibles y otros productos en la calle, la hija mayor se vio en la obligación de emplearse como trabajadora de hogar durante las mañanas y estudiar por las tardes.

Con mayor posibilidad que en la situación de las familias de escasos recursos, las familias de mejores ingresos experimentaron cambios favorables para ayudar en la recuperación de sus niños, como es el caso de la familia dedicada a la pequeña producción de leche y sus derivados. Tal es así, por ejemplo, que la elaboración de yogurt se hace con mayor regularidad para el consumo familiar y para la venta. En cambio, no sucede con otra de las familias cuyos esfuerzos por elevar sus ingresos se vieron dificultados, por lo que, como en el caso de las otras familias, la madre tenía que recurrir a trabajos eventuales, así como al comercio ambulante (venta de verduras) y al lavado de ropa ajena. Asimismo, también pedían apoyo al Centro Vicente Cañas para obtener algunos víveres. En este caso, como en otros,

se ha observado también cómo algunos miembros se sacrifican para garantizar una cierta estabilidad económica, teniendo que dejar los estudios y trabajar como costurera, por ejemplo.

Es en el aspecto educativo, donde se han registrado algunos cambios. En el caso de la familia anterior, la educación de la hija mayor se ha visto notoriamente afectada por el hecho de verse en la necesidad de trabajar. En las otras familias ocurre casi de igual manera con los hijos mayores. Por ejemplo, durante las visitas realizadas a uno de estos hogares, el hijo mayor de ocho años siempre se encontraba en la casa, lo que no acontecía dos semanas antes de que su hermana menor fuera dada de alta porque asistía a la escuela. Este niño justificaba su ausencia a clases señalando que le habían expulsado de la escuela porque no cumplía con las “tareas” y, además, porque no disponía del material educativo que exigía su maestra. Este fue un caso de cambio negativo que se observó durante el seguimiento, lo cual, sin embargo, pudo influir de manera positiva en el cuidado y mayor tiempo de acompañamiento dedicado a su hermana que se encontraba en proceso de recuperación y estabilidad nutricional.

En cambio, en el caso de otra de las familias cuya situación económica y relación intrafamiliar era relativamente más estable que las otras familias, se dio un leve cambio en el comportamiento de la hija mayor cuando ella volvió a la escuela. Posiblemente esto se deba a que los padres demostraron una actitud diferente al pretender apoyarla para que retorne a los estudios. Esta aparente estabilidad de la relación ínter subjetiva entre los padres, probablemente haya influido en la adquisición de una mayor seguridad en la hija mayor, debido a que ya mantenía conversación con sus padres y con otras personas ajenas a la familia. Anteriormente la niña demostraba mucha timidez y desconfianza; se la notaba intranquila y escurridiza, en cambio, cuando se hizo las visitas domiciliarias, por propia iniciativa, ella saludaba y entablaba conversaciones cortas, inclusive se encontraba jugando con sus hermanos, en especial con el niño que había retornado del CNIAP.

En lo relativo a la salud, la situación de los niños rehabilitados en estas familias tuvo ciertas complicaciones. En uno de ellos, por ejemplo, se presentó un agravamiento del estado gripal que tenía anteriormente, producto de la bronconeumonía que adquirió antes de ingresar al CNIAP. En el caso de otra de las niñas, la situación de su salud estuvo agravada por una persistente infección urinaria y bronconeumonía. En esta familia, la niña tuvo bastantes dificultades en su recuperación al volverse a presentar dichos problemas. Lo propio aconteció con otra de las niñas que pertenece a una de las dos familias más indigentes de este grupo, ya que no logró recuperarse adecuadamente y en un tiempo perentorio, debido a la infección intestinal bacteriana que adquirió, cuando retornó a su hogar. Estos casos muestran las condiciones frágiles de protección y cuidado que existió por parte de los miembros de esta familia.

Otro indicador de estas condiciones que no garantizaba la estabilidad nutricional del niño en el hogar fue la escasa predisposición de los padres en aplicar las recomendaciones y prácticas de atención alimentaria a sus niños, debido a que no tenían tiempo, ya que salían muy temprano de sus hogares para ir a trabajar y comprar insumos para el comercio. En uno solo de estos casos se ha observado que los padres han intentado poner en práctica dichas recomendaciones en un nivel bastante elemental, asumiendo medidas básicas de higiene personal, lavado de los productos, saneamiento ambiental del hogar y orientaciones de carácter social e integración familiar. En este sentido es necesario, por un lado, fortalecer el conjunto de prácticas y estrategias de manejo de rehabilitación nutricional, a partir de las posibilidades económicas y lógicas culturales de las familias y, por otro lado, es necesario analizar también los alcances de las recomendaciones que realiza el Centro, en el área de nutrición.

Continuando con la descripción de la aplicación de prácticas nutricionales y recomendaciones del Centro, se puede agregar que estas no eran necesarias para aquellas familias que vieron recuperar básicamente sus ingresos porque podían comprar carne de res o de pollo. Por ejemplo, en la situación de la familia

con producción de leche y derivados, a la niña se le alimentaba con frutas a media mañana y con yogurt o leche por la tarde. Ella aceptaba todo lo que se le ofrecía y su alimentación era de hasta cinco veces al día y de rato en rato consumía. En cambio, en las otras familias las prácticas y hábitos alimentarios de los niños todavía experimentaban limitaciones, a pesar de las intenciones de que hacían los padres por que su recuperación sea pronta: insistencia en que tomen leche, llevaban al Centro a controles y al médico, etc. A continuación reproducimos un testimonio de la madre de una estas familias, de elevado riesgo social, sobre la manera en que constituía la práctica alimentaria del niño, donde incluso, a este se le detectó tuberculosis, al retorno a su hogar:

(A mi hijo) Le doy lo más espeso de mi comida y trato de darle por lo menos cinco veces al día. Eso cuando estoy en la casa, pero cuando voy a trabajar mis hijitos nomás le cuidan. Aunque les encargo con los juegos se olvidan y entonces mi hijo otra vez esta dejando de comer. Mi marido últimamente mucho esta tomando, qué le estará pasando, ni plata me quiere dar y cuando viene borracho de todo me quiere hacer problema. Si no salgo yo a trabajar no comemos y con mi hijo no puedo ir, porque con él no vendo bien. Al vernos con wawa algunas señoras se asquean (Entrev. MF-C1)

Según la madre, su niño come de todo y solo le faltaría tiempo par dedicarse a él. Consume, de cinco a seis veces cuando ella esta en la casa, y cuando esta solo con sus hermanos muy poco. A veces suelen esperar a que la madre esté en la casa para que el niño pueda comer.

A pesar de los pocos esfuerzos e interés que pusieron los padres en garantizar un proceso alimenticio y diversificado de sus hijos e hijas en sus hogares, esto no ha sido suficiente para garantizar el estado de recuperación que adquirieron durante la internación. El consumo básico de alimentación consistió en sopa de arroz (o fideo), con papa, pequeños trozos de carne o cebo y, en el mejor de los casos, acompañado de escasas raciones de leche, huevos y carne de res o de pollo.

La situación económica deprimida que aun sobrellevaron estas familias, durante el periodo de seguimiento realizado, ha impedido observar un proceso sostenible de nutrición acorde con las orientaciones del Centro. En general, la conducta nutricional al interior de la familia, mostraba a niños que consumía lo que existía en el hogar y lo que se les ofrecía (pan, trozos de carne, leche, té o sultana) y la frecuencia de consumo era, por lo general, de dos a tres veces al día.

Sólo el caso de una de las familias con mayores posibilidades económicas en este grupo hizo los esfuerzos necesarios para hacer que su niño no corra riesgos de volver al anterior estado de desnutrición. Antes de su ingreso al Centro, el niño comía lo que se le daba, pero en pocas cantidades. Durante la fase de seguimiento al proceso de recuperación, ya comía con más frecuencia, de cuatro hasta cinco veces al día. Una vez que fue dado de alta del CNIAP, este niño no quería ningún alimento preparado que fuera aplastado (papilla), excepto la leche, porque ya se acostumbró a alimentos licuados. Al parecer, este hábito adquirido durante su atención en el Centro influyó para que se enferme, porque en estas familias de condición humilde y con bajos ingresos monetarios, era mucha exigencia licuar los alimentos para que el niño pueda comer. Por este motivo, los primeros días, posteriores a la internación, solo tomaba leche y algo de sopa, porque no estaba acostumbrado a lo que se preparaba en la casa.

En contraste a la conducta alimenticia del niño perteneciente a la familia anterior, en uno de los hogares más pobres (vivienda ubicada en Ushpa-Ushpa) dicha situación experimentó cambios poco perceptibles. En este hogar, la práctica alimenticia del preparado de la alimentación (sopa), solamente ha agregado algo más de cebo de res y, muy eventualmente, huevo. A este reducido cambio en el comportamiento alimenticio, se debe agregar lo siguiente. Al inicio de la internación, la niña rechazaba todo tipo de alimento, sin embargo durante el seguimiento, además de los productos disponibles (arroz, papa, fideo, etc.), ella aceptaba todo lo que se le ofrecía: pan, galletas, dulces. En este sentido, el cambio más significativo en la alimentación de la niña fue el consumo de dos

veces más al día. Su alimentación básica comprendió: sopa de arroz con cebolla, zanahoria, grasa machucada y huevo partido. En cuanto a su salud se refiere, la bronconeumonía que contrajo dejó de ser un problema para el niño, aunque persistían las afecciones diarreicas.

Como se dijo más arriba, en dos de estas familias de relativa estabilidad económica y disponibilidad de alimentos, la relación -principalmente entre los padres- era estable, o al menos, no tan conflictiva como en el caso de las otras familias. Un indicador de esta leve mejoría en la relación intrafamiliar fue el hecho de que la madre retornó con sus padres para tratar de arreglar su situación familiar. También el padre de familia bajó el nivel de frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas. En cambio en las otras familias, las relaciones se encontraron bastante deterioradas por las reiteradas situaciones de conflicto que se producían, a tal punto que los familiares de una las mamás decidieron intervenir golpeando a su pareja e imponiéndole el retorno a su domicilio. Presumiblemente, estas agresiones estaban dirigidas a garantizar la estabilidad familiar y evitar el maltrato, al cual la señora era sometida. Durante las visitas que se realizaron al domicilio de esta familia, la madre de la niña trataba que sus familiares no se enteren de las agresiones que recibía por parte de su pareja, a fin de que él no sea expulsado de su domicilio. La niña, cuando veía llegar a su padre, se ponía a llorar y no quería comer, más aun cuando él empezaba a vociferar y agredir a su madre. En otros casos, se presentaban ya también signos de culpabilidad y reiteradas muestras de infidelidad entre ambos.

Así como las relaciones de afecto entre los progenitores y de estos hacía los hijos eran muy distanciadas, estas condiciones, en la mayoría de los casos, no lograron revertirse a favor de los niños para su recuperación nutricional. No bastaban los esfuerzos que hacían algunas madres para continuar viéndoles sanos y bien alimentados desde que salieron del Centro. Se pudo observar cuan frágiles resultaban los cuidados y atenciones nutricionales del niño cuando su entorno social constituía una amenaza constante. En lugar de que exista una adecuada

relación ínter subjetiva entre padres para que contribuya al desarrollo emocional de sus hijos, más bien se convierte en factor adverso.

En familias de este tipo, entonces, no ha de ser raro encontrar alterados los roles entre sus miembros, especialmente, entre los padres. El padre tiende a ser el principal responsable del agravamiento en las relaciones intrafamiliares. En tales condiciones la madre tiene que asumir la responsabilidad de la familia, ya sea en lo económico para la sostenibilidad de los hijos. Lo propio sucede con los hijos mayores quienes, para ayudar en la economía de la familia, tienen que abandonar los estudios.

En general, se pudo observar que el rechazo hacia los hijos no era muy marcado, pero tampoco les trataban con afecto, a excepción de una de las niñas en recuperación. Los apoyos mínimos que existían anteriormente, durante el seguimiento no se ha logrado percibir, más bien pareció haber disminuido notablemente ya que cada pareja tomaba sus propias decisiones. Algunos padres ya no colaboraban en el hogar y la madre tampoco asumía la totalidad de los quehaceres domésticos.

En las prácticas medio ambientales y socioculturales, no se han registrado evidencias de cambio directamente observables. Como la mayor parte de estas familias son de origen andino rural, continuaron manteniendo sus propias interacciones comunicativas orales en su propio idioma. Vale decir, el uso del quechua (en el caso de tres familias) y del aimara (en el caso de una sola familia) prevaleció con regular frecuencia en diferentes situaciones sociales de comunicación entre los padres y de ellos con sus hijos. De la misma manera, las prácticas y concepciones culturales referentes al rito (ch'alla, ofrendas a la pachamama) no fueron menos, ni se observaron tendencias de abandono.

En el caso de las prácticas recurrentes a la medicina tradicional o casera, como una forma de contrarrestar enfermedades y males propios al conocimiento de los

padres de los niños, más bien pareciera que se institucionalizara con mayor fuerza dicha recurrencia, como cuando algunas veces, el niño mostró decaimiento y sus padres tuvieron que recurrir al tratamiento de yerbas o infusiones.

7.4. Talleres de aprendizaje y reflexión

Como se mencionó a un principio, una de las estrategias de la presente experiencia de intervención, fueron los talleres con padres y madres de familia de niños con problemas de desnutrición. Se consideró a estos talleres como un espacio más para socializar experiencias de los padres sobre los problemas que confrontaban en la recuperación de sus hijos, una vez que estos fueron dados de alta del Centro.

Se organizaron y ejecutaron varios talleres participativos de los cuales tres fueron los que posibilitaron seleccionar las familias y recoger un conjunto de opiniones acerca de la importancia de generar una propuesta de seguimiento social e institucional para niños en proceso de recuperación nutricional domiciliaria.

En general, el objetivo que se planteó para estos talleres fue que los participantes (padres y madres de familia de niños y niñas internados en el Centro) sean capaces de internalizar experiencias de análisis y reflexionen situaciones-problema relacionados a la desnutrición de sus hijos e hijas, para tomar conciencia crítica y plantear alternativas de solución desde su perspectiva cultural y posibilidades humanas, sociales y de apoyo institucional.

Uno de los primeros talleres se realizó con la participación de treinta personas: 20 madres y 10 padres de familia. De manera específica, este encuentro sirvió para seleccionar las familias participantes del estudio, de acuerdo al grado de desnutrición de sus niños y a la problemática social que en ese momento presentaban. A un principio se analizó con las familias la posibilidad de una estratificación a partir del nivel de ingresos y acceso a servicios, pero estos

criterios no eran suficientes, además, la mayor parte de las familias no estuvieron de acuerdo. Entonces, se optó por tomar el criterio base del grado de desnutrición con el cual los niños y las niñas de cada una de estas familias ingresaban al CNIAP.

En aquel taller, también se aprovechó para recoger expresiones y sentimientos que reflejaron la percepción de padres y madres de familia acerca de sus hijos e hijas internados en el Centro. Estas expresiones generalmente mostraron sentimientos de normalidad en el niño por su contextura física (delgadez), lo cual tiene que ver con la herencia familiar, como decía una de las participantes: “Mi hijo es flaquito al igual que su papá. Sus abuelos también son flacos y eso él les ha sacado a ellos”. También permitieron apreciar conocimientos y prácticas adquiridas de generación en generación, las cuales están relacionados con aspectos culturales. A manera de ejemplo, uno de este tipo de apreciaciones señala que el niño estaba orejado, asustado, o *sikichupasqa*²⁵. Otra de las madres señalaba al respecto: “Mi hijito empezó a enfermar con diarrea, desde que pasamos por un lugar donde había un perro muerto y el lugar estaba hediondo”. Otros participantes afirmaron que sus niños enflaquecieron porque en el cementerio –a donde le llevaron porque asistieron a un entierro- había olores nauseabundos que trasminaron al niño, provocándole su enflaquecimiento.

Bajo este tipo de visiones y maneras de concebir algunos males o enfermedades relacionadas a la desnutrición y antes de llevar a sus hijos al médico, lo primero que hicieron fue recurrir a los curanderos (*pampa jampiris*), quienes curaron de esta enfermedad recurriendo a yerbas, baños y sahumerios. Algunas de estas mamás que recurrieron a estas prácticas afirmaban que dichos curanderos sanaron a sus hijos, experimentando mejorías, en cambio, otras vieron más bien un cierto decaimiento, aunque observaron que sus hijos ya no lloraban tanto.

²⁵ Literalmente, en quechua significa: *con el rabo en el trasero*.

A este conjunto de percepciones que se tuvieron, se suma también sentimientos de auto culpabilidad, mala alimentación, falta de recursos económicos y desempleo, relación conflictiva de pareja (violencia intra familiar y maltrato infantil), desconocimiento y falta de orientación acerca de la desnutrición (causas y consecuencias).

En un segundo taller, ya más específico y una vez que se seleccionaron las 21 familias –aunque todavía, en ese momento no se jerarquizaron-, tuvo como tema central el análisis de algunos factores por los cuales sus hijos e hijas se desnutren o llegan a desnutrirse en el contexto familiar. Básicamente era un análisis de aspectos relacionados a la desnutrición, enfocada desde la perspectiva de los participantes. Vale decir, en dicho taller se identificaron factores inmediatos y estructurales de la desnutrición infantil. Con base al análisis de estos factores se plantearon alternativas hipotéticas de solución, desde la praxis y vida diaria de las familias involucradas para evitar o, al menos, paliar en algo factores de riesgo que provocan la desnutrición en niños o niñas menores de cinco años.

En la evaluación de este taller se complementaron ideas y se llegaron a algunos acuerdos, como aquel que contemplaba al CNIAP un rol fundamental para ver la manera de involucrar a las familias en el proceso de recuperación nutricional a los padres de familia y lograr su participación en las actividades del Centro. Otro de los acuerdos significativos que se tuvo fue garantizar la sostenibilidad de las visitas a los domicilios u hogares, una vez que el niño ha sido dado de alta, para ver si los infantes suben o no de peso. En caso de que los niños no suban de peso, ver qué se puede hacer. Al respecto, una de las madres participantes afirmaba lo siguiente al plenario del taller:

“Cuando mi hijo estaba internado, mi marido se portaba bien porque sabía que la doctorita (refiriéndose a la profesional de Trabajo Social) cualquier rato iba a ir a mi casa, por eso mi marido tenía miedo, e incluso vergüenza de pegarme. Cuando me lo llevaba a mi hijo, a mi casa, ahí pues cambiaba mi marido, me decía: *tú le haces enfermar y*

sabrás cómo curarle. Lo que quiero es que mi hijo esté bien, pero ni siquiera plata me da para su alimentación. Por eso me parece muy importante que la doctorita vaya a mi casa después de que mi hijo sea dado de alta, para que vea qué pasa con mi hijo en la casa. (Entrev. MF-A4)

Por su parte, para apreciar que no siempre las mamás de los niños internados y dados de alta eran las que mayormente participaban en los talleres, un padre de familia afirmaba lo siguiente:

Es conveniente la visita a nuestras casas porque es una forma de educarnos en familia, porque generalmente los papás ponen el pretexto de la falta de tiempo para no asistir a las actividades del Centro y conocer de esta manera las consecuencias de una inadecuada alimentación en los niños y si a esto se suman otros problemas más que tienen que ver con el alcoholismo, las peleas (entre la pareja), ya sea por celos o por dinero, o peor si es sólo el hombre quién quiere administrar el dinero. Algunas señoras, con las cuales estoy de acuerdo, dicen que no sabemos qué cosas tienen que comer nuestros hijos o por qué son flacos. A veces pensamos que nuestras esposas exageran en algunas cosas, pero ahora me doy cuenta que no es así. Por tanto creo que es necesario ir a los domicilios para explicarles a ellos y ver cómo son con los niños, cuando ellos se regresan a sus casas. La visita a nuestros hogares también ayudaría a un trabajo cooperativo entre los padres porque, como bien dicen otras compañeras, la responsabilidad en cuanto a la educación, salud y alimentación tiene que ser compartida entre los padres y los miembros de la familia, más aún si nosotros vivimos con nuestros padres y suegros que a veces son ellos los que deciden por nosotros y generalmente no quieren que nuestros hijos se internen porque dicen que no es para el médico que esta orejado. Porque no conocemos nos dejamos influir y pensamos que debe ser así, ahora yo no creo que sea malo creer en lo que nuestros padres y abuelos creen, porque así nos han criado y estamos bien. Tal vez sería conveniente hacerles entender a nuestros padres que las dos cosas, médico y curandero, podrían curar más rápido al niño. Por ejemplo yo pensaba que mi hijito era flaco porque mi papá también lo era y yo no soy gordo y ella nos heredó a nosotros, pero no había sido así si no que eso es por falta de una buena alimentación y entendimiento entre los padres. (Entrev. PF-B3)

En este taller se logró que los padres y madres de familia analicen experiencias e información reflexionada sobre la desnutrición, sus causas y consecuencias.

Principalmente, se llegó a tomar conciencia de que el problema nutricional no solo es producto de una mala ingesta alimentaría, sino depende de otros factores sociales, económicos, medio ambientales y culturales. Este conocimiento de alguna manera les permitió reducir y controlar riesgos sociales sobre la problemática de la desnutrición infantil, respetando sus conocimientos y saberes adquiridos de generación en generación.

Redondeando, en este taller el 60% de los asistentes han señalado que es importante realizar seguimientos a la familia, una vez que los niños retornaron a sus domicilios, porque hay algunas madres que, por temor a ser criticadas, no dijeron cómo es la situación en el entorno familiar cuando su niño fue internado. Además, de esta forma se podría lograr que sus parejas participen y entiendan. Se ha llegado a comprender que no solamente la mujer era responsable del niño, sino también el padre.

Un segundo resultado obtenido de la participación de los padres y madres de familias en este taller, fue que el 20% se inclinaron favorablemente para conocer cómo podrían mejorar su alimentación en sus domicilios, para que los niños, una vez que retornen a su casa, ya no enflaquezcan y no haya necesidad de retornar al Centro. Además, con ese conocimiento también podrían orientar un poco a las familias y/o vecinos cercanos a su domicilio.

En cambio, otro porcentaje similar señalaban que les gustaría que los dirigentes de las zonas sean también los que se involucren en estos temas y que se debería buscar la forma de involucrarlos para que, a partir de esa situación, se puedan exigir mejores condiciones de atención en los centros de salud, así como el mejoramiento en los sistemas de agua potable, alcantarillado y no pensar solo en mejorar las calles y avenidas. También afirmaban la necesidad de conocer cuándo se debía llevar a los niños a los centros de salud para los controles del niño sano y ver cómo está creciendo su hijo ya que muchas veces ellos no saben cómo responder frente a los que los médicos les suelen decir. Por ejemplo, uno de los

padres de familia señalaba lo siguiente: “Una vez cuando a mi hijo lo he llevado a un control al centro de salud me dijo un doctor: *a qué has venido si tu hijo esta sano*. Esa vez feo siempre me ha reñido, por eso me da miedo ir a los centros de salud y cuando no les llevamos nos riñen también, entonces ya no sabemos qué hacer y preferimos no llevarlos y recurrir a los curanderos o en el peor de los casos esperar a que se enferme para llevarlos. Parece que porque nos atienden gratis nos tratan mal”.

Se llevó a cabo un tercer taller, con el mismo tema que el anterior, pero esta vez de acuerdo a grados de desnutrición leve, moderado y grave. De igual forma se ha recogido expresiones sobre la percepción de los padres y madres de familia de niños internados en el Centro. Estas expresiones muestran sentimientos de auto culpabilidad, de responsabilidad en la relación con su familia, en la educación de sus hijos, etc. Entre estas expresiones, por ejemplo, se tienen las siguientes: “No sabemos cuidar a nuestros hijos”; “no los alimentamos bien”; “yo tengo la culpa para que se desnutra”; “mi marido dice que soy una burra y tiene razón, si ni a mi hijo puedo cuidar”. El propósito era agrupar a padres y madres de familia entorno a los grados de desnutrición, con apoyo en estas y otras observaciones y ver sus capacidades y niveles de confianza individual y colectiva, con miras a enfrentar el problema de la desnutrición.

En este taller, se esperaba que los participantes renueven sus capacidades de autoestima personales y confianza para hacer frente a situaciones adversas asociadas a la salud y al problema nutricional.

El grupo de participantes con niños desnutridos leves se inclinaron por el criterio de que los padres de familia participen de estos talleres, donde se les explique con detalle y analicen ellos mismos las causas por las que se desnutren los niños. Hay casos en los que los padres, por muchos esfuerzos que hacían porque sus hijos estén bien, no lo lograban. En estos casos, por ejemplo, se podría afirmar que no tenía nada que ver con la culpabilidad o no de la madre. Al mismo tiempo, en este

taller se trató de fortalecer la relación entre los padres para que ellos también se preocupen por los niños y no dejen toda la responsabilidad a sus parejas.

Por su parte, el grupo de familias con niños desnutridos moderados manifestó también que es importante la participación de los padres de familia en la recuperación nutricional del niño, por tanto se demandó la realización de talleres con los padres de familia, al menos una vez por mes y los días domingo, cuando ellos no tienen pretexto para asistir. Manifestaron que esta asistencia debería ser obligatoria. Además, remarcaron la importancia también ir a los domicilios, una vez que los niños retornen a sus hogares para que aquellos padres que no asistieron se les oriente ahí y, de esta forma, ver en realidad cuáles son las condiciones en las que un niño se encuentra en su domicilio, una vez que retorna del CNIAP. Es decir, se podría ver si los padres se preocupan o no por la alimentación del niño; ver con quién se queda en realidad el niño, y si los conocimientos adquiridos en la institución son aplicados en la casa. Además se podría observar también, cuál es la participación de la pareja en el proceso de recuperación del niño y otros aspectos.

En cambio, el grupo de padres y madres con desnutrición grave manifestaron su preocupación en el sentido de afirmar que todas las charlas siempre están dirigidas a las madres. Consideraron que ellas podrían saber mucho, pero no sirve de nada sin la participación de su pareja. Esta percepción, una vez más, hace pensar que la institución, indirectamente, cree también que la responsable de la desnutrición del niño en la familia es la madre, aunque algunas de ellas afirmaron lo contrario. En cambio, algunas otras mamás dijeron que sus esposos no iban al Centro, por temor “a enfrentarse” al personal que trabajaba en la institución. Frente a este criterio se acordó, entonces, que se debería ir a las casas (opción por la visita domiciliaria), por lo menos cuando los niños fueran dados de alta. Opción que proponía claramente la realización de seguimientos y ver en la práctica qué podría pasar con el niño y su recuperación en el entorno familiar.

Una mamá, sustentaba la necesidad de emplazar tareas de seguimiento, mediante las visitas a los hogares, de la siguiente manera: “Algunas veces los hombres son los que compran víveres para la casa, pero ellos no saben mucho de eso, porque nadie les ha orientado sobre cómo debe ser una buena alimentación de los niños. Cuando van al mercado compran papa, arroz, fideo, cebolla, zanahoria y tomate, sin embargo, lo que les sobra, en ocasiones se lo gastan en su chicha (bebida alcohólica hecho de maíz), por tanto, las mujeres se ven en la obligación de salir a trabajar sin importar cómo y quién se hace cargo del cuidado de nuestros hijos o finalmente optamos por dejarlos solos, encargando a nuestros vecinos para que les miren de rato en rato”.

Por todos estos criterios que se exponen en este apartado es que se ha optado por elegir esta estrategia metodológica del taller, como parte del proceso de seguimiento. Porque, además, era necesario encontrar un espacio colectivo que trascienda lo individual o familiar propiamente.

TERCERA PARTE

8. PROPUESTA PARA UN MODELO DE SEGUIMIENTO

Sumado a la necesidad institucional de contar con una propuesta de seguimiento para resolver carencias de información que optimicen el trabajo social con familias, en casos de desnutrición leve, moderada y severa que se presentan en el Centro de Nutrición Infantil “Albina R. de Patiño”, en el apartado anterior se ha evidenciado aquella demanda a partir de las expresiones y vivencias de las familias.

La presente propuesta de seguimiento a familias de niños en recuperación nutricional y alimentaria, en sus respectivos hogares, responde a los resultados que se obtuvieron en una primera fase de entrevistas y diagnósticos que se levantaron para conocer las características del entorno familiar, y responde también a los resultados obtenidos en la segunda fase propiamente de seguimiento que se hizo a cada una de las 21 familias. En esta fase es donde se ha visto mayor la necesidad de implementar un modelo de seguimiento que promueva principalmente la participación de las familias en el proceso de recuperación de los niños.

A partir de la experiencia descrita y analizada se propone el presente modelo de seguimiento, para lo cual se ha formulado algunas interrogantes motivadoras, a las cuales se pretende responder: ¿Es posible pensar en familias que puedan asumir tareas de seguimiento sobre la recuperación nutricional de sus hijos? ¿De qué factores dependería? ¿Cuáles serían las responsabilidades básicas o desempeños?

Hasta el momento, el Centro de Nutrición Infantil “Albina R. de Patiño”, viene desarrollando un trabajo de atención a niños y niñas con diferentes grados de

desnutrición. Con la finalidad de que este trabajo no sea aislado de la participación de sus progenitores y demás miembros de su familia, además, de la participación del entorno social y comunitario, se ha optado por buscar una estrategia adecuada de seguimiento y evaluación social e integral. Por ello, se ha considerado, inicialmente, mejorar la calidad en el recojo, análisis y disponibilidad de información pertinente, en diferentes aspectos: social, económico, cultural y de medio ambiente.

En los talleres que se han desarrollado se ha llegado a la conclusión de que el Centro precisaba mejorar su práctica de seguimientos. Este componente, presentaba debilidades en la medida en que hacía falta conocer la situación socioeconómica y cultural del entorno familiar en el cual se producía el proceso de recuperación de los niños y las niñas, una vez que estos han logrado ser atendidos y dados de alta en el Centro. Esta carencia de información no necesariamente puede ser cubierta con investigaciones, pero sí con la disponibilidad de un sistema o modelo de seguimiento que diera cuenta y resolviera esta falta de información durante el proceso. Por estas razones, la práctica de seguimiento que se ha organizado y realizado conforme a los objetivos institucionales en el área social, ha posibilitado proponer el siguiente modelo de seguimiento.

A un inicio, se ha enfatizado que el seguimiento debe constituir un aspecto esencial de toda actividad de intervención social en el problema de la desnutrición. Que permita determinar el progreso de las actividades y tomar las medidas necesarias para resolver problemas, haciendo los ajustes necesarios en los objetivos y actividades, no solamente del área social, sino de las demás áreas o disciplinas que se encuentran íntimamente relacionadas a aquella: psicología, nutrición, enfermería, etc.

Tomando en cuenta que el seguimiento es una tarea que implica la formulación e identificación de indicadores, la recolección de información y su registro, el modelo

de seguimiento que se propone, pone énfasis en la necesidad de partir del criterio de organización y participación. Por ello, el primer punto de partida es la conformación de un comité coordinador de alimentación y nutrición²⁶ que se encargue de reunir la información según los diferentes tipos y grupos de familias. Bajo esta opción de dar lugar a una participación plena familiar y ciudadana, el sistema de seguimiento debe permitir efectuar discusiones con la comunidad y las instituciones locales, para decidir la acción a tomarse con base en los resultados del seguimiento.

8.1. ¿Para qué un modelo de seguimiento participativo?

El modelo de seguimiento participativo sirve a dos propósitos: como instrumento de apoyo para mejorar la eficiencia y efectividad de las estrategias de atención a niños y niñas desnutridos; y como proceso educativo mediante el cual los participantes puedan tomar conciencia e incrementar su comprensión de los diferentes factores que influyen en sus vidas.

El seguimiento ha de permitir al Centro, mediante la creación de un área social, y a los actores directamente involucrados (familias y comunidad), examinar el progreso e impacto de la intervención social, establecer la viabilidad de los objetivos, e identificar y anticipar los problemas, permitiendo tomar las medidas necesarias para evitarlos o resolverlos. En este sentido, el proceso de seguimiento debe estar ligado a la toma de decisiones, para que permita al Centro, a las familias y a la comunidad redefinir los objetivos y hacer ajustes en las actividades, cuando sea necesario.

En función a las premisas arriba señaladas, para los actores beneficiarios de los servicios que brinda el Centro, el modelo de seguimiento propuesto constituye un conjunto de acciones y procesos que permiten la reflexión participativa sobre el

²⁶ Lo que actualmente se viene conformando a nivel macro, con el Programa “Desnutrición Cero”, los Consejos Municipales de Alimentación y Nutrición (COMAN).

tema de la recuperación nutricional de los niños, desde el punto de vista del Trabajo Social y las otras áreas de trabajo del Centro como ser: nutrición, psicología, pediatría y enfermería. Asimismo, se considera como una instancia que permite la generación de aprendizajes y obtención de experiencias.

Generalmente, los seguimientos que se hacen a programas en el área de salud, obtienen resultados de información cuyo valor empírico no es aprovechado al máximo por y para la población beneficiaria. En la práctica, en el caso de la problemática nutricional, las familias cuyos hijos e hijas que han sido internados en el Centro precisan conocer, desde un inicio, los resultados de cambio o mejoría de sus hijos para que ellos mismos tomen decisiones oportunas y busquen otras alternativas mejores y menos costosas. Es en este sentido que el modelo de seguimiento es esencialmente participativo y cooperativo. Por eso, se dice también que es comunitario.

8.2. ¿Quiénes son los responsables directos en el seguimiento?

En un modelo de seguimiento participativo como el que se propone, son las mismas familias, a la cabeza de sus responsables y la misma comunidad, mediante sus autoridades y representantes, quienes deben implementar el proceso de seguimiento. El o la responsable del área de Trabajo Social del Centro llegaría asumir un rol de facilitación del proceso, apoyando en el diseño del sistema, el seguimiento de las actividades y el análisis de la información recopilada. Se busca, como meta final, que las familias y la comunidad asuman el seguimiento de sus propias actividades de recuperación alimentaria y nutricional infantil, sin tener que depender del servicio de otros profesionales institucionales. En este sentido, las capacitaciones, el nivel de desempeño e identidad con los problemas sociales, económicos y culturales por los que atraviesan las familias, juegan un papel decisivo. Por ello, no se debe dejar de lado el conocimiento que se tiene respecto a qué familias son las que sufren el rigor de las carencias alimenticias en los hogares cochabambinos. Son las familias más pobres las que

se encuentran en permanente riesgo de malnutrición de sus hijos menores de 5 años.

Es preciso afirmar con toda certeza la importancia que asume, una vez más, el tema de la organización y participación social y familiar, pilar de la propuesta de seguimiento. Para asegurar que la información obtenida durante el proceso de seguimiento sea utilizada de manera efectiva en la toma de decisiones y en las acciones, se requiere de una estructura organizativa, que viene a ser el comité coordinador de alimentación y nutrición, a la cabeza de representantes de padres de familia y miembros de organizaciones locales o barriales, como dirigentes o autoridades de juntas vecinales u Organizaciones Territoriales de Base (OTBs).

En el caso que se sostenga la participación de responsables institucionales del Centro de Nutrición Infantil y de otras instituciones en las actividades de seguimiento, se puede discutir, diseñar e implementar un sistema conjunto hasta lograr un nivel de desenvolvimiento autónomo por las familias. El modelo de seguimiento concebido así, trasciende de una actividad meramente asistencial para constituirse en una actividad de aprendizaje y comunicación.

En un modelo de seguimiento participativo, se espera que las familias y la comunidad:

- Decidan qué se ha de tomar en cuenta en el seguimiento.
- Elijan los indicadores que se deban utilizar.
- Organicen la recolección de información: ¿Cómo puede hacerse? ¿Quién debe hacerlo? ¿Cuándo debe hacerse? y ¿Con qué recursos hacerlo?
- Analicen, reflexionen y den sentido (interpretación) a los datos.
- Utilicen la información de acuerdo a sus intereses y expectativas.

8.3. ¿Qué se hace con el seguimiento?

De la práctica de intervención realizada en el CNIAP, se extraen varias lecciones entre las que se puede mencionar la mirada tangencial de quien realiza el

seguimiento. Básicamente, lo que se ha hecho con esta tarea es haber respondido a una necesidad sentida de disponibilidad de información. Bajo una forma diferente de concebir esta práctica con el seguimiento, se evita caer en el espontaneísmo. Vale decir, se sale del círculo vicioso y activista de recopilar información por recopilar. Al final, por muy valiosa que sea la información obtenida, esta no sirve de mucho si no está encaminada a determinados fines.

En este sentido, el modelo participativo de seguimiento que se propone para el Centro de Nutrición Infantil “Albina R. de Patiño” está diseñado para dar cuenta de las siguientes actividades y procesos:

- Recojo de información (aplicación de instrumentos) y conocimiento sobre las características sociales, económicas, medioambientales y culturales que hacen a cada familia y su entorno social.
- Aplicación práctica de conocimientos y enseñanzas suministradas mediante sesiones de capacitación nutricional, psicológica, médica y social.
- Progreso de cada una de las actividades planificadas.
- Efectividad para alcanzar los objetivos.
- Concordancias con las prioridades, necesidades e intereses expresadas por las familias y la comunidad que acceden a los servicios del Centro.
- Funcionamiento (organización, reuniones) de los grupos de familias responsables de llevar a cabo las actividades.
- Desenvolvimiento general de la intervención social.
- Funcionamiento de un comité de coordinación elegida de manera democrática o voluntaria por representantes de padres/madres de familia y autoridades locales.
- Relaciones entre el Centro, las familias de niños y niñas que han sido dados de alta, la comunidad y las diferentes instituciones externas involucradas.

- Búsqueda de diferentes tipos de apoyo y referencias (y contrarreferencias) de casos a diferentes instituciones externas.

Pueden existir otras actividades o procesos de los cuales es necesario que el modelo de seguimiento pueda dar cuenta. Esto ha de depender, principalmente, del tipo y de la pertinencia de la información que se obtenga en el proceso para identificar los problemas que surjan y se pueda comparar con los datos recopilados en el diagnóstico para ver los cambios que se hayan generado. Para facilitar esta comparación es necesario que se complemente la información cualitativa con los datos cuantitativos o, por lo menos, semi-cuantitativos, lo cual puede lograrse mediante la identificación y selección de indicadores cuantificables. En la experiencia llevada a cabo, los indicadores que se han fijado responden más a una naturaleza cualitativa que cuantitativa, porque era necesario ver más los procesos y analizar los comportamientos al interior de los hogares, en los cuales se iba dando el proceso de recuperación de los niños.

8.3.1. Identificación de indicadores de seguimiento

En la experiencia de seguimiento realizado, se ha visto que los indicadores diseñados y utilizados fueron limitados a determinados aspectos de la realidad de las familias para el recojo y análisis de la información. Además de esos indicadores que se han tomado en cuenta, es necesario incorporar y precisar otros indicadores. El siguiente listado que se ha elaborado puede ayudar a los responsables institucionales y sociales para que se pueda elegir indicadores pertinentes, según las actividades diseñadas e implementadas. De estos bloques se pueden desprender otros indicadores con la finalidad de contribuir principalmente a las discusiones a nivel de las familias o grupos de familia y de la comunidad.

A. Indicadores relativos al impacto nutricional:

- Cambios en los hábitos y patrones de consumo alimenticio en los hogares. Esto permitiría medir la importancia de los cambios, especialmente, en la niñez.
- Incremento en la disponibilidad de alimentos:
 - Diversidad y cantidades de alimentos obtenidos por cada hogar; modificaciones en las estrategias de obtención y/o acceso.
 - Disponibilidad de los alimentos al alcance de los recursos económicos de los hogares.
- Estrategias de asignación o distribución de los alimentos de acuerdo a las necesidades individuales de cada miembro.
- Número de niños y niñas menores a dos años con problemas nutricionales en la familia y en la comunidad.
- Cambios en las creencias relacionadas con la alimentación y nutrición.
- Acceso al recurso agua (abastecimiento) y calidad para consumo familiar: potable o no potable.
- Estrategias de cooperación y ayuda interfamiliar.

B. Indicadores relativos a la equidad:

- Cambios en la división de trabajo y la utilización del tiempo según género.
- Cambios en la distribución de ingresos.
- Cambios en el acceso a otros recursos asociados a los alimentos.
- Cambios en la adquisición de conocimientos, habilidades, prácticas y destrezas.

C. Indicadores relativos a la participación familiar y comunitaria:

- Porcentaje de hogares que participan, al menos, en una actividad de seguimiento nutricional propiciado por el Centro (por ejemplo: demostraciones, ferias, encuentros, talleres, intercambios).
- Cambios durante el trabajo de apoyo del Centro en cuanto al número de niños y niñas atendidas en la fase de postinternación;
- Cambios en los factores motivacionales que incrementan cualitativamente la participación.
- Frecuencia de presencia en las reuniones.
- Participación de los hogares marginados.
- Número de persona/días de trabajo (voluntario) en las actividades del Centro (por ejemplo: capacitaciones, promociones de liderazgo en padres y madres y otros miembros de la familia, asistencia a seminarios, talleres, etc.)
- Número, porcentaje y condición de género de las personas que toman la responsabilidad por el liderazgo (por ejemplo, capacidad de dirigir y monitorear unidades familiares de bajos ingresos, asumir la responsabilidad de una reunión, entrevistar a un padre de familia).

D. Indicadores relativos a la interacción de la comunidad con los servicios externos:

- Número y tipo de instituciones con las cuales el Centro de Nutrición Infantil, e incluso las mismas familias y la comunidad local, coordinan y establecen vínculos sostenidos.
- Participación de las familias y comunidad local en decisiones que les afecta directamente.
- Número de personas capacitadas en temas de recuperación nutricional y tratamientos de casos por instituciones externas.

8.4. ¿Cómo debería hacerse el seguimiento?

El modelo de seguimiento propuesto para el Centro de Nutrición Infantil “Albina R. de Patiño”, constituye un proceso que debe combinar el registro de información específica con sesiones de discusión sobre el progreso de las actividades y las dificultades que se hallan. Esto significa que las familias se involucren de tal manera que ellas mismas sean las directas responsables de tomar decisiones sobre el rumbo que toma el comportamiento de recuperación de su niño o niña.

Como primer paso la familia, en estrecha relación con la comunidad y de apoyo con el Centro de Nutrición y el Comité de Coordinación, decide qué criterios utilizar para juzgar el éxito o fracaso del trabajo durante el seguimiento. Estos criterios deben revisarse regularmente. Cada familia o responsables de grupo de familias, se hace cargo de una actividad, discute con un miembro del comité coordinador los posibles indicadores a emplearse y se ponen de acuerdo sobre cuáles elegir. El rol del o de la responsable del área social, en tanto agente institucional de desarrollo, se circunscribe a la facilitación de la discusión.

La información para el seguimiento puede venir de las discusiones en reuniones, principalmente de los primeros talleres de conversación, de análisis y reflexión sobre temas relacionados con la alimentación y nutrición efectuados a diferentes niveles: familiar, local, comité coordinador, institucional. Las visitas domiciliarias, las entrevistas focales e individuales y la observación participativa también pueden facilitar información útil, además de tener oportunidades para las discusiones. También resulta útil mantener un diario –como ha sido durante la experiencia del trabajo-, en el cual el o la responsable del área social del CNIAP, anota cualquier indicación de cambio que pueda haberse señalado durante discusiones informales con miembros de la comunidad. Estos son algunos elementos metodológicos que son necesarios tomarlos en cuenta para la intervención social y generar procesos autónomos y participativos en tareas de seguimiento.

La mayoría de las técnicas utilizadas en el diagnóstico participativo –al iniciar el plan de actividades y la intervención social con familias- pueden emplearse en el seguimiento. A modo de facilitar la recolección y registro de datos, cada familia y/o grupos de familia –que se los puede denominar también como grupos de trabajo-, con la ayuda del o de la responsable del área social del CNIAP, puede desarrollar un cuadro de seguimiento, como se muestra en la siguiente tabla.

Cuadro de seguimiento de actividades (a modo de ejemplo)

Familia (o grupo de familias): Familia Pérez-Mamani

Actividad: Reflexión sobre el tema del alcoholismo **Tiempo:** Primer trimestre

Año: 2008

Responsable (s): Comité de coordinación y Área Social del Centro de Nutrición Infantil

Enero	Febrero	Marzo
<ul style="list-style-type: none"> • Participar en la elaboración del plan de diagnóstico. • Participar en la elaboración del plan de seguimiento. • Participar de un primer taller de conversación, análisis y reflexión sobre alcoholismo. • Tomar conciencia sobre la incidencia del alcoholismo en la seguridad alimentaria de los hijos y de la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar casos resueltos de personas alcohólicas. • Buscar apoyo institucional externo. • Entrevistarse con “expertos” sobre el tema. • Conocer elevados riesgos que provoca el consumo frecuente de alcohol. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participar de un segundo taller de búsqueda de alternativas de solución. • Conversar con responsable del área social del Centro y un representante del comité de coordinación.

Los resultados se discuten y son combinados de manera general durante el seguimiento. Al inicio del trabajo de seguimiento del Centro, por ser pocas las actividades, el sistema será muy sencillo. Con el incremento en el número de actividades, el número de indicadores aumentará. Los diferentes cuadros de seguimiento que vayan surgiendo pueden ser recopilados por el o la responsable

del área social de la institución, así como por parte del comité de coordinación en un cuadro general como se puede ver, a modo de ejemplo, en la siguiente matriz.

**Cuadro de seguimiento de actividades
(control de cumplimiento o progreso)**

Localidad (distrito o circunscripción): Distrito 4 (zonas Villa México, Villa Sebastián Pagador y Villa Brasil)

Nº de familias (o grupos de familias): 10 (3) **Tiempo:** Primer trimestre
Año: 2008

Responsable (s): *Comité de Coordinación y Área Social del Centro de Nutrición Infantil*

Actividades	Nivel de progreso (escala valorativa)					
	Excelente (5)	Satisfactorio (4)	Regular (3)	Bajo (2)	Deficiente (1)	Nulo (0)
Reflexión sobre el alcoholismo			X			
Abastecimiento de agua potable		X				
Preparación de alimentos nutritivos			X			
Abastecimiento alimentario				X		
Estrategias de mejoramiento de ingresos				X		
Huerto familiar		X				
Demostraciones culinarias	X					
Ferias educativas nutritivas					X	
Eliminación de focos de contaminación zonal o barrial						X
Prácticas sostenibles de aseo e higiene integral en el hogar		X				
Capacitación a promotores en educación nutricional		X				

Como puede verse en el ejemplo del cuadro general, los cuadros de seguimiento pueden ser simples, diseñados de tal forma que sólo se necesita marcar los ítems

correspondientes. La preparación y uso de este tipo de cuadros puede facilitar el seguimiento de las actividades por los mismos beneficiarios de programas o proyectos de nutrición infantil, como es el caso del CNIAP y puede estimular la discusión sobre el por qué del progreso de éstas.

Con este modelo de seguimiento participativo sobre recuperación nutricional en niños y niñas que han sido dados de alta del Centro, los métodos e indicadores empleados son sencillos, de bajo costo, y diseñados para proporcionar a tiempo la información requerida para tomar decisiones e iniciar acciones. El costo se calcula según el uso que se haga de los datos.

¿Cuál sería la labor principal de un comité de coordinación? Primeramente, es necesario justificar la creación de un ente que vea de cerca lo que acontece en este proceso. Pueden extenderse sus atribuciones en otros momentos de la problemática inherente al trabajo del Centro, así como externo a él, con relación a las tareas del seguimiento social. En este sentido, una de las principales responsabilidades de este ente coordinador es, precisamente, la de coordinar permanentemente con las diferentes áreas de trabajo del Centro y con instancias operativas de las instituciones que trabajan en el tema de la desnutrición infantil.

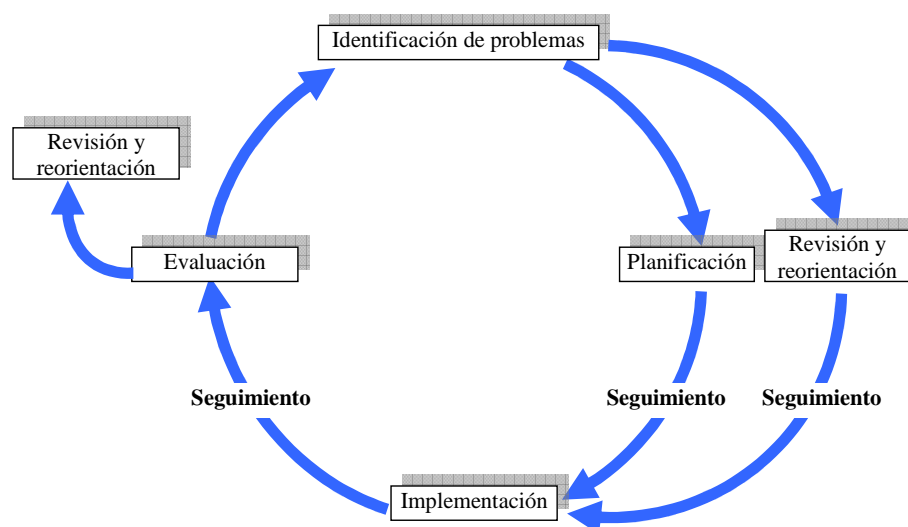
Se sabe que en programas de nutrición infantil existen pocas experiencias exitosas de participación social de las familias y comunidades. Esto se debe, en cierta forma, a que existen pocas instituciones que trabajan en esta área social de salud, siendo que su existencia es relativamente reciente. Tomando en cuenta esta reciente experiencia de desarrollo institucional del Centro, otra tarea principal del comité coordinador de alimentación y nutrición es organizar reuniones familiares y comunitarias de seguimiento cada tres meses, aproximadamente. En estas reuniones, los grupos de familias debidamente organizados presentan un informe sobre el progreso de sus actividades y discuten los problemas que estén enfrentando.

Como quiera que el proceso de seguimiento se encarga de generar y encarar nuevas estrategias de recojo de información, de analizarlas y de reflexionarlas para contribuir a procesos de evaluación, este tiene que ser un proceso flexible y que sea revisado periódicamente.

8.5. ¿Cuándo efectuar el seguimiento?

El proceso de seguimiento es un proceso continuo e integrado desde su inicio. Es difícil, en un modelo cuya premisa básica sea la participación social, separar las etapas de identificación de problemas y la selección de actividades encargadas de resolver dichos problemas. Las actividades diseñadas para encarar problemas durante la recuperación nutricional del niño y la cohesión social al interior de la familia, necesariamente, aumentan el grado de toma de conciencia, comprensión y participación, lo cual, a su vez, conduce a redefinir los objetivos y ajustar los procedimientos, o bien, a definir nuevos objetivos y elegir nuevas actividades. En otras palabras, el proceso de seguimiento proporciona oportunidades para aprender de la acción. En el siguiente diagrama se muestra la secuencia temporal del modelo de seguimiento que se propone.

Gráfico 2. Modelo de seguimiento



8.6. Modelo de seguimiento participativo

Como se puede apreciar en el Gráfico 2, el proceso puede iniciarse con la identificación de problemas y necesidades mediante un diagnóstico participativo. Esto significa que, antes de encarar cualquier actividad de seguimiento, es necesario contar con una base de datos inicial sobre la situación de las familias y su entorno, una vez que los niños o niñas ingresan al Centro para su atención. Esto es lo que se hace como norma cuando existen internaciones.

Con los insumos obtenidos en esta fase se procede a realizar una planificación participativa de las principales actividades que han de estar sujetas a la fase de seguimiento como tal, para lo cual es posible utilizar los cuadros de seguimiento presentados anteriormente. De esta manera, la planificación permite el ordenamiento de las estrategias, acciones y recursos en el tiempo, para el logro de resultados previstos. Como herramientas de este componente se pueden considerar el plan, el marco lógico y los planes operativos anuales.

Posterior al trabajo de seguimiento y con base a la información obtenida, discutida y analizada con la participación de las familias, se implementan acciones que permitan apoyar o fortalecer el trabajo social de la intervención para una pronta y sostenida recuperación nutricional de niños y niñas en sus hogares. Al finalizar un ciclo del proceso de intervención es posible pensar en realizar la evaluación, para lo cual el seguimiento ayuda de gran manera.

Si bien, el foco de la atención de esta experiencia es el seguimiento, es importante no dejar de lado otros procesos concomitantes a estas acciones, como es la evaluación, ya que faculta el análisis de los avances hacia el logro de los objetivos del proyecto. A su vez, involucra a todos los actores en procesos de aprendizaje, toma de decisiones y fortalecimiento de capacidades.

Posterior a la evaluación, se tiene la revisión y la reorientación. Esta actividad implica, necesariamente, realizar una sistematización. Para el modelo de seguimiento que se propone, la sistematización debe ser un proceso participativo de aprendizaje y reflexión, sobre las experiencias vivenciales y prácticas que asumen las familias. Así, se puede generar lecciones y sistematizar los conocimientos.

Para desarrollar el proceso que se acaba de describir, es menester puntualizar algunos pasos que deben ejecutar los principales responsables de llevar adelante el seguimiento, en especial el responsable institucional del área social. Este responsable, para acompañar el proceso, debe:

- a. Apoyar a que los grupos desarrollen un sistema de seguimiento de las actividades.
- b. Apoyar a que el comité de coordinación ayude a la recuperación social y nutricional en las familias (de acuerdo a la estructura comunitaria local que corresponda y a sus respectivas organizaciones prevalentes), para hacer de su labor más eficiente y más participativa.
- c. Desarrollar un sistema eficaz de seguimiento que permita una coordinación más fluida y comunicativa con organizaciones locales e instituciones externas.
- d. Promover mecanismos apropiados, así como espacios adecuados para dinamizar un proceso conjunto de seguimiento, en el cual se vea representada la participación de todas las familias cuyos niños y niñas se encuentran en la fase de postinternación.

8.7. ¿Cuáles son los componentes principales del modelo de seguimiento?

Los apuntes anotados anteriormente son elementos que, de hecho, constituyen los componentes principales del modelo de seguimiento propuesto. Este modelo

de seguimiento que se pretende establecer como referente para el Centro de Nutrición Infantil “Albina R. de Patiño” es integral. Esto significa que, durante la fase de postinternación y cuando las familias tengan la oportunidad de retornar al hogar a sus hijos e hijas para su recuperación, no solamente se cuente con información de carácter eminentemente social, sino que existan indicadores que puedan medir y demostrar la conducta propiamente nutritiva que va desarrollando la niñez. Es integral porque observa de qué manera confluyen factores de análisis que hacen a la situación social, económica y cultural de la familia, en su contexto. También observa factores que entrelazan escenarios de interacción social dentro y fuera de la familia, actitudes y formas de comportamiento político que asumen los actores involucrados frente al trabajo institucional, ya sea de carácter social, así como propiamente técnico-médico-nutricional: uso de indicadores de peso-talla, modos y medidas de preparación alimentaria, etc.

A continuación se enumeran las premisas fundamentales que hacen al modelo de seguimiento:

- Desde ya, el enfoque es participativo. Los diferentes actores se involucran bajo diferentes roles, en procesos sistemáticos de recopilación, procesamiento y análisis de la información.
- Retroalimentación del mismo proceso de seguimiento, desde la planificación, partiendo de la premisa de tener en cuenta el enfoque de sistema integral, ubicado en un tiempo y espacio.
- Las lecciones aprendidas deben extraerse y tomarse en cuenta de manera transversal, a efectos de que las experiencias aprendidas por los actores sean de conocimiento cabal y total de las familias del Centro y de las organizaciones locales e institucionales.
- La institucionalización del sistema de seguimiento exige la creación y/o fortalecimiento de espacios y mecanismos de reflexión y toma de decisiones. Los comités de coordinación, en este sentido, constituyen los órganos que podrían operar y facilitar dichos espacios. Además, dicha

institucionalización requiere de un proceso en el cual se elabore, de manera participativa, una norma para hacer más efectiva aún la labor de seguimiento.

8.8. Pasos necesarios para el seguimiento

El seguimiento que se ha realizado en esta experiencia ha consistido básicamente en un conjunto de acciones que han estado circunscritos a la decisión de la responsable de este trabajo. Se ha intentado involucrar la participación de los padres y las madres de familia, con la finalidad de que ellos puedan tomar parte del conocimiento reflexivo de su situación con respecto al proceso de recuperación de sus niños y niñas. La participación de estos actores fluctuó al nivel de acuerdos y compromisos para participar en los talleres programados. También fluctuó en la presencia de actividades durante las visitas domiciliarias (recojo de información y socialización de criterios de apoyo social) programadas y realizadas con cada familia.

Todo el proceso de organización del seguimiento estuvo a cargo de la responsable de esta experiencia. Por eso, el nivel de impacto para la obtención con calidad de los datos fue menos de lo esperado. Por ejemplo, una de las tareas principales que debió llevarse a cabo conjuntamente las familias fue la elaboración de los indicadores, tal cual a las familias les hubiera interesado concentrar su atención y su reflexión. Es posible que temas como el alcoholismo, la falta de ingresos económicos, las relaciones intrafamiliares y conyugales, el análisis de género y la participación de la mujer –en tanto madre- en cada uno de las tareas productivas, laborables y domésticas, hubieran cobrado mayor sentido para ellos a la hora de buscar respuestas para coadyuvar en la recuperación total de sus hijos.

De todas maneras, los indicadores elaborados a partir de las ideas y sugerencias en un primer taller, fue el primer paso para llevar a efecto el seguimiento. A continuación, con la finalidad de que la sistematización lograda cobre mayor

propiedad para futuras tareas de seguimiento en el tema de la desnutrición infantil, se proponen algunos criterios en los siguientes pasos.

Paso 1.

En un primer paso, previa planificación participativa y operativa que deje en claro las actividades globales a desarrollar, es necesario el apoyo técnico de la responsable del área social del Centro al comité coordinador para organizar y ejecutar un taller donde se pueda delinear y explicar básicamente los conceptos de **eficacia**, **efectividad** e **impacto**. Luego, se debe elaborar una lista de indicadores para cada uno de los tres aspectos mencionados y aclarar las variables que necesitan conectarse. Por ejemplo, se puede aclarar la conexión del ingreso familiar (variable) con la disponibilidad diaria de alimentos con que cuenta el niño en la fase recuperativa (indicador). Es decir ¿qué posibilidades tiene el niño o la niña de recuperarse en el corto tiempo, en el hogar, cuando existe frecuente inestabilidad en el ingreso familiar? Adicionalmente, en este taller –que bien puede comprender varias sesiones- se informa y aclara los datos existentes o que ya se están recopilando.

Paso 2.

El siguiente paso en el diseño del modelo de seguimiento está referido a los aspectos que se quiere abordar. Se formulan algunas preguntas para el recojo de la información. Se toman decisiones conjuntas sobre el tipo de base de datos que se quiere utilizar, ya sea automatizado o manual. Se buscan posibles respuestas a las preguntas planteadas, como por ejemplo: ¿en qué medida influye el consumo consuetudinario de bebidas alcohólicas de los padres en la conducta alimenticia del niño, una vez que este ha sido dado de alta y se encuentra en recuperación, en su hogar? Aunque puedan existir múltiples respuestas que conduzcan a encontrar la más coherente, a partir del análisis de la información, una posible respuesta anticipada puede ser: “no necesariamente”. Porque los padres de

familia, a pesar de encontrarse todo el tiempo en estado de ebriedad, garantizan la seguridad alimentaria de su niño, desde que este ha sido dado de alta. Es más, la madre, a pesar de esta patología social, encuentra en su reducido tiempo sobrio la manera de poner en práctica las recomendaciones nutricionales brindadas por el Centro. Es en este paso, donde se ensayan preguntas y posibles respuestas. Este ejercicio es el que facilita la búsqueda de información que proporcione las respuestas más acertadas.

Las respuestas a este tipo de preguntas permiten tomar decisiones sobre qué se hace y cómo se lo hace. De este modo, también se puede realizar cambios informados en las acciones y medir su impacto y efectividad. Las siguientes preguntas pueden permitir mejorar la efectividad y eficacia de la intervención social con familias, en el tema de la recuperación nutricional infantil:

- ¿El flujo de comunicación generado entre familias y grupos de familias sobre estrategias de atención nutricional en el hogar, contribuye a la recuperación del niño en el menor tiempo posible?
- ¿En qué momentos precisos es recomendable organizar visitas interfamiliares, para observar cambios en la conducta alimenticia del niño?
- ¿Quiénes de los miembros son los que, con su participación en la familia, contribuyen o facilitan el proceso de recuperación de los niños en el hogar?
- ¿La organización y ejecución de talleres resulta más adecuada que las visitas domiciliarias para recuperar información y poder transmitirla oportunamente entre las familias?

Paso 3.

En el tercer paso, se decide cómo se va a recopilar la información que se requiere y dónde se va a almacenar. Este paso consiste en lo que se conoce como el trabajo de campo propiamente. Se ha mencionado que las principales estrategias de recojo de información antes y durante el seguimiento fue la encuesta

socioeconómica (código de problemas), la entrevista individual o focalizada a los padres de familia, el taller de socialización y aprendizaje y las visitas domiciliarias, las mismas que sirvieron de mucho para realizar entrevistas abiertas, realizar observaciones directas e incluso, realizar intervenciones puntuales de apoyo social: discusiones, reflexiones, análisis, asistencias. Pero también existen otras técnicas que se pueden emplear complementariamente para recopilar información, como ser: las escalas de valoración, que sirve para medir, actitudes, opiniones y percepciones; análisis de acontecimientos o episodios críticos, así como anecdóticos y estímulos audiovisuales, que se pueden utilizar con mayor profundidad y rigurosidad en talleres para ilustrar problemas y acontecimientos que han ocurrido anteriormente o proyectarlos.

Paso 4.

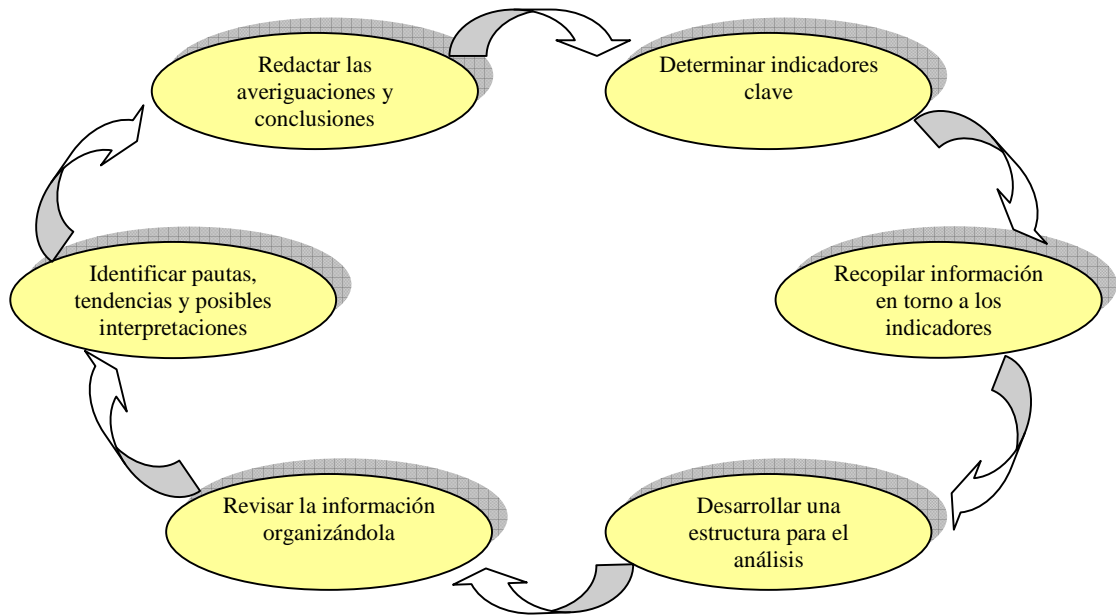
En este paso se decide la frecuencia con la que se va analizar la información. Esto significa agrupar la información, categorizarla e intentar contestar a las preguntas que se considere significativas.

Paso 5.

Como último paso está la redacción y publicación de los resultados del seguimiento, para satisfacer un proceso de evaluación que también debe estar diseñado. Esta fase es prácticamente la sistematización del seguimiento: escribir lo que se ha averiguado para alcanzar conclusiones y hacer recomendaciones.

Concordante con el modelo de seguimiento participativo que se propone en el punto 8.6, el proceso que se ha descrito en estos cinco pasos es el siguiente:

Gráfico 3. Pasos del proceso de seguimiento



9. CONCLUSIONES

A manera de reflexión, son varias las conclusiones que se pueden extraer de esta experiencia de intervención social e institucional en el tema de la desnutrición infantil. Siendo la conclusión más importante el aprendizaje social.

En efecto, no es fácil tratar de entender las múltiples variables que entraña el tema de la desnutrición infantil. Si bien, la experiencia desarrollada no apuntó a realizar un estudio sistemático, el trabajo de seguimiento posibilitó una aproximación empírica directa para ver qué pasaba con la situación social en las familias, cuyos niños y niñas fueron atendidos y recuperados en el CNIAP por desnutrición leve, moderada y grave.

En el Centro se realiza un trabajo de seguimiento mediante citas periódicas al niño, pero estas normalmente no se cumplen. Solamente en aquellos casos en los que las mamás no trabajan, o existe estabilidad económica en la familia, es posible hacer este trabajo, aunque solamente asisten a dos controles y luego desaparecen. Por tanto, se tiene un desconocimiento acerca de la situación del niño después del egreso. Por ello es que se ha propuesto un modelo de seguimiento que haga más sistemático y dirigido el trabajo de apoyo y acompañamiento a las familias con niños en proceso de recuperación nutricional en el hogar.

La intervención social con familias operativizada mediante la visita domiciliaria y otras estrategias adoptadas, permitió realizar este trabajo de interacción para mostrar cuán importante es la tarea del seguimiento en la recuperación nutricional del niño en el hogar. El seguimiento debe ser una tarea ineludible en este tipo de servicios de salud, ya que permite contar con información fresca, y oportuna para tomar decisiones sobre la marcha, si algo anda mal o, en el mejor de los casos,

generar retroalimentaciones positivas, para evitar que los niños vuelvan a caer en una ingesta alimentaria inadecuada.

Sin embargo, por mucho que haya necesidad de realizar un seguimiento institucional debidamente estructurado, para observar lo que sucede con el entorno familiar donde se encuentra el niño y tratando de consolidar su estado nutricional, esto no ha de ser posible si no se encara el tema de la participación, principalmente, de los padres de familia. Es muy importante que ellos participen, no solamente en la etapa posterior a la internación de los niños, sino más antes. De ello dependerá asegurar condiciones básicas de cuidado posterior, así las familias sean bastante pobres.

Se ha visto que existen familias –aunque muy pocas- en cada uno de los tres grupos clasificados según grados de desnutrición, donde los responsables de hogar, con tan solo abordar de manera crítica y reflexiva el tema de la desnutrición en los talleres de ínter aprendizaje, han logrado asumir de manera responsable compromisos serios de mejorar, por ejemplo, el trato a sus hijos e hijas, hacer esfuerzos necesarios por lograr mejorar la calidad y cantidad de alimentación en el hogar y aplicar las recomendaciones nutricionales brindadas en el Centro . Es que, justamente el problema es ese, que los padres de familia, muy especialmente las mamás, necesitan espacios de diálogo dónde escuchar otras experiencias que le hablen de los factores por los cuales sus hijos e hijas pasan por la misma o peor situación todavía y que también ellas sean escuchadas.

Por otra parte, la sola presencia de una Trabajadora Social en el hogar, con motivo de realizar una visita planificada y consensuada con la familia, para conversar sobre la salud nutricional del niño, también eleva bastante la autoestima, el interés, la inquietud y la preocupación de los papás, por no volver a ver a su hijos nuevamente desnutridos.

A pesar de los esfuerzos institucionales que se haga por mejorar las estrategias de prevención, atención e intervención, en el tema de la desnutrición infantil, los desafíos para reducir considerablemente este flagelo social en Bolivia todavía son grandes. A esto, apenas una adecuada práctica de seguimiento institucionalmente validado y socialmente legitimado, puede contribuir a mejorar las condiciones verdaderas que se presentan para el niño en el hogar.

El seguimiento realizado muestra claramente que el problema de la desnutrición infantil, en la mayoría de las familias observadas, viene casi siempre acompañado de relaciones intrafamiliares conflictivas: agresiones físicas, abandonos, formas de violencia verbal y simbólica. Esta situación se presenta con mayor evidencia en las familias más pobres y de condición migrante rural, en relación a las otras familias y son justamente las que tienen niños con desnutrición grave.

Se ha observado la existencia de varios factores que dificultan la estabilidad de recuperación de los niños en el hogar, entre ellos, la ausencia temporal de los padres por cuestiones laborales, el deterioro crítico en las relaciones interpersonales y conyugales de pareja, la insuficiencia alimentaria en el hogar, el bajo nivel educativo de los padres de familia y las condiciones de hacinamiento en las que viven los miembros de estas familias.

Otra de las principales conclusiones a las que se puede arribar es que, en familias con niños desnutridos leves, las posibilidades de garantizar una etapa de recuperación estable son mayores, en comparación a los otros dos grupos. Los padres de familia, cuyo nivel educativo es mayor en relación a los otros, contribuyen no solo en la estabilidad alimentaria del niño, sino también en la parte afectiva y emocional. Además, estos niños no están internados en el Centro, como los de tipo moderado y grave.

Los cambios en familias de niños con desnutrición moderada reflejan un comportamiento más favorable en la parte laboral y de ingresos y no así en la

salud de los niños. Los padres experimentaron mayor estabilidad laboral y económica, posiblemente por haberseles presentado oportunidades de trabajo, pero sus hijos no lograron recuperarse de algunos problemas de salud que acompañaron a la desnutrición, como ser: diarrea, tuberculosis y distensión abdominal. A estos niños, en su mayoría, tampoco les fue fácil volver a habituarse a la comida preparada en el hogar, ya que se acostumbraron al tipo de preparación del Centro (alimento licuado), razón por la cual rechazaban la comida que les daban sus padres.

En el caso de las familias con niños desnutridos en estado grave, siendo la mayoría de condición pobre, no se percibieron cambios favorables que contribuyan a una etapa de continuidad y seguridad nutricional de los niños, a excepción de una sola familia. Continuó la inseguridad alimentaria, situaciones de maltrato infantil, agravamiento en la salud de los niños, falta de aplicación de recomendaciones nutricionales del Centro, persistencia de condiciones de hacinamiento en el hogar, etc. Es en este tipo de familias de extrema pobreza donde la estabilidad nutricional del niño se sitúa en elevado riesgo y precisa adoptar -desde las posibilidades de trabajo social del Centro- otro tipo de intervención, acompañando un intenso trabajo de seguimiento y apoyo preferencial.

Por ello, la intervención social debe abrir nuevos espacios para (re) crear un nivel de conciencia a los padres, para que ellos mismos de acuerdo a sus fortalezas y debilidades sean capaces de producir cambios al interior de sus familias.

10. BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR, Idáñez María José y ANDER-EGG, Ezequiel
1994 Evaluación de servicios y programas sociales. Buenos Aires. LUMEN.
- ALVARADO, Martha L. y otros
2003 La sistematización en Trabajo Social. Una reflexión crítica sobre la práctica profesional. La Paz. Wara.
- BOURDIEU, Pierre y PASSERON
1972 "La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza". Barcelona. LAIA.
- IRIARTE, Gregorio
2004 Análisis crítico de la realidad. Cochabamba. KIPUS. 15ª Edición.
- MAYA, Arnobio
1991 El taller educativo. Santafé de Bogotá DC. Gente Nueva.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
2007 Proyecto "Desnutrición Cero". 2006-2010.
- OMS
1999 Tratamiento de la malnutrición grave: manual para médicos y otros profesionales sanitarios superiores.
- PELLETIER D.L., y FRONGILLO E.A. Jr., y Otros
1995 The effects of malnutrition on child mortality in developing countries, *Bulletin of the World Health Organization*, 73 (in press).
- QUINTERO, V. Ángela María
2001 Módulo III: Metodología de intervención con familias I. En: Intervención social con familias: Nuevos escenarios. Lima. CELATS.
- ROCA M. y ÚBEDA I.
2000 Atención Domiciliaria. En: Sánchez M.A., Aparicio V., Germán C., Mazarrasa L., Merelles A. y Sánchez G. A. Enfermería Comunitaria. Actuación en Enfermería Comunitaria, Sistemas y Programas de Salud. Tomo 3. McGraw-Hill/Interamerica de España, S. A.,
- UNICEF
1998 Informe mundial de la infancia. S.L.
- ZAPATA, Bárbara
2000 Módulo I: Familia y cambio social. En: Intervención social con familias: Nuevos escenarios. Lima. CELATS.
- ZÁRATE, Virginia
2001 Guía para el manejo de grupos en el taller de educación para la sexualidad. La Paz.

De sitios web:

<http://www.rebellion.org/bolivia/040509bol.htm>

11. ANEXOS

ANEXO 1: VARIABLES E INDICADORES

Variables	Indicadores
Estructura familiar	Número de personas que viven y se alimentan en el hogar.
	Definición del (a) jefe de hogar
	Lugares de nacimiento
	Relación de parentesco
	Edad y condición de género de los hijos y otros miembros de la familia
Vivienda	Ubicación de la vivienda (localización)
	Tiempo de residencia en la actual vivienda
	Tipo de tenencia
	Tamaño
	Material y estado de conservación
	Espacios habitacionales
	Servicios básicos con que cuenta la vivienda
	Equipamiento y mobiliario
Ingresos	Ganancias en dinero (diario, semanal, mensual)
	Ganancias en especie
	Porcentaje de las ganancias destinadas a la compra de alimentos
	Estrategias para obtener ingresos: prestamos, <i>aynis</i> , etc
Disponibilidad de recursos	Ganado menor
	Comercio
	Cultivos, huertos
	Estrategias para obtener recursos
Empleo	Ocupación laboral de los padres
	Estabilidad laboral (permanente, temporal)
Educación	Ultimo nivel de educación de los padres
	Analfabetismo
	Situación de abandonos, deserciones y repitencias de l@s hij@s
	Apoyos educativos de los padres a los hijos
	Razones de abandono educativo o de no conclusión
Salud y Alimentación	Enfermedades contraídas (en especial del niño o niña internado)
	Acceso a servicios de salud
	Consumo de bebidas alcohólicas y/o estupefacientes
	Problemas recientes presentados por el o la niña durante su recuperación

	Aplicación de prácticas nutricionales recomendadas por el Centro
	Estrategias asumidas por los padres para la recuperación del niño o niña
	Productos básicos que compone la canasta familiar
	Alimentos que consume el niño o niña
	Número de veces que consume alimentos el niño o niña. Además de los miembros de la familia (desayuno, almuerzo, cena)
	Alimentos que prefiere consumir el niño o niña
Conductual	Relaciones de afecto entre padres y de estos al niño o niña: <u>niveles de preferencia</u>
	Relaciones de conflicto entre padres y de estos al niño o niña. <u>Niveles de rechazo</u>
	Agresiones físicas, verbales o emocionales
	Abandonos
	Comunicación verbal frecuente
	Apoyos entre los padres
	Roles en el hogar: padres y niñ@s
Medio ambiente	Eliminación de basura
	Eliminación de excretas
Cultural	Prácticas rituales
	Uso de lenguas originarias en la comunicación
	Pertenencia étnica y Filiación religiosa

ANEXO 2: FICHA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN (CÓDIGO DE PROBLEMAS)

Cód. d.	Aspectos
0	Económicos
01.	Ingresos insuficientes
02.	Mala administración de recursos
03.	Mala administración de recursos
04.	Deudas contraídas en Banco Sol. (banco solidario)
05.	Deudas de alquileres de la vivienda
06.	Deudas de servicios básicos
07.	Deudas de impuestos pendientes de pago de la vivienda
1.	Salud
10.	Alcoholismo
11.	Drogadicción
12.	Enfermedad crónica
13.	Accidentes
14.	Retardo mental

15.	Higiene corporal
16.	Higiene corporal
17.	Higiene medio ambiente
2.	Vivienda
18.	Falta de vivienda
19.	Desalojo de la vivienda
20.	Vivir de alojado o allegado
21.	Mal estado de la vivienda
22.	Falta de servicios básicos
3.	Trabajo
23.	Desocupado
24.	Falta de permiso municipal
25.	Maltrato laboral
4.	Educación
40.	Analfabetismo
41.	Deserción escolar
42.	Fracaso escolar repitencia
43.	Hijos sin inscripción escolar
44.	Total años rendidos
5.	Educación
50.	Relación conflictiva de los padres
51.	Separaciones
52.	Pelears, discusiones
53.	Infidelidad
54.	Baja autoestima de la madre
55.	Relación de poder (toma de decisiones)
56.	Menores con protección tutelar
57.	Menores dejados a cargo de otras personas
6.	Aspectos culturales
60.	Impedimentos por religión
61.	Situación lingüística (Idioma que habla)
62.	Prácticas rituales

ANEXO 3: ENCUESTA SOCIOECONÓMICA

Apellidos de la familia: _____ N° H. C:

Dirección: _____

1. ¿Cuántas personas duermen y comen en la casa?

Cód.	Nº de personas	X
1	1 a 3 personas	
2	4 a 6 personas	
3	7 a 9 personas	
6	mayor a 10 personas	

2. ¿Quién es jefe de hogar? 1 El padre 2 La madre

3. ¿Cuál es el último nivel de educación que ha sido vencido por el jefe de hogar (padre o madre)?

Cód	Nivel	X
1	Primaria (desde nivel inicial hasta 8º)	
2	Secundaria (desde 1º hasta 4º)	
3	Educación superior (nivel técnico o universitario)	
6	Analfabeto	

4. ¿Cuál es la situación de abandono de los hijos o hijas en la familia?

Cód.	Grado de abandono	X
1	No existe abandono	
2	Existe abandono pero con ayuda económica	
3	Existe riesgo serio de abandono	
6	Existe abandono total y efectivo	

5. ¿Cuál es la ocupación laboral del jefe de hogar (padre o madre)?

Cód.	Ocupación	X
1	Empleado público	
2	Obrero fabril o asalariado (con seguro social)	
3	Pequeño empresario (con más de dos operarios)	
4	Propietario de taller	
5	Comerciante mediano (abarrotes)	
7	Profesor (educación rural)	

8	Empleado de mediana calificación (técnicos)	
9	Pequeño comerciante con puesto fijo	
10	Pequeño comerciante ambulante	
11	Artesano	
12	Pequeño agricultor	
13	Mediano agricultor	
14	Trabajadora de hogar	
15	Jubilado	
16	Portero	
17	Chofer asalariado	
18	Profesional independiente (por cuenta propia)	
19	Empleados de baja calificación: albañil, pintor, plomero, zapatero.	
20	Estibador	
21	Vivandera	
6	Sin ninguna ocupación	

6. ¿El jefe de hogar está afiliado a algún Seguro Social? 1 Sí
6 No

7. ¿Cuál es la situación de tenencia de la vivienda en que habita la familia?

Cód.	Situación de tenencia	X
1	Es propia	
2	Pagan dividendos para adquirirlo	
3	Está en alquiler	
4	Está en anticrético	
5	Están alojados	
7	Están al cuidado	
6	Se encuentra de toma de sitio	

8. ¿Cuáles son las condiciones de infraestructura de la vivienda?

Cód.	Situación de tenencia	X
1	Es sólida y unifamiliar, con más de 150 m ²	
2	Es sólida y unifamiliar con menos de 150 m ²	
3	Es de ladrillo, con reboque y piso de cemento	
4	Es de construcción provisional: adobe, piso de tierra, de 3 y más piezas.	
6	Es de construcción muy provisional: adobe con piso de tierra, de 1 a 2 piezas/en carpas.	

9. ¿Cuáles es el estado de conservación de la vivienda?

1 Es nueva 2 Está refaccionada 3 No es nueva, ni vieja 6 Está vieja y deteriorada

10. ¿La cocina es una pieza independiente en la vivienda? 1 Sí 6 No

11. ¿Cómo se aprovisiona de agua la familia?

Cód.		X
1	Mediante red de cañería	
2	De pileta pública	
3	De pozo	
4	Por acarreo (regalo)	
6	De cisterna	

12. ¿Cómo se provee de energía eléctrica la familia?

Cód.		X
1	Energía eléctrica propia (medidor propio)	
2	Energía eléctrica prestada o clandestina (desvío)	
3	Energía eléctrica compartida	
6	Sin energía eléctrica: se alumbran con vela o mechero	

13. ¿De qué manera la familia elimina la basura?

Cód.		X
1	A carro basurero (cuatro veces a la semana)	
2	A carro basurero (tres veces a la semana)	
3	A carro basurero (dos veces a la semana)	
4	A carro basurero (una vez a la semana)	
5	Queman o botan (botaderos)	
6	Campo abierto	

14. ¿De qué manera la familia elimina excretas?

Cód.		X
1	Fosa séptica (con alcantarillado)	
2	Letrina sanitaria	
3	Pozo ciego	
6	Campo abierto	

15. ¿Qué hace el padre o la madre de familia cuando el niño (niña) se enferma?

Cód.		X
1	Recurre a un Centro de Salud	
2	Recurre a una Posta Médica	
3	Recurre a un Hospital	
4	Acude a un médico particular	
5	Acude a un médico naturista (curandero)	
7	Recurre a prácticas rituales propias	
8	Se automedicamenta	
6	No hace nada	

16. ¿En qué idioma los miembros de la familia se comunica con frecuencia?

1 Castellano 2 Quechua 3 Aimara 4 Otro (_____)

17. ¿Cuál es la filiación religiosa del jefe de familia?

1 Católico 2 Evangélico (protestante) 6 No creyente