

Derecho a la salud mental de la niñez en Huehuetenango: abordaje psicosocial de la prestación de servicios de salud en condiciones de inseguridad alimentaria y desnutrición

*Viviane Yvette Bolaños Gramajo**

RESUMEN

La investigación se propuso profundizar desde un enfoque psicosocial en las acciones de atención de salud que ejecutan los centros de salud de Huehuetenango para atender la niñez afectada por la inseguridad alimentaria y desnutrición en los municipios de Huehuetenango, Chiantla, Aguacatán y San Juan Atitán; así como los paradigmas psicosociales sobre estos servicios. Se utilizó el método cualitativo a través de la entrevista a profundidad de trabajadores de centros de salud y usuarias. Profundizó en acciones que

* Licenciada en Psicología Clínica por la Universidad Rafael Landívar. Polígrafa por el Centro de Investigación y Seguridad Nacional de México, Psicometrista, y Analista Social. Posee entre otros estudios, un diplomado de estudios estratégicos nacionales por el Centro de Estudios Estratégicos Nacionales. Co-Coordinadora del Comité de Divulgación del XXXI Congreso Interamericano de Psicología en 2009 e integrante del Comité Científico del Congreso Nacional de Psicología en 2008. Ha sido catedrática auxiliar de los cursos de psicopatología infantil y psicología del desarrollo II en la Universidad Rafael Landívar. Ha participado en los cursos sobre teoría y práctica de hipnosis clínica del Instituto de Psicología Aplicada (IPSA) y en el IV Coloquio Internacional de Psicoanálisis de la Habana, Cuba: "la dirección de la cura", organizado por la Fundación del Campo Freudiano sede de La Habana de la Nel, Cuba. Ha intervenido como ponente, conferencista y capacitadora en varios eventos organizados por la Universidad de San Carlos de Guatemala, Colegio de Humanidades, Instituto de Previsión Militar, Proyecto Ariadna, Casa de la Cultura de Mixco, Procuraduría de los Derechos Humanos, la Universidad del Valle de Guatemala y la Universidad Rafael Landívar. Se ha desempeñado como asistente técnica en la Procuraduría de los Derechos Humanos de Guatemala, así como psicóloga infantil, adolescentes, de mujeres y adultos mayores; atendiendo a víctimas de violencia intrafamiliar y doméstica; con experiencia en evaluación psicométrica (clínica y orientación vocacional); e intervención en crisis en varias instituciones dentro de las cuales se destaca la Oficina de Atención a la Víctima de la Policía Nacional del municipio de Villa Nueva del departamento de Guatemala, el Bufete Popular de la Universidad Rafael Landívar y la Casa de la Cultura de Mixco. Actualmente se dedica al ejercicio de su profesión liberal como psicóloga clínica.

*DERECHO A LA SALUD MENTAL DE LA NIÑEZ EN HUEHUETENANGO:
ABORDAJE PSICOSOCIAL DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN
CONDICIONES DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y DESNUTRICIÓN*

los centros de salud ejecutan e identificó elementos psicosociales para la atención de la salud mental y bienestar psicosocial de niñez en condiciones de escasez de alimentos. Se identificaron paradigmas psicosociales de los usuarios acerca de la atención de los servicios de salud.

Los resultados de la investigación concluyen en la necesidad de fortalecer el marco normativo de seguridad alimentaria con la inclusión de componentes de salud mental y bienestar psicosocial. Recomendó desarrollar ejes programáticos, estrategias, acciones e identificación de indicadores de salud mental. Promover acciones de prevención y atención de la salud mental de la niñez y sus cuidadores; la formación y participación de lideresas, comadronas en estrategias de promoción; incluir la participación de psicólogos y especialistas en estimulación temprana en programas domiciliarios; instalar centros comunitarios de alimentación.

Palabras clave: Derecho a la salud mental, niñez, Huehuetenango, seguridad alimentaria, desnutrición, política pública, psicosocial.

ABSTRACT

The research was intent on making a deep analysis from a psycho-social approach of the actions of the health centres carried out by the Huehuetenango Health Centers to care for children affected by food insecurity and malnutrition in the municipalities of Huehuetenango, Chiantla, Aguacatán and San Juan Atitán; as well as the psycho-social paradigms on these services. The qualitative method was used through an in-depth interview to workers and users of health centers. It went deeper on actions carried out by the health centers and identified psycho-social elements for the attention of mental health and psycho-social welfare of children under conditions of scarcity of food. Psycho-social paradigms of the users were identified, on the attention provided by the health services.

It concludes with the need to strengthen the framework of food security by including mental health and psycho-social welfare components. It recommended developing programmatic axis, strategies, actions and identification of indicators of mental health. Promote actions of prevention and attention of the mental health of children and their care givers, the training and participation of women leaders, midwives in promotion strategies, include the participation of psychologists and specialists in early stimulation in home programs, and install feeding community centers.

Key words: Right to mental health, childhood, Huehuetenango, food security, malnutrition, public policy. Psycho-social.

Sumario: I. *Introducción:* A. *Objetivo general;* B. *Objetivos específicos;* C. *Elementos de estudio.* D. *Método;* E. *Alcances y límites de la investigación;* F. *Sujetos o unidades de análisis.* II. *Antecedentes y marco teórico:* A. *Estado de situación y respuesta del Estado de Guatemala;* B. *Salud mental y bienestar psicosocial.* III. *Presentación y discusión de resultados:* A. *Acciones de atención a la niñez que ejecutan centros de salud en Huehuetenango;* B. *Otras acciones y recursos a disposición;* C. *Elementos psicosociales que toman en cuenta centros de salud para la atención de la niñez;* D. *Paradigmas psicosociales acerca de la atención de los servicios de salud;* E. *Otros paradigmas psicosociales relacionados con niñez.* IV. *Conclusiones.* V. *Recomendaciones.* VI. *Listado de Abreviaturas.* VII. *Referencias:* A. *Bibliográficas;* B. *Normativas;* C. *Electrónicas;* D. *Varias.*

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se propuso profundizar en las acciones de atención de salud que ejecutan los centros de salud de Huehuetenango para atender la niñez afectada por la inseguridad alimentaria y desnutrición en los municipios de Huehuetenango, Chiantla, Aguacatán y San Juan Atitán. Se propuso profundizar: ¿Qué acciones ejecutan los centros de salud para atender las necesidades de salud mental de la niñez que se encuentra en condiciones de inseguridad alimentaria y desnutrición en Huehuetenango?, ¿Cuáles son los elementos psicosociales que los centros de salud toman en cuenta para atender la salud de la niñez en un contexto de inseguridad alimentaria y desnutrición? y, ¿Cuáles son los paradigmas psicosociales de la población acerca de los centros de salud?

A. Objetivo general

Conocer desde un enfoque psicosocial, las acciones de atención que ejecutan los centros de salud en Huehuetenango para atender la niñez con inseguridad alimentaria y desnutrición; así como los paradigmas psicosociales sobre estos servicios de salud.

B. Objetivos específicos

1. Conocer las acciones que ejecutan los centros de salud en Huehuetenango para atender las necesidades de salud mental de la niñez que se encuentra en condiciones de inseguridad alimentaria y desnutrición en Huehuetenango.
2. Identificar elementos psicosociales que los centros de salud toman en cuenta para atender la salud de la niñez en un contexto de inseguridad alimentaria y desnutrición.

3. Identificar paradigmas psicosociales de la población acerca de los servicios para la niñez en centros de salud.

C. Elementos de estudio

1. Salud

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades.” (OMS, 1946).

“El objetivo es lograr un nivel de salud y condiciones ambientales adecuadas para que el organismo humano pueda utilizar adecuadamente las sustancias nutritivas contenidas en los alimentos que ingiere”¹.

2. Salud mental

“La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”².

3. Derecho a la salud

“El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna”³.

4. Derecho a la salud de la niñez

“Los Estados Parte reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Parte se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios”⁴.

“Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho, a un nivel de vida adecuado y a la salud, mediante la realización de políticas sociales públicas que les

1 Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Guatemala. 2005. Mimeo.

2 Organización Mundial de la Salud *¿Qué es la salud mental?* 2007. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>. Consultado el 3 de septiembre de 2007.

3 Constitución Política de la República de Guatemala. Artículo 93. Derecho a la salud. 1985.

4 Asamblea General de las Naciones Unidas. *Convención sobre los Derechos del Niño*. Artículo. 24. Numeral 1.1989.

permitan un nacimiento y un desarrollo sano y armonioso, en condiciones dignas de existencia”⁵.

“Queda asegurada la atención médica del niño, niñas y adolescente a través del sistema de salud pública del país, garantizando el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para promoción, protección y recuperación de la salud. Los niños, niñas y adolescentes que sufran deficiencia diagnosticada recibirán atención especializada.”⁶

5. **Derecho a la seguridad alimentaria y nutricional**

“El Derecho a la Alimentación. Según el Artículo 11 del Pacto Internacional para los derechos Económicos Sociales y Culturales, todo Estado está obligado a garantizar a las personas bajo su jurisdicción el acceso a la mínima alimentación esencial que sea suficiente, adecuada y segura desde el punto de vista nutricional, a fin de garantizar que estén libres del hambre. Las obligaciones del Estado son las siguientes: respetar, proteger y hacer cumplir el derecho a la alimentación. El Estado está obligado a abstenerse de impedir que los individuos y los grupos se alimenten cuando dicha capacidad exista (respetar), y a evitar que terceros –en particular actores privados como las empresas– socaven dicha capacidad (proteger). Finalmente, se insta al Estado a fortalecer de manera activa la capacidad de los individuos de alimentarse (hacer cumplir)”⁷.

“...el derecho de toda persona a tener acceso físico, económico y social, oportuna y permanentemente, a una alimentación adecuada en cantidad y calidad, con pertinencia cultural, preferiblemente de origen nacional, así como a su adecuado aprovechamiento biológico, para mantener una vida saludable y activa”⁸.

6. **Inseguridad Alimentaria y Nutricional**

“Situación en la cual las personas carecen de capacidades para tener acceso físico, económico o social, a una alimentación adecuada en cantidad y calidad, así como a un buen aprovechamiento biológico, que limita su desarrollo.”⁹

5 Congreso de la República de Guatemala. *Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia*. Decreto número 27-2003. Artículo 25. Nivel de vida adecuado. 2004.

6 *Ibid.* Artículo 28. Sistema de salud. 2004.

7 Organización de Naciones Unidas. Conclusiones preliminares del Relator Especial de la Naciones Unidas sobre el Derecho a la Alimentación Misión a Guatemala. 3-5 de septiembre de 2009. Ginebra y Guatemala: OMS. 2009.

8 Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Decreto número 32-2005. Capítulo I. Disposiciones Generales. Artículo 1. Concepto. 2005.

9 Reglamento de la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Acuerdo Gubernativo Número 75-2006. 2006. Capítulo I. Disposiciones Generales. Artículo 2. Definiciones. Numeral 11. Inseguridad Alimentaria y Nutricional.

7. **Desnutrición**

“Acción y efecto de desnutrirse”¹⁰.

“La desnutrición, que se manifiesta como retraso del crecimiento (talla baja para la edad) y peso inferior al normal (peso bajo para la edad), es a menudo un factor que contribuye a la aparición de las enfermedades comunes en la niñez y, como tal, se asocia con muchas causas de muerte de los niños menores de 5 años”¹¹.

“Estado fisiológico anormal a consecuencia de una ingesta alimentaria deficiente en energía, proteína y/o micronutrientes o por absorción deficiente de éstos, debido a enfermedades recurrentes o crónicas”¹².

8. **Desnutrirse**

“Dicho de un organismo: Depauperarse por trastorno de la nutrición”¹³.

9. **Desnutrición crónica**

“Se manifiesta por una baja talla de acuerdo a la edad del individuo, a consecuencia de enfermedades recurrentes y/o una ingesta alimentaria deficiente y prolongada. Este tipo de desnutrición disminuye permanentemente las capacidades físicas, mentales y productivas del individuo, cuando ocurre entre la gestación y los treinta y seis (36) meses de edad”¹⁴.

10. **Bienestar psicosocial del niño en situaciones de escasez de alimentos**

“Para que el niño tenga un desarrollo positivo es esencial que entre el lactante y su madre (u otra persona que lo cuide) exista un fuerte vínculo creado por la estimulación psicosocial. La formación de ese vínculo en las primeras fases de la vida es un paso esencial que sienta las bases para el posterior desarrollo

10 Diccionario de la Real Academia Española. 22ª. Edición. Desnutrición. Disponible en: [http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta? TIPO BUS=3&LEMA=desnutrición](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=desnutrición) Consultado en septiembre de 2009.

11 Organización Mundial de la Salud. Salud mental y bienestar psicosocial del niño en situaciones de gran escasez de alimentos. WHO/MSD/MER/06.1. 2004.

12 Reglamento de la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Acuerdo Gubernativo Número 75-2006. 2006. Capítulo I. Disposiciones Generales. Artículo 2. Definiciones. Numeral 4. Desnutrición.

13 Diccionario de la Real Academia Española. Vigésima Segunda Edición. Desnutrirse. http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=desnutrición

14 Reglamento de la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Acuerdo Gubernativo Número 75-2006. 2006. Capítulo I. Disposiciones Generales. Artículo 2. Numeral. 6.

cognitivo, emocional y social. La alimentación y la prestación de otros cuidados ofrecen oportunidades de estimulación psicosocial y ayudan a establecer vínculos positivos entre el niño y quienes lo cuidan”¹⁵.

11. Estimulación psicosocial

“Se refiere a la estimulación física que proporciona el medio a través de los sentidos (visión, audición, tacto), así como a la estimulación emocional proporcionada por el vínculo afectivo entre el cuidador y el niño”¹⁶.

12. Paradigmas

Son “...nuevas formas de comprender y actuar, las cuales a su modo de ver, debían considerar tres elementos importantes: a) la relatividad cultural; b) la diversidad humana y el derecho de la gente a acceder a los recursos de la sociedad y elegir sus metas y estilo de vida y c) la ecología o ajuste entre personas y ambiente en el que se destaca el social como un determinante del bienestar humano. La consideración de estos elementos requiere el desarrollo de recursos humanos, el compromiso con la actividad política orientada al cambio social y una actitud científica dirigida a la investigación y conceptualización, aspectos de difícil integración”¹⁷.

D. Método

La investigación utilizó el método cualitativo a través de la entrevista a profundidad. Según García, Ibáñez y Alvira, este método:

“...se trata de una técnica intensiva en la que se abordan no solamente las opiniones del individuo interrogado, sino incluso su propia personalidad; la entrevista <enfocada> parte de una determinada experiencia del sujeto cuyos efectos quieren analizarse (en el modelo propuesto por Merton y sus colaboradores, la exposición a un determinado flujo de información que provee de guión a la entrevista) ... El guión de la entrevista, y la intervención en ella del investigador, puede ser más o menos detallado: en el caso mínimo (non-directive interviews) el papel del investigador se reduce a iniciar la entrevista, que se desarrolla en la práctica como un monólogo del entrevistado, reorientado por el investigador sólo cuando resulta imprescindible”¹⁸.

15 Programa para la Desnutrición Crónica, PRDC. Guatemala. 2006. Mimeo.

16 *Ibid.*

17 Wiesenfeld, Esther. Paradigmas de la psicología social-comunitaria latinoamericana. Universidad Central de Venezuela. http://www.robertexto.com/archivo13/paradig_psico-social.htm Consultado en septiembre de 2009.

18 García Ferrado, Manuel; Ibáñez, Jesús y Alvira, Francisco. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Universidad Textos. 1998.

Una limitante en la aplicación de este método es la restricción de la entrevista a profundidad a una relación del plano de relaciones sociales debido a una "... simple relación entre entrevistador y entrevistado." Sin embargo, la entrevista a profundidad permite la elaboración primaria de textos permitiendo la palabra a emisores sociales. Los participantes en esta técnica pueden plantear sus propias preguntas: "*En la perspectiva estructural, el sujeto es integrado parcial y transitoriamente. Parcialmente, en cuanto es incorporado, aunque sólo a nivel de contenido de las comunicaciones, tienen que decidir lo que sin su decisión sería indecible, la pertinencia de los datos que capta o de las interpretaciones que desimponen. Transitoriamente, en cuanto es incorporado sólo tácticamente a nivel relacional de las comunicaciones: por táctica admite como interlocutores válidos a los sujetos que están en su campo de observación, pero dentro de una estrategia que tiende a remachar su objetivación*"¹⁹.

Según García, Ibáñez y Alvira, "... la entrevista abierta debe ser en toda su extensión una técnica abierta (valga la redundancia). El uso de cuestionarios o guías está fuera de lugar." No obstante, según el método, se dotó de información inicial al entrevistado para catalizar el proceso de intercambio de información.

El método utilizado se implementó previo a la selección de las personas entrevistadas y de la elección de la propuesta del tema para hablar. La escucha, como elemento permanente y sensible, quedó acotada a lo pertinente del tema. Finalmente el proceso de interpretación y análisis derivó de la apertura a la escucha para permitir el proceso de cualquier emergente inesperado.

E. Alcances y límites de la investigación

La presente investigación se ejecutó en centros de salud del departamento de Huehuetenango; en municipios que presentan altos o muy altos índices de desnutrición. Se incluyó la cabecera departamental por ubicarse en este lugar la Dirección del Área de Salud de este departamento.

En Huehuetenango, Chiantla y Aguacatán se entrevistaron a trabajadores de los centros de salud. En estos municipios y en San Juan Atitán fueron entrevistados usuarios para conocer los paradigmas que rodean la prestación y uso de los servicios de salud. La limitación por manejo

¹⁹ *Ibid*

de idiomas distintos, tiempo y de recurso a disposición para abarcar un mayor número de personas entrevistadas, debe considerarse con cautela en futuras investigaciones para evitar generalizar los resultados de este estudio a una muestra mayor.

Debido que la selección de las personas a entrevistar se hizo de forma aleatoria simple al momento de la visita, la presente investigación debe considerarse como un primer esfuerzo para conocer las acciones de atención de salud física y mental de niños implementadas por los centros de salud de cada comunidad.

La investigación en los centros de salud y usuarios que viven en comunidades directamente afectadas por la desnutrición infantil, permitió identificar los elementos psicosociales que consideran los trabajadores que afectan la prestación y uso de los centros de salud, así como los paradigmas psicosociales de madres de menores de edad, referente a los servicios prestados por estos centros.

F. Sujetos o unidades de análisis

Se seleccionó el departamento de Huehuetenango para la presente investigación por encontrarse un alto índice de desnutrición según el Informe Final del Tercer Censo Nacional de Talla en Escolares de Guatemala de 2008.

La selección de las personas a entrevistar se hizo de forma aleatoria simple en el momento de la visita a los centros de salud. Se solicitó sin embargo, que la persona a entrevistar estuviera a cargo del mismo o tuviera conocimiento y experiencia acerca de la dinámica de atención del centro de salud.

Se entrevistaron un total de cuatro personas que laboran en los centros de salud: Una trabajadora social que labora como Coordinadora de Promoción en el Centro de la Dirección del Área de Salud del departamento de Huehuetenango, dos enfermeras profesionales que laboran en el Centro de Salud de Aguacatán y una enfermera profesional del Centro de Salud de Chiantla.

El mismo criterio se utilizó para la selección de usuarios de los centros de salud en Aguacatán, Chiantla, San Juan Atitán y Huehuetenango. Se seleccionó a una madre que estuviera egresando del centro de salud y una madre que caminara en un lugar aledaño al centro; ambas que fueran

madres de hijos menores de cinco años y que estuvieran de acuerdo con la entrevista. En total fueron entrevistadas 8 personas.

Se utilizó el muestreo aleatorio simple, en virtud que: “...la selección de los elementos de la muestra se hace en una sola etapa, directamente y sin reemplazamiento. El muestreo aleatorio simple se aplica, fundamentalmente, en investigaciones sobre poblaciones pequeñas, plenamente identificadas”²⁰.

II. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

A. Estado de situación y respuesta del Estado de Guatemala

Según la Organización Mundial de la Salud²¹, alrededor de 10 millones de niños menores de cinco años mueren cada año; esto representan más de 1,000 muertes cada hora. Según esta organización, la mayoría de estos niños podrían sobrevivir y prosperar de tener acceso a intervenciones adecuadas y oportunas. Es un hecho que el riesgo de morir es mayor en niños menores de cinco años, especialmente durante el primer mes de vida.

La desnutrición es una condición de riesgo que se encuentra presente en más de la mitad de las muertes en la niñez. También la neumonía es causa de muerte infantil de menores de cinco años; esta enfermedad también deriva de una alimentación inadecuada y contaminación ambiental. Se calcula que cerca de 20 millones de niños menores de cinco años padecen de desnutrición crónica y que cerca de tres cuartos de estos niños mayores de seis meses pueden ser tratados con terapias alimentarias, incluso en casa y en condiciones de higiene que puedan no ser las ideales²². Guatemala ocupa el primer lugar de América Latina y cuarto lugar a nivel mundial en prevalencia de desnutrición crónica infantil según el índice de talla para edad²³.

Los esfuerzos del Estado, no obstante, son insuficientes debido a la presencia de desigualdades y pobreza en la población guatemalteca debido que el 50.9% de la población vive bajo el umbral de la pobreza y el 15.2% en extrema pobreza que se concentra en zonas rurales, particularmente presente en la población indígena; todo ello redundando en altos niveles de mala nutrición²⁴.

²⁰ *Ibid.*

²¹ Organización Mundial de la Salud. *¿Qué es la salud mental?* 2007. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>. Consultado el 3 de septiembre de 2007.

²² *Ibid.*

²³ Organización de las Naciones Unidas para la Infancia. *Estado Mundial de la Infancia 2008*.

²⁴ Organización de Naciones Unidas. Conclusiones preliminares del Relator Especial de la Naciones Unidas sobre el Derecho a la Alimentación Misión a Guatemala. *Op. cit.*

La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI, 2002), revela una prevalencia nacional de 49.3% de desnutrición crónica y de 2% de desnutrición aguda en niños menores de cinco años. La desnutrición crónica tiene una prevalencia de 55.5 en el área rural, de 69.5 en indígenas y de 65.6 en personas sin educación. El gobierno de Guatemala reconoce la dimensión de la desnutrición:

“El problema de la desnutrición en sus distintos niveles y tipos tiene un origen multi-causal, en donde la inseguridad alimentaria y nutricional que prevalece en el país obedece a problemas estructurales y coyunturales que afectan la disponibilidad, el acceso económico así como el consumo de los alimentos por razones culturales y educacionales que determinan los patrones alimentarios de la población, así mismo el inadecuado aprovechamiento biológico de los alimentos, derivado de las precarias condiciones ambientales, falta de acceso al agua segura, episodios frecuentes de enfermedades infecciosas y diarreicas, y hasta ahora limitado acceso a los servicios básicos de salud.”²⁵

Según el Programa para la Desnutrición Crónica (PRDC), uno de cada dos menores de cinco años padece de desnutrición crónica; en algunos municipios la relación es mayor, en hasta ocho de cada diez niñas y niños. La desnutrición crónica tiene mayor prevalencia en el área rural, en la población infantil indígena, hijo de madres con escolaridad muy baja, particularmente en las regiones noroccidental, norte y suroccidental:

“...en Guatemala, sólo el 16% de niños menores de 12 meses alcanzan un consumo energético suficiente. Únicamente el 35% de niños menores de 12 meses alcanza la suficiencia proteica necesaria. Existen experiencias exitosas en la utilización de alimentos complementarios tanto en el Estudio Longitudinal de Oriente realizado por el INCAP en Guatemala, como en programas de México y Chile”²⁶.

El Tercer Censo Nacional de Talla clasificó al 54.4% de niños y niñas como normal en su relación talla y edad, no obstante el 45.6% con retardo en talla o con desnutrición crónica; de éste, 32.9% con retardo en talla moderado y 12.7% con retardo en talla severo. Observó que este retardo posee mayor prevalencia en el área rural (49.7%), en niños y niñas cuyo idioma materno no es el español (62.5%), con mayor prevalencia en niños y niñas de habla Chortí (80.7%), Akateco (79.1%) e Ixil (76.9%).

25 Plan Estratégico de Seguridad Alimentaria y Nutricional. PESAN 2009-2012.

26 Programa para la Desnutrición Crónica, PRDC. Guatemala. 2006. Mimeo.

DERECHO A LA SALUD MENTAL DE LA NIÑEZ EN HUEHUETENANGO:
ABORDAJE PSICOSOCIAL DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN
CONDICIONES DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y DESNUTRICIÓN

Según categoría de vulnerabilidad nutricional por departamentos, Huehuetenango se ubica como prevalencia de retardo de talla o desnutrición crónica muy alta (62.8%). En orden de prevalencia los municipios en Huehuetenango con retardo de talla son: San Juan Atitán (91.4%), Santiago Chimaltenango (82.1%), San Miguel Acatán (80.6%), San Mateo Ixtatán (79.7%), San Rafael La Independencia (79.2%), San Gaspar Ixchil (74.7%), Santa Eulalia (74.4%), Colotenango (73.8%), Santa Cruz Barillas (73.2%), San Rafael Petzal (72.5%), San Sebastián Huehuetenango (72.2%), Tecticán (71.8%), San Juan Ixcoy (71.3%), Concepción Huista (70.4%), Santa Bárbara (69.2%), San Sebastián Coatán (67.5%), Todos Santos Cuchumatán (67.4%), San Pedro Necta (66.5%), San Idelfonso Ixtahuacan (64.1%), Aguacatán (63.7%), San Pedro Soloma (60.2%), Nentón (60.2%), Chiantla (56.9%), La Libertad (54.4%), Jacaltenango (53.6%), Cuilco (52.4%), Unión Cantinil (50.9%), La Democracia (47.9%), San Antonio Huista (44.1%), Malacatancito (39.9%), Santa Ana Huista (35.7%), Huehuetenango (30.1%)²⁷.

Según un estudio realizado, en julio de 2009 alrededor de 36,000 familias enfrentaban inseguridad alimentaria en Petén, Quiché, Alta Verapaz, Izabal, San Marcos y Huehuetenango, calculándose un total de 48,000 familias con inseguridad alimentaria de las cuales 5,500 presentaban inseguridad alimentaria severa²⁸.

“La situación de seguridad alimentaria presenta áreas críticas, donde en agosto se reportó un incremento en los casos de desnutrición aguda en niños menores de 5 años en los departamentos del llamado ‘corredor seco’. Esta situación se debe a una combinación de sucesos que datan, por lo menos, del año pasado. La pobre o nula fertilización de los cultivos de subsistencia el año pasado, debido al alto costo de los insumos así como al atraso en la entrega del producto subsidiado por parte del gobierno, ocasionó una reducción en los rendimientos en los agricultores de subsistencia, a pesar de un régimen de lluvias bastante favorable durante 2008. Esta disminución tuvo un impacto directo en la cantidad de granos disponibles para el autoconsumo este año, con reservas menores que se depletaron aproximadamente un mes antes de lo normal, dando inicio de manera prematura a la temporada anual de escasez de alimentos.”²⁹.

27 Ministerio de Educación, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Tercer Censo Nacional de Talla en Escolares del Primer Grado de Educación Primaria del Sector Oficial de la República de Guatemala. Guatemala, del 4 al 8 de agosto de 2008. Informe Final. Guatemala. 2009. Mimeo.

28 Estudio de Seguridad Alimentaria en emergencias (EFSA, en sus siglas en inglés). Realizado en colaboración con SESAN, MFEWS, PNUD.

29 United States Agency Guatemala. *Situación de Seguridad Alimentaria*. 2009. Disponible en: http://www.redhum.org/archivos/pdf/ID_6318_MS_Redhum_GT- Informe_MFEWS_Informe_de_seguridad_alimentaria_al_mes_de_septiembre_MFEWS_GT-20093009.pdf. Consultado en septiembre de 2009.

En el mes de septiembre 2009 el Gobierno socializó la lista de necesidades inmediatas priorizando los sectores de salud, seguridad alimentaria, nutrición y agricultura así también inició la compra de suministros de salud, nutrición y semillas para atender la crisis. Alrededor del 30% de mujeres embarazadas y lactantes de Alta Verapaz, Zacapa y Jalapa se encuentran en riesgo de padecer desnutrición³⁰. Como medida de atención inmediata a los casos de desnutrición aguda que se incrementaron durante el presente año, el gobierno decretó Estado de Calamidad e inició la distribución de alimentos en áreas de mayor riesgo.

En respuesta a las condiciones de riesgo de padecer de desnutrición crónica en Guatemala, derivado de las condiciones de exclusión y violación del derecho de seguridad alimentaria y nutricional, el Estado de Guatemala (con participación legítima de distintos actores institucionales y sociales) culminó en 2005 el diseño de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN) y discute la naturaleza, estructura y funciones del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINASAN); de los que posteriormente derivarían en el Plan Estratégico Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2009-2012 (PESAN) y el Programa para la Desnutrición Crónica 2006-2016 (PRDC), ambos actualmente ejecutados por la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN).

La PSAN prioriza la población infantil vulnerada a niños y niñas de 0 a 3 años, particularmente indígenas; a mujeres embarazadas y lactantes, particularmente indígena extremadamente pobre; pueblos indígenas en extrema pobreza; grupos sociales en situación de pobreza extrema; adultos mayores en situación de vulnerabilidad; población inmuno deprimida, población altamente desnutrida que requiere dieta especial y discapacitados en situación de vulnerabilidad.

Guatemala cuenta con la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Decreto 32-2005), en la que se norma disposiciones generales (entre otras asume la PSAN como una política de Estado), crea el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINASAN), crea el Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASAN); crea la SESAN; define el cargo del Secretario de Seguridad Alimentaria y Nutricional; crea la Instancia de Consulta y Participación Social (INCOPAS); entre otros aspectos normativos (la asignación presupuestaria mínima para la ejecución de estrategias, programas y acciones del Ejecutivo en garantía del derecho).

30 Organización de Naciones Unidas. Inseguridad Alimentaria y Nutricional en Guatemala. Informe de Situación No. 3. Oficina del Coordinador Residente. *Op. cit.*

DERECHO A LA SALUD MENTAL DE LA NIÑEZ EN HUEHUETENANGO:
ABORDAJE PSICOSOCIAL DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN
CONDICIONES DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y DESNUTRICIÓN

El Reglamento de la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Acuerdo Gubernativo 75-2006) define la estructura orgánica y funcional de la SESAN. Asimismo norma la dinámica de participación y coordinación interinstitucional mediante la Comisión Coordinadora de Enlaces Institucionales (CCI) y la creación de Centros de Coordinación e Información del PRDC (CCI) con despliegue descentralizado con cobertura nacional.

El PESAN 2009-2012 contempla como objetivo superior: *“Implementar los mecanismos de coordinación interinstitucional para el abordaje de las intervenciones de forma integral y sostenible, orientada a la reducción del riesgo de inseguridad alimentaria y nutricional y la desnutrición crónica, atendiendo las poblaciones vulnerables en los municipios priorizados.”* Como uno de sus objetivos estratégicos: *“Ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud, agua, saneamiento básico e higiene familiar y comunitaria, para reducir la desnutrición crónica.”*

Orienta al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) a fortalecer los servicios de atención y prevención de la salud mediante la aplicación de los servicios y ejecución de componentes directos de la Estrategia Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica (ENRDC). Se identifican cinco ejes estratégicos:

1. Fomentar la disponibilidad alimentaria con énfasis en la producción de granos básicos para contribuir a la autosuficiencia alimentaria del país.
2. Promover el acceso a la población a la canasta básica de alimentos.
3. Promover la educación y comunicación en alimentación y nutrición para mejorar el consumo de alimentos, promover la lactancia materna exclusiva y contribuir a la reducción de la desnutrición crónica.
4. Ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud, agua, saneamiento básico e higiene familiar y comunitaria para reducir la desnutrición crónica.
5. Fortalecer las capacidades institucionales del SINASAN y de la Sociedad Civil para contribuir a la reducción de la inseguridad alimentaria y nutricional de la población.

Como objetivos operativos del eje estratégico de promoción de la educación se definen: 1. Fortalecer los programas de educación y alimentación en el nivel preescolar y escolar, en el contexto del programa Mi Familia Aprende. 2. Fortalecer el funcionamiento de Hogares Comunitarios para la atención integral a niños y niñas menores de 6 años. Y como objetivos operativos del eje estratégico de salud, agua, saneamiento básico e higiene familiar y comunitaria para reducir la desnutrición crónica: 1. Mejorar la calidad y acceso a los servicios de salud para fortalecer los componentes

directos de la ENRDC. 2. Fortalecer la prestación de los servicios de salud en el marco de la ENRDC. 3. Incrementar la cobertura de servicios y la infraestructura de agua y saneamiento.

Indicadores contemplados por PESAN acerca del aprovechamiento biológico relacionados con salud (identificados según nombre): 1. Reducción de la mortalidad y morbilidad por enfermedades transmitidas por agua y alimentos. 2. Reducción de la desnutrición crónica. 3. Familias que consumen agua segura. Otros indicadores para monitoreo del PESAN en materia de salud (según nombre): Niños y niñas participantes en el programa que son evaluados en relación al peso y talla, así como el desarrollo social, psicológico y motriz, capacitar al recurso humano en temas de salud y nutrición que contribuya a una mejor prestación de los servicios a la población, servicios de salud que mejoran su atención a través de la dotación de recurso humano, servicios de salud dotados con equipo e insumos, servicios de salud que proveen servicios básicos, abastecer los servicios de salud con alimento complementario (Vitacereal), plan de comunicación local que se enfoque en la socialización y concientización de las familias para el consumo de agua segura y el saneamiento ambiental, plan de capacitación para técnicos de cohesión social en temas varios para el manejo y tratamiento del agua es implementado, capacitación brindada a la población a través del programa de educación sanitaria y ambiental, 130 municipalidades que mejoran la calidad del agua a través de regulaciones para la disposición de aguas servidas y desechos sólidos.

Finalmente, el PESAN reconoce 23 municipios prioritarios en Huehuetenango, entre éstos San Juan Atitán y Aguacatán. En tanto que el PRDC fue diseñado para ejecutarse con un enfoque preventivo y se orienta fundamentalmente a la atención núcleo madre-hijo desde la concepción hasta los primeros dos años de vida. La población a la que se dirige este programa son niñas y niños de 0 a 5 años, mujeres embarazadas y madres lactantes y otros miembros de las familias según la prevalencia del indicador talla/edad.

Como componentes directos de la política se identifican: servicios básicos de salud, educación alimentaria y nutricional, lactancia materna y alimentación complementaria. Como componentes de viabilidad y sostenibilidad: agua y saneamiento básico, mejoramiento de la economía familiar y organización comunitaria. Para la implementación del programa fue elaborada una fórmula de alimento por el Dr. Ricardo Bressani denominada VITACEREAL con base de harina de maíz y soya, fórmula fortificada. El desarrollo, dotación y distribución del alimento cuenta con

DERECHO A LA SALUD MENTAL DE LA NIÑEZ EN HUEHUETENANGO:
ABORDAJE PSICOSOCIAL DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN
CONDICIONES DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y DESNUTRICIÓN

el apoyo del Programa Mundial de Alimentos (PMA), Organización de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Como ejes transversales se identificaron en la PRDC: información, educación y comunicación, coordinación intra e interinstitucional, participación comunitaria, fortalecimiento institucional. Como estrategias: integralidad, articulación y generación de alianzas, descentralización, focalización, sensibilización y cabildeo. Y define el monitoreo y evaluación a través del Centro de Información y Coordinación del SAN (CICSAN).

El MSPAS³¹, define como objetivo estratégico en el marco de su participación en el PESAN: “Contribuir a la reducción de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 60 meses por medio de un programa integral que incluya servicios básicos de salud; educación nutricional comunitaria y alimentación complementaria para grupos vulnerables”. Y como objetivos específicos: 1. Mejorar el aprovechamiento biológico de nutrientes a través del fortalecimiento de los servicios de salud para la prevención y reducción de enfermedades infecciosas y otras deficiencias prevalentes en la infancia. 2. Mejorar las prácticas alimentarias y de cuidado del niño, a través de programas de educación y consejería en alimentación, nutrición y salud, desarrollados por “vigilantes de salud” y grupos comunitarios de apoyo a las madres encargadas del cuidado del niño. 3. Incrementar la ingesta de nutrientes (energía, proteína y micronutrientes) en el 100% de niños/niñas menores de 36 meses, de comunidades con alta vulnerabilidad social y daño nutricional, por medio de una papilla que será entregada como parte del Conjunto de Servicios Básicos de Salud.

Asimismo define cuatro componentes de participación en la estrategia: 1. Programa Comunitario de Educación Alimentaria y Nutricional. 2. Conjunto de Servicios Básicos de Salud. 3. Suplementación con micronutrientes. 4. Alimentación complementaria a población vulnerable. Para llevar a cabo esta tarea, se contempla contar por cada 100 mil habitantes con un facilitador institucional, cuatro supervisoras técnicas de campo, dos educadoras del hogar, diez facilitadores comunitarios, un médico ambulatorio, sesenta y siete vigilantes monitoras de salud; cada vigilante es responsable de un sector de 20 ó 30 familias³².

31 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Participación del sector salud en la Estrategia Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica*. Presentación Power Point. 2008.

32 *Ibid.*

La Organización de Naciones Unidas a través del Relator Especial del Derecho a la Alimentación, Sr. Olivier De Schitter, realizó una visita al país los días 3 y 5 de septiembre de 2009 para dar seguimiento a las condiciones de alimentación y las acciones implementadas por el Gobierno de Guatemala para atender la seguridad alimentaria y nutricional. Durante su visita, el relator reconoció como una fortaleza la adopción de una ley marco sobre el derecho de alimentación³³ así como la ejecución de iniciativas a poblaciones pobres coordinadas por el Consejo de Cohesión Social³⁴. No obstante, señaló que pese a la existencia de este marco, la protección jurídica del derecho a la alimentación sigue siendo insuficiente ya que ni la Corte de Constitucionalidad ni los tribunales ordinarios han protegido el derecho a la alimentación contra violaciones. Al respecto reconoce la labor de la Oficina del Procurador de los Derechos Humanos y del desarrollo de indicadores para mejorar la vigilancia y rendición de cuentas.

Observó que los programas del Consejo de Cohesión Social podrían ser objeto de mejora si se basan en un mapeo idóneo de la vulnerabilidad e inseguridad alimentaria, si se identifica claramente a los beneficiarios, si se les informa mejor sobre los derechos que tienen al considerarse dentro del programa, si se desarrollan mecanismos para que puedan participar en el diseño, ejecución y evaluación del mismo. En este sentido, acogió con beneplácito la invitación de la Primera Dama de estudiar a fondo la forma en la que puedan integrarse estos principios y expresó su expectativa que estos programas sean institucionalizados y pasen a formar parte del ordenamiento jurídico nacional ejecutados a través del Ministerio de Desarrollo Social, con el objeto de mejorar su sostenibilidad y transparencia.

El Relator reconoció como un hecho alentador el acuerdo para diseñar una Política de Desarrollo Integral que permita atender las desigualdades existentes en el acceso a la tierra, promover la producción agroecológica, promover mejoras en procesos de producción y comercialización de los cultivos, favorecer la implementación de recursos públicos para la agricultura en beneficio de agricultores y pequeños productores. También expresó su preocupación acerca de los esfuerzos por garantizar el derecho al trabajo ya que la Inspectoría Laboral no cuenta con suficiente personal para velar por el cumplimiento de este derecho y el marco normativo es limitado con respecto a las condiciones impuestas a la hora de reclamar los salarios causados. Al respecto, es necesario fomentar la mediación y

33 Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINASAN).

34 El Relator Especial sobre el Derecho a la Alimentación se refirió al programa Mi Familia Progresá.

diálogo en grandes plantaciones para erradicar el uso de la fuerza ante inconformidades.³⁵

B. Salud mental y bienestar psicosocial

El desarrollo del niño implica cambios somáticos, neurológicos, afectivos y sociales. Alrededor de la vigésimo cuarta semana el infante prematuro puede abrir y cerrar los ojos, succionar, llorar, mirar hacia arriba, hacia abajo y alrededor, incluso sujetar objetos si se le colocan en las manos. Un estudio descubrió que el feto a las 28 semanas es capaz de aprender. Este estudio descubrió que los infantes de madres que leyeron en voz alta a sus hijos preferían el sonido de una historia particular y otras historias después de nacer.

Según Feldman, clasifica en dos los factores que poseen un impacto en el desarrollo del infante: las influencias genéticas y las influencias ambientales. Las influencias genéticas están relacionadas a la salud cromosómica de sus organismos. Algunas dificultades que se identifican se relacionan a: a) la presencia de fenilcetonuria (FKU) que genera acumulación tóxica que puede derivar en retraso mental profundo; b) anemia de células falciformes que deriva en falta de apetito, estómago inflamado, ojos amarillentos y dificultades cognitivas; c) enfermedad de Tay-Sachs que deriva en incapacidad para descomponer la grasa; d) Síndrome de Down, una de las causas de retraso mental.

Pero además, las influencias ambientales también poseen un impacto en el crecimiento y desarrollo del infante y se relacionan a la crianza de la ecuación herencia-medio ambiente: a) nutrición y estado emocional de la madre que puede tener repercusiones importantes en la salud del bebé. Tiene que ver con desnutrición que afecta el desarrollo con alta posibilidad de dar a luz bebés con bajo peso y desnutridos. Esta condición hace a los infantes susceptibles de enfermedades con impacto en su desarrollo mental. Madres ansiosas y tensas son propensas a tener infantes irritables que duermen y comen en forma deficiente; b) enfermedades de la madre con consecuencias devastadoras en el feto si se contraen en la primera parte del embarazo tal como la rubéola, sífilis, diabetes, hipertensión, SIDA; pero que pueden transmitirse después del nacimiento y durante el amamantamiento; c) consumo materno de drogas conlleva el riesgo de dar a luz bebés adictos con síndrome de abstinencia dolorosos y en ocasiones

³⁵ Organización de Naciones Unidas. Conclusiones preliminares del Relator Especial de la Naciones Unidas sobre el Derecho a la Alimentación Misión a Guatemala. *Op. cit.*

manifiestan deterioro físico y mental permanente; d) el consumo de alcohol y nicotina derivan en retraso mental y en el crecimiento.

La ciencia ha demostrado que alrededor del 40% de las habilidades mentales se desarrollan en el período prenatal y de la primera infancia. Este desarrollo se potencializa con intervenciones nutricionales que mejoran el desarrollo neurológico y psicosocial en la niñez. Se sabe que en este proceso la estimulación temprana y las experiencias afectivas positivas mejoran/ crean condiciones idóneas para el desarrollo. Como factores exógenos debe considerarse la salud y medio ambiente ya que éstas también inciden en la nutrición y desarrollo infantil³⁶.

Según UNICEF³⁷, una forma de comprender el vínculo afectivo que garantiza un mejor desarrollo del niño o niña es a través de la teoría del *attachment* que permite comprender el desarrollo socio emocional en la niñez. El *attachment* es el vínculo afectivo entre la madre y el hijo primariamente como una conducta instintiva de sobrevivencia pero que en el transcurso del desarrollo, derivado de un proceso mediático de sistemas comportamentales influye y caracteriza la conducta afectiva así como el aprendizaje de habilidades sociales y de relacionamiento. La ausencia de un adecuado proceso de apego y desapego en la niñez crea condiciones de estrés que limitan al niño la experiencia y exploración que necesita para conocer el mundo y desarrollarse.

“El apego, el lazo emocional positivo que se desarrolla entre un niño y un determinado individuo, es la forma más importante de desarrollo social durante la infancia”³⁸.

“La separación física de los padres significa un importante estrés psicológico para los niños pequeños, muchas veces con consecuencias para el desarrollo de su futura personalidad. Pero no sólo la separación física, sino también la falta de contacto emocional y afectivo profundo puede dejar severas huellas en el niño. Una madre emocionalmente ausente debido a la causa que fuere: depresión, preocupación por otras cuestiones ya sea económicas, de enfermedad, afectivas, también es un factor de estrés en la crianza de ese niño”³⁹.

36 Organización de Naciones Unidas para la Infancia. *The World's Children 2001*.

37 *Ibid.*

38 Feldman, Robert S. *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. 6ª.ed. México D.F: Mac Graw Hill. 2006. s/p

39 Garelli, Juan C., Montuori, Elliana. *Vínculo afectivo materno-filial en la primera infancia y teoría del attachment*. *Pediatría práctica*. Arch. Arg. Pediatr/1997/ 95:122. 1997. Disponible en: http://adisamef.com/fondo%20documental/apego/12_vinculoafectivomaterno-filial_primerainfancia_apego.pdf. Consultado en septiembre de 2009.

Los neonatos son capaces de discriminar e imitar las expresiones faciales que observan en los adultos. Pueden percibir la alegría, la tristeza, o sorpresa e imitan la expresión. Estudios han demostrado que niños y niñas de muy corta edad responden a las emociones y estados de ánimo que observan de expresiones faciales de sus cuidadores, lo que constituye más adelante el fundamento de las habilidades de interacción social⁴⁰.

Según este autor, los niños de un año de edad con éxito en el establecimiento del apego con la madre son capaces de dejarla ocasionalmente para explorar y luego dirigirse a ella cuando regresa. Los niños evitativos no lloran cuando la madre se va pero parecen evitarla cuando regresa, en tanto que los niños ambivalentes manifiestan ansiedad antes que los separen y se molestan cuando la madre se va pero muestran reacciones ambivalentes a su regreso o buscan un contacto estrecho pero con manifestaciones de pequeños golpes o pataditas. Finalmente los niños desorganizados-desorientados manifiestan un comportamiento inconsistente y a menudo contradictorio. Los beneficios del apego favorecen en desarrollo emocional y social; desarrollan habilidades y capacidades para la cooperación, capacidad y juego. Al crecer manifiestan menos dificultades psicológicas. Sin embargo, el apego por sí solo no garantiza una buena adaptación posterior; un desarrollo saludable es la suma de condiciones en el ambiente social en el que se desarrollan los niños⁴¹.

Es en este entorno social, en donde el infante se desarrolla, el que posee una influencia predominante en el desarrollo de la salud mental del niño. La familia constituye el entorno primario en el que el niño se desarrolla integralmente o el referente que influye en el retardo de su desarrollo. Según UNICEF, el 70-80% de la atención en salud ocurre en el hogar. En este sentido, las familias juegan un importante papel tanto en la protección como responsables de garantizar condiciones adecuadas para el pleno desarrollo. Dado que la madre es el referente afectivo y de cuidado, el nivel de educación que ella tenga, influye en la salud y salud mental del menor.

“Para que el niño tenga un desarrollo positivo es esencial que entre el lactante y su madre (u otra persona que lo cuide) exista un fuerte vínculo creado por la estimulación psicosocial. La formación de ese vínculo en las primeras fases de la vida es un paso esencial que sienta las bases para el posterior desarrollo cognitivo, emocional y social. La alimentación y la prestación de otros cuidados

40 Feldman, Robert S. *Op. cit.* s/p

41 *Ibid.*

ofrecen oportunidades de estimulación psicosocial y ayudan a establecer vínculos positivos entre el niño y quienes lo cuidan”⁴²

Contar con un entorno y estímulos saludables, posibilita al infante avanzar en las distintas etapas de su desarrollo así como mejorar las interacciones mediante la comprensión personal y del otro, haciendo posible un saludable desarrollo psicosocial. Según Erickson, las tres primeras etapas que el infante debe superar son: a) la etapa de la confianza frente a la desconfianza, desde el nacimiento al primer año y medio de vida, en la cual los infantes alcanzan la confianza al satisfacerse sus necesidades físicas y psicológicas de apego; b) la etapa de la autonomía frente a la vergüenza y duda, desde el año y medio hasta los tres años de edad, en la que los niños manifiestan independencia y autonomía al fomentarse la exploración y la libertad; por el contrario experimentan vergüenza al restringirles o sobreprotegerles; c) etapa de iniciativa frente a la culpa, de los tres a seis años, en la que los niños entienden que son personas independientes y toman decisiones sobre su comportamiento; una vez los padres reaccionen positivamente ante los intentos de independencia de los hijos, ellos resolverán la crisis de iniciativa frente a la culpa⁴³.

Según la OMS, en situaciones de escasez de alimentos, cuando las poblaciones se encuentran afectadas por la malnutrición y carencia de micronutrientes, se inhibe el potencial intelectual y físico con riesgo de causar discapacidades permanentes. En este contexto los cuidadores del infante no pueden ofrecerle estimulación psicosocial debido a su propia mala salud física o mental. Esto conlleva consecuencias adversas para el desarrollo cognitivo, motor y lingüístico así como la salud mental del niño o niña.

De esta cuenta, la carencia de estimulación deriva en una menor demanda y mayor apatía en el infante por lo cual paralelamente disminuye la estimulación por parte de los padres. Esta dinámica implica relaciones menos recompensadoras con impacto considerable, sobre todo durante los primeros dos años de vida (tiempo crítico para máximo crecimiento físico y cerebral), con repercusiones de por vida entre padres e hijos. Sobre todo si en un contexto de inseguridad alimentaria, la cultura no prioriza la ayuda de los más pequeños.

42 Organización Mundial de la Salud. *Salud mental y bienestar psicosocial del niño en situaciones de gran escasez de alimentos*. Op. cit.

43 Feldman, Robert S. Op. cit. s/p

“La combinación de la malnutrición con la falta de estimulación psicosocial es particularmente nociva. La mejora del estado nutricional y de la estimulación tiene un impacto sinérgico en el desarrollo y la recuperación del niño. Por consiguiente, deben combinarse las intervenciones nutricionales y psicosociales”⁴⁴.

Es por esta razón que la OMS⁴⁵, considera importante fomentar el desarrollo positivo del niño y reducir el riesgo de problemas de salud mental tanto en la madre como en el niño propiciando intervenciones de salud mental pública, apoyo psicosocial e intervenciones nutricionales para facilitar las relaciones entre el menor y sus cuidadores, evitando así el riesgo de desarrollar trastornos mentales y retrasos en el desarrollo. Como estrategias preventivas se recomienda:

- Difundir información sobre prácticas alimentarias apropiadas y la importancia de la estimulación psicosocial a grupos clave, tales como los dispensadores de atención sanitaria, donantes y trabajadores humanitarios.
- Las personas que cuidan al niño deben recibir apoyo psicosocial y formación acerca de las prácticas alimentarias adecuadas. Si estas personas poseen problemas de salud mental, también deben contar con un apoyo adicional. En este sentido mejorar la salud materna (como la depresión, entre otras), es una de las intervenciones más importantes tanto para la madre como para el niño en situaciones de gran escasez de alimentos.
- Promover la lactancia materna para prevenir infecciones y fortalecer los vínculos afectivos entre madre y niño o niña. En este sentido es relevante brindar atención a las madres así como aliento y apoyo psicológico para seguir amamantando a sus hijos. Especial atención deben tener madres infectadas por virus de inmunodeficiencia humana ya que debe sopesarse el riesgo de trasladar en la leche materna el virus a su hijo/a.
- Las estrategias educativas o prácticas psicosociales pueden ser enriquecidas con la experiencia en centros de alimentación.
- Garantizar que los hogares tengan alimentos de calidad adecuada en cantidad suficiente.
- Niños con malnutrición moderada a grave deben ser remitidos a programas combinados de nutrición / estimulación.

⁴⁴ Organización Mundial de la Salud. *Salud mental y bienestar psicosocial del niño en situaciones de gran escasez de alimentos. Op. cit.*

⁴⁵ *Ibid.*

La OMS,⁴⁶ ha identificado como niños en mayor riesgo de malnutrición/falta de estimulación adecuada a:

- Niños separados de las personas que los cuidan habitualmente.
- Niños cuidados por personas con discapacidad física o mental.
- Niños cuidados por personas con dependencia de alcohol o drogas.
- Niños desamparados.
- Niños residentes en instituciones de acogida (orfanatos, otros).

Como estrategia para la prevención, insta a la implementación de:

- Programas combinados de nutrición y estimulación: Hacen hincapié en las prácticas alimentarias y parentalidad responsiva (estimulación proactiva y respuestas apropiadas). Estos programas son mucho más eficaces cuando poseen este enfoque integrado ya que poseen el componente psicosocial. Este componente hace posible que los programas sean más eficaces para fomentar el crecimiento y desarrollo positivo del niño, que los que no lo consideran. Asimismo contribuyen a aliviar la depresión materna.
- Programas selectivos comunitarios o domiciliarios de alimentación y estimulación: Estos programas explican a las personas que cuidan del niño/a y a los prestadores de asistencia sanitaria, las condiciones negativas de la privación sensorial, haciéndolo adaptado a la cultura local. También explica la importancia que los niños tengan contacto físico con su entorno para estimular su desarrollo y desaconsejan prácticas en envolver o atar a los niños mal nutridos para evitar que se muevan, o cubrirles la cara, ya que reducen el contacto necesario y limitan la estimulación psicosocial. Asegurarse que una de las personas que cuida al niño se presente al centro de alimentación para alimentarlo, tenerlo en brazos y jugar con él lo máximo posible. El programa podría incluir un componente educativo para hermanos mayores que no padezcan de malnutrición para que éstos participen en la alimentación de hermanos pequeños en el hogar. Estos programas fomentan los métodos de nutrición estimulación psicosocial comunitarios y domiciliarios (niños que no presentan complicaciones médicas ni edema grave pueden ser tratados en casa). Hacen consciencia acerca de que los niños con complicaciones médicas (malnutrición y paludismo) necesitan de tratamiento en un centro sanitario o un centro de alimentación terapéutica. Promueve la importancia de contar

46 *Ibid.*

con entornos estimulantes con colores claros, móviles caseros y de ser posible, con música. Fomentar que el niño pase parte del tiempo jugando con otros niños. Promover el juego y actividades lúdicas que permitan el desarrollo de habilidades motoras y lingüísticas.

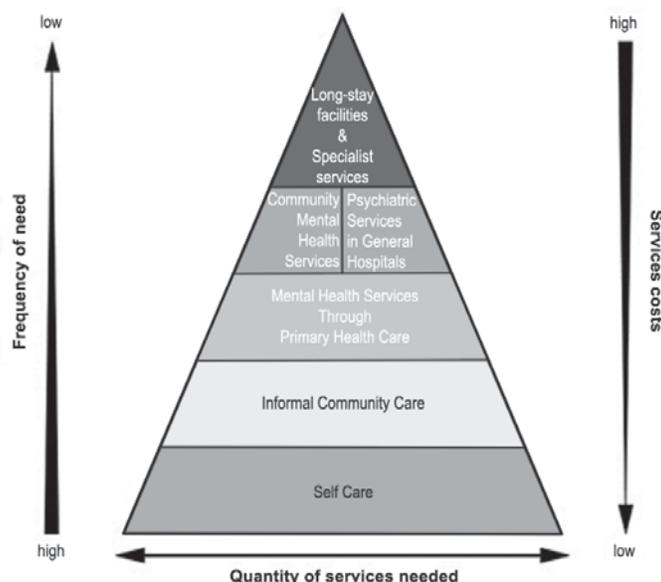
La estimulación emocional de niños y niñas en condiciones de escasez de alimentos debe fomentar las intervenciones para mejorar las interacciones entre el niño y la persona que lo cuida para facilitar su desarrollo emocional, social y lingüístico, que puede lograrse destacando la importancia de la comunicación emocional. Implica manifestar al niño el calor y afecto acorde con normas culturales, fomentar la comunicación verbal y no verbal entre el niño y la persona que lo cuida, responder a las necesidades del niño y mostrar agradecimiento por los progresos hechos por el niño.

En tanto que la estimulación física se refiere a promover un entorno físico estimulante para el desarrollo de sus habilidades psicomotoras y lingüísticas y mejorar su desarrollo cognitivo. Esto implica propiciar un entorno que proporcione al niño experiencias sensoriales adecuadas, proporcionarle materiales lúdicos, dar significado al mundo físico del niño y dar oportunidad para que el niño/a desarrolle sus habilidades⁴⁷.

Para facilitar la implementación de programas de atención psicosocial que deriven en una mejor salud mental de la madre, cuidadores e infante; es importante que el Estado considere los diferentes niveles de servicio de salud mental para diseñar una política de salud mental, planificación y desarrollo de los servicios.

47 *Ibid.*

Gráfico No. 1
The WHO optimal mix of services for mental health



Fuente: OMS⁴⁸

Aunque la frecuencia de necesidad de servicios de salud de cuidado personal es mucho más alta, los costos de salud son más bajos que los costos de la atención de largo plazo y servicios especializados. La eficacia de las políticas de salud debiera concentrarse en la atención preventiva del cuidado personal y el cuidado informal a la comunidad como prioridad a través de estrategias de educación e información para desarrollar habilidades para manejar el estrés, habilidades para manejar la discusión y problemas emocionales orientando cuándo y de quién buscar ayuda. A nivel comunitario, promover grupos de soporte o ayuda en la comunidad aunque no se ubiquen dentro del sistema de atención de salud desde trabajadores de salud, profesionales, profesores, policía, trabajadores de salud, servicios de organizaciones gubernamentales, asociaciones familiares, otros.

48 Organización Mundial de la Salud. *The Who Mind Project: Mental Improvement for Nations Development of Mental Health & Substance Abuse*. Geneva: Who. 2007. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/services/Service%20Levels%20Definition%20Infosheet.pdf. Consultado el 1 de junio de 2007.

En otro nivel, facilitar la atención de salud mental a través del cuidado primario que incluye la identificación de desórdenes mentales, manejo de pacientes psiquiátricos, referencia a niveles en los que se requiera actividades promocionales o de prevención. Los servicios pueden ser fortalecidos con la presencia de practicantes, enfermeras u otros.

En un siguiente escalón, los servicios de hospitales generales, específicamente servicios especializados para atender a pacientes, estabilización de la crisis, servicios de consulta, otros. Finalmente, los servicios de hospitales y de especialistas para atender la salud mental deben estar también a disposición de la comunidad⁴⁹.

III. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A. Acciones de atención a la niñez que ejecutan centros de salud en Huehuetenango

La Coordinación Técnica y Administrativa de los centros de salud en Huehuetenango es responsable de la coordinación de las acciones de salud en el departamento y de solicitar al MSPAS la adquisición de medicinas, insumos y materiales.

El plan de atención de salud se planifica considerando el monitoreo de la Oficina de Epidemiología del Área de Salud. Las acciones para la atención de la niñez se enmarcan en la estrategia que elabora el MSPAS, ejecutadas a través de la Dirección de Salud del departamento y que son trasladadas a los distintos centros de salud:

- Control del niño sano
- Atención de consultas
- Programa de vacunación e inmunización
- Monitoreo de crecimiento y control de peso - talla
- Aplicación de micronutrientes y vitaminas

La atención de consultas tiene lugar cuando padres de familia trasladan al menor al centro de salud. Estas consultas se hacen cuando el menor padece de enfermedad o para atención de emergencias, por lo general no se consulta preventivamente. Tanto en Aguacatán como en Chiantla, las razones más comunes por las que los padres llevan a los

49 *Ibid.*

niños al centro de salud se deben a la presencia de neumonías o diarreas en sus hijos.

En tanto que para la vacunación, control de peso-talla, administración de vitaminas y desparasitación; se aplica a niños que llevan un carné de seguimiento que se abre al momento de nacer o desde que el niño se presenta por primera vez.

El centro de salud de Chiantla organiza la atención de la población según la dinámica de atención definida por ese centro: los lunes y jueves son atendidas mujeres en estado de gestación, los martes y viernes se atienden niños y los miércoles se atienden personas para planificación familiar, papanicolau y consulta.

El cumplimiento de las citas depende de los padres para que se presenten al centro asistencial. Sin embargo, considerando que padres de familia no se presentan al centro de salud, los centros de salud llevan a cabo jornadas de visitas domiciliarias y de vacunación en municipios. En estas visitas se da seguimiento a los menores y se dotan de vitaminas.

Una vez se ha visitado la población, se llevan a cabo periódicamente visitas de seguimiento, aunque la periodicidad se define según la demanda de salud y capacidad de atención de los centros⁵⁰. En la asistencia ambulatoria a municipios participan nutricionistas y personal del centro de salud.

En estas visitas se llevan a cabo talleres de información dirigidos a la comunidad, capacitación y visita a madres. La Municipalidad de Chiantla trabaja con alianzas de organizaciones sociales, como Intervida, para llevar a cabo campañas de salud en el área rural.

La Dirección del Área de Salud refiere que también se ejecuta el Programa Escuelas Saludables en los municipios. En este programa, cada centro de salud elige la escuela que se visitará. Una vez elegido, personal del centro de salud visita las escuelas para dar charlas de salud y vitaminas a los niños.

En la cabecera departamental de Huehuetenango se ubica el centro de Atención Materno Infantil. Para la atención de la desnutrición, cada

⁵⁰ Según se refirió, en Chiantla las visitas para vacunación son ejecutadas de forma mensual y se les deja medicamentos para 3 meses.

centro de salud contribuye a la identificación de los casos críticos. Los centros de salud de Aguacatán y Chiantla refieren al hospital los casos de desnutrición, especialmente de los menores de cinco años, debido que no cuentan con el equipo y suministros necesarios para su atención.

La atención de recuperación nutricional tiene lugar en la cabecera de Huehuetenango en el Hospital Nacional ya que los centros de salud no cuentan con la infraestructura, materiales, equipo e insumos idóneos para el tratamiento. Sin embargo, en algunos casos ha debido referirse niños y niñas a Quetzaltenango en virtud del desborde de la demanda de atención.

Se encuentra en proceso el diseño de estrategias de atención de la desnutrición, particularmente en municipios identificados con las tasas más altas de retardo de talla y desnutrición. Autoridades de San Juan Atitán y la Comisión del Departamento de Seguridad Alimentaria trabajan en conjunto con la Comisión Nacional de Seguridad Alimentaria, la SESAN, MAGA y SOSEP para identificar los casos que requieren intervención y recuperación nutricional.

La atención de la salud mental de la niñez se ejecuta por un psicólogo a través de un Programa de Salud Mental a través del Hospital Nacional de Huehuetenango. Practicantes de psicología colaboran con la atención psicológica de emergencia así como con terapias para pacientes.

El Hospital Nacional trabaja en coordinación con la Oficina de la Atención a la Víctima para la atención de pacientes en Huehuetenango cabecera, Santa Eulalia y la Democracia. Sin embargo, debido a la demanda de servicios, la atención de la salud mental también se coordina con otras instituciones u organizaciones para la atención de pacientes.

B. Otras acciones y recursos a disposición

Entre otras acciones, se ejecutan otros programas dirigidos a la adolescencia. El Programa de Salud Reproductiva dirigido a la adolescencia en el que se dan capacitaciones y formación sobre educación sexual. Para adolescentes también se ejecuta el Programa Espacios Amigables en el que se imparten capacitaciones, se llevan a cabo actividades recreativas, se identifica y se refieren casos.

El centro de salud de Chiantla cuenta con una ambulancia que trabaja las 24 horas, todos los días del año. La Alcaldía Municipal contribuye al

mantenimiento de la gasolina así como del pago parcial de los honorarios del piloto. En Aguacatán, el centro de salud cuenta con una ambulancia para la atención de emergencias pero posee limitación de recursos para el traslado a viviendas lejanas así como de suministros necesarios para la atención domiciliaria de la emergencia.

En ambos centros se indicó que los fármacos a disposición son insuficientes; en ocasiones tienen en existencia únicamente acetaminofén para atender las enfermedades de la población.

En el centro de salud de Aguacatán se refirió que se necesita un mejor suministro de equipo para la atención tanto de niñez como de adultos. Son insuficientes las camas, cunas, pañales para recién nacidos, ropa para pacientes y sábanas. El techo de lámina de este centro de salud provoca cambios bruscos de temperatura, demasiado caliente cuando hace calor o demasiado frío por las noches. Fue posible constatar que las camas para atención de pacientes no cuentan con colchonetas. Las camas son de hierro, cubiertas con cajas de cartón y a su vez por una colcha. Estas condiciones no son las idóneas para el tratamiento de niños con neumonía, madres embarazadas, pacientes con enfermedades respiratorias o pacientes atendidos por estado crónico de salud.

Los centros de salud objeto de este estudio indicaron que no cuentan con personal para la atención de salud mental en sus centros. Todos los casos son referidos al Hospital Nacional de Huehuetenango para tratamiento. En un contexto de violencia intrafamiliar o maltrato físico, los centros refieren al hospital los casos en los que el maltrato físico es grave o cuando se sospecha de abuso sexual debido que no cuentan con personal especializado, equipo, laboratorio clínico o rayos X.

En Aguacatán, el centro de salud observa como una necesidad la capacitación mensual a comadronas ya que son solicitadas con frecuencia para la atención de embarazos, partos y atención de niñez en poblaciones y casas lejanas al centro de salud. Asimismo, la capacitación de comunidades que permita la formación de comités de emergencia.

El centro de salud en Chiantla considera que es necesaria una mayor orientación sobre como manejar sintomatología de enfermedades que pueden curarse en casa. Asimismo, orientar a la población acerca de la atención de emergencias que corren el riesgo de infectarse o complicarse por falta de higiene o inadecuado manejo de heridas. Es necesario contar con recursos para la capacitación y formación de poblaciones, tal como imágenes visuales para la educación (posters, afiches, retroproyector).

C. Elementos psicosociales que toman en cuenta centros de salud para la atención de la niñez

1. ***Promoción de la salud física y nutricional del menor y de su madre:*** Las acciones de centros de salud se concentran en mejorar la salud física de madres e infantes. La salud mental de la población por medio de la atención psicológica en la cabecera departamental y a requerimiento de los pacientes que solicitan la consulta por carné.
2. ***Prevención comunitaria:*** La acción preventiva se concentra en la capacitación y formación de la población acerca de la salud física y nutricional así como atender físicamente las necesidades o carencias de niñez, particularmente en condiciones de desnutrición.
3. ***Atención ambulatoria en escuelas, lugares lejanos o inaccesibles al centro de salud:*** Las visitas ambulatorias de los centros de salud a comunidades lejanas así como a escuelas se concentran en el seguimiento de peso y talla, del historial de salud del menor así como en la dotación de micronutrientes.
4. ***Tratamiento de casos de desnutrición:*** Se encuentra en proceso la identificación de casos de desnutrición, esfuerzo que tiene lugar actualmente en el municipio de San Juan Atitán. La identificación de casos permitirá la intervención inmediata de casos críticos. La intervención y tratamiento de la desnutrición está concentrada en la cabecera departamental en el Hospital Nacional de Huehuetenango, sin embargo algunos casos pueden ser referidos al departamento de Quetzaltenango debido a desborde de la demanda de atención.
5. ***Difusión de información:*** Mediante capacitaciones y formación se difunde información sobre prácticas saludables de alimentación y nutrición.
6. ***Promoción de la lactancia materna:*** Se promueve y difunde la importancia de la lactancia materna así como los beneficios de salud entre madres e hijos. Los afiches son distribuidos en todos los centros de salud con el objetivo de fomentar el contacto afectivo durante la alimentación de madre a hijo/a.
7. ***Dotación de alimentos en áreas críticas de desnutrición:*** Se distribuyen bolsas solidarias de alimentos para la atención de poblaciones en pobreza.

D. Paradigmas psicosociales acerca de la atención de los servicios de salud

1. *Los servicios de salud son escasos:* Madres de Huehuetenango, Chiantla, Aguacatán y San Juan Atitán manifestaron que los servicios de salud no son suficientes para responder a la demanda de salud del departamento. También se refirieron como “escasez de los servicios de salud” a la falta de medicamentos a disposición en los servicios y a la necesidad de trasladarse de sus viviendas hasta el Hospital del departamento para solicitar atención cuando los centros de salud no pueden otorgársela. Dos de cuatro madres coinciden que esto se dificulta para familias en pobreza debido al costo del pasaje o porque la madre está sola o debe ocuparse del trabajo, cuidado y alimentación de muchos hijos a la vez. Dos madres coinciden cuando indican que familias en pobreza y pobreza extrema prefieren no ir al médico en el centro de salud ni al hospital por el temor a la necesidad de internar a los hijos y porque implica gastos cuando no cuentan con recursos para necesidades básicas.
2. *A las niñas por lo general no se llevan al centro de salud:* en Chiantla, Huehuetenango, San Juan Atitán (una madre) y Aguacatán madres entrevistadas coinciden que debido que muchos hogares han quedado sin padres como consecuencia de la migración, las madres no cuentan con el tiempo o los recursos suficientes para llevar regularmente a las niñas a los centros de salud. Especialmente cuando viven en lugares muy lejanos al centro de salud en zonas rurales inaccesibles o cuando deben pagar demasiado por el transporte hacia el centro.
3. *Los niños necesitan atención médica únicamente cuando se encuentran enfermos:* en Aguacatán Chiantla y San Juan Atitán, madres de familia manifestaron que los niños debe llevarse al centro de salud cuando están enfermos o cuando no parecen mejorar. No obstante, no consideran necesario llevarlo si no está enfermo.
4. *No hay cómo trasladar a los enfermos:* Madres de familia de Chiantla, Aguacatán coincidieron que aunque los centros de salud cuentan con ambulancia, no cuentan con suficiente recurso humano ni pueden atender todas las emergencias en las que se necesita trasladar a menores enfermos que viven en lugares alejados o inaccesibles al centro de salud, especialmente del área rural. Las madres deben pagar transporte porque sus familias no cuentan con carro para el traslado.

5. ***Atender la salud de la niñez significa dar formación en salud reproductiva:*** Madres de familia de Huehuetenango (dos madres) y Chiantla (una madre) coincidieron que lo más importante para atender la salud de niñez es darles pláticas de salud reproductiva y educación sexual desde que son pequeños ya que muchas mujeres menores de quince años se embarazan de forma temprana.
 6. ***Es complicado lograr una cita en el Hospital, aún cuando se tiene carné:*** Madres de familia de Chiantla (2 madres) y Huehuetenango (1 madre) coincidieron que es complicado conseguir una cita en el Hospital aunque tengan carné porque la cita debe pedirse presencialmente y no siempre se cuenta con tiempo para hacer la solicitud. Manifestaron que no se les atiende si no tienen solicitada la cita, incluso si es por emergencia (un dolor intenso o molestias permanentes durante los últimos días). Dos madres indicaron que esto es mucho más difícil para personas que viven lejos porque implica llegar un día por la cita y regresar otro día distinto para ser atendido. Refieren que por esta razón las personas prefieren no ir al hospital o esperar que lleguen promotores de salud para atender los síntomas.
- E. Otros paradigmas psicosociales relacionados con niñez**
1. ***La desnutrición hace que los niños no rindan en la escuela y por eso algunos padres no quieren que vayan a estudiar:*** Madres de Huehuetenango (dos madres) y Chiantla (una madre) consideran que uno de los efectos de la desnutrición es el bajo rendimiento de los niños y niñas que asisten a la escuela, especialmente de familias en pobreza y pobreza extrema. Debido a que los niños se duermen en la escuela, no rinden ni hacen las tareas o sacan bajas notas, los padres deciden sacarlos de la escuela para que apoye en tareas del hogar o contribuya con los ingresos de la familia.
 2. ***Los niños y niñas no hablan de la violencia por temor:*** Una madre de Chiantla considera que los niños tienen temor de expresar hechos de agresión y violencia intrafamiliar. Manifiesta que este tipo de violencia es el más frecuente en sus municipios aunque no se reconozca públicamente y que es la niñez la que presenta mayor vulnerabilidad debido que aunque existen instituciones trabajando por la atención de la niñez, no existen hogares refugio o los casos de maltrato no son llevados a juicio por considerarse que actos de maltrato forman parte de las relaciones entre pareja, los patrones

de crianza se consideran actitudes habituales de los padres con el objetivo de educar a sus hijos.

3. ***No hay teléfono para emergencias:*** Una madre de familia de Chiantla manifestó su preocupación por que no exista una línea de emergencia para atender casos de gravedad, particularmente cuando el niño o la niña es continuamente maltratado y se requiere de la coordinación de varias instituciones para atender al menor.

IV. CONCLUSIONES

- A. Guatemala es considerado uno de los pocos países latinoamericanos que cuenta con un marco normativo para atender las condiciones de vulnerabilidad e inseguridad alimentaria. Esta política fue definida con participación legítima de actores institucionales y sociales desde 2005. La PSAN y la aprobación de la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, permitieron la instalación del SINASAN y del INCOPAS; favorece la coordinación interinstitucional mediante la CCI; la difusión de información a través de los Centros de Coordinación; y el diseño del PSAN y del PRDC ejecutados hoy en día a través de la SESAN.
- B. Tanto la política como el PSAN y el PRDC priorizan la población infantil vulnerable, particularmente indígena, a mujeres embarazadas y lactantes en condiciones de pobreza y pobreza extrema; sin embargo, carece del componente de bienestar psicosocial ya que omite estrategias y acciones para el pleno disfrute de bienestar mental y salud psicosocial de la niñez.
- C. Los componentes directos de la política (servicios básicos de salud; educación alimentaria y nutricional; lactancia materna y alimentación complementaria) y los componentes de viabilidad y sostenibilidad (agua y saneamiento básico; mejoramiento de la economía familiar y organización comunitaria) atienden las necesidades físicas y nutricionales de la niñez en condiciones de inseguridad alimentaria y con altos índices de desnutrición pero deja de lado los componentes de salud mental y bienestar psicosocial de la niñez en condiciones de escasez de alimentos.
- D. El papel del MSPAS según el PESAN se orienta al logro de mejora de calidad de salud física, ampliación de cobertura y mejora en la dotación de recursos e infraestructura de los servicios de salud, agua, saneamiento básico e higiene familiar y comunitaria. A nivel

de coordinación el MSPAS se le instruye a colaborar con el desarrollo del sistema de información, planificación, monitoreo y evaluación de los programas de seguridad alimentaria y nutricional acorde al marco normativo.

- E. En este marco, este ministerio define cuatro componentes de participación en la estrategia: programa comunitario de educación alimentaria y nutricional, conjunto de servicios básicos de salud, suplementación con micronutrientes y alimentación complementaria a población vulnerable. Sin embargo, se omite la responsabilidad de este ente con relación al abordaje estratégico de la salud mental y bienestar psicosocial de la niñez en condiciones de vulnerabilidad y riesgo de malnutrición.
- F. La atención se implementa mediante la instalación de un facilitador institucional, cuatro supervisoras técnicas de campo, dos educadoras del hogar, diez facilitadores comunitarios, un médico ambulatorio, sesenta y siete vigilantes monitoras de salud por cada 100 mil habitantes, sin incluir participación profesionales de salud mental o especialistas en estimulación temprana. Como estrategia para la atención de la salud preventiva de la niñez se toma en cuenta la capacitación y formación comunitaria; sin embargo, centros de salud identifican como una necesidad la capacitación permanente de comadronas comunitarias.
- G. La realidad multicultural de Guatemala implica la importancia de diseñar estrategias y acciones acordes a la diversidad de culturas, idiomas, paradigmas sociales, costumbres y patrones de crianza. Asimismo, considerar la realidad de pobreza, pobreza extrema, exclusión, discriminación y subdesarrollo de comunidades con mayor incidencia en áreas rurales y poblaciones indígenas. El reto es conocer a profundidad las condiciones particulares de vida y la cultura de las comunidades a las que se desea beneficiar con políticas gubernamentales de salud mental y bienestar psicosocial. Una vez se conozca el panorama y el estado de situación de la salud mental de la población, la dinámica social y los patrones de crianza, pueden diseñarse estrategias y acciones para la estimulación temprana, apego entre madre e infante que permitan su desarrollo integral.
- H. Existe una dinámica de interrelación entre instituciones para atender la salud física y nutricional, propiciar el desarrollo comunitario y atender la salud de madres de niños y niñas en condiciones de inseguridad alimentaria y desnutrición. Sin embargo, aunque estos

esfuerzos poseen una coordinación definida por el marco normativo, la participación de los centros de salud se toma en cuenta para el diagnóstico e identificación de casos críticos pero parecieran tener un menor protagonismo para la atención preventiva y promoción de la salud, particularmente de salud mental y bienestar psicosocial.

- I. Los centros de salud se concentran en las directrices de atención de la salud física del menor y de las madres, llevan a cabo acciones de seguimiento y control del niño sano, vacunación y desparasitación, aplicación de micronutrientes, formación y capacitación en comunidades, jornadas de atención ambulatoria en comunidades lejanas o inaccesibles al centro de salud y atención de consultas.
- J. En suma, las acciones implementadas consideran componentes psicosociales de atención de la niñez en condiciones de escasez de alimentos como: la promoción de la salud física y nutricional del menor y de su madre, la prevención comunitaria, la atención ambulatoria en escuelas, lugares lejanos o inaccesibles al centro de salud, el tratamiento de casos de desnutrición, la difusión de información, la promoción de la lactancia materna y la dotación de alimentos en áreas críticas de desnutrición.
- K. Sin embargo, estos esfuerzos son insuficientes debido a que los centros no cuentan con suficiente recurso humano y financiero; debido a condiciones inadecuadas de infraestructura; insuficiencia de equipo e insumos necesarios particularmente para la atención de niñez en condiciones de emergencia, inseguridad alimentaria y desnutrición crónica. Los casos que requieren recuperación nutricional y atención de salud mental son referidos al Hospital Nacional debido que no se cuenta con personal especializado, equipo e insumos para la intervención y recuperación.
- L. Los resultados de la investigación identificaron como paradigmas psicosociales de madres acerca de los servicios de salud los siguientes: los servicios de salud son escasos y no cuentan con suficientes insumos; por diversas razones socioeconómicas, de recursos disponibles o por patrones de crianza se dificulta o se desestima trasladarse al centro de salud para consulta preventiva de la niñez, salvo en casos que se requiere atención de emergencia o por enfermedad crónica; se considera que los niños no necesitan atención médica si no se encuentran enfermos; la salud de la niñez significa dar formación en salud reproductiva; se encuentra difícil solicitar

una cita al hospital aún cuando se tiene carné. Otros paradigmas tienen que ver con el impacto de la desnutrición en niñez que asiste a la escuela, el temor de niños para pedir ayuda en condiciones de maltrato o violencia intrafamiliar y la ausencia de una línea telefónica para solicitar ayuda en casos de emergencia.

V. RECOMENDACIONES

- A. El Estado de Guatemala debe considerar como componentes estratégicos de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, la salud mental y el bienestar psicosocial de las poblaciones afectadas por inseguridad alimentaria y nutricional. En este sentido es necesario desarrollar ejes programáticos, estrategias y acciones específicas para atender la salud mental y el bienestar psicosocial de la niñez en riesgo de desnutrición. Una vez se incluya en la PESAN estos componentes, se recomienda promover la inclusión del componente de salud mental como eje transversal del trabajo que desempeñan los distintos entes que componen la estructura de la SESAN.
- B. Se considera prioritario diseñar una política de atención de salud mental para la atención de la niñez que la OMS ha identificado vulnerable en condiciones de escasez de alimentos: población de niños separados de cuidadores, niños separados de las personas que los cuidan habitualmente, niños cuidados por personas con discapacidad física o mental, niños cuidados por personas con dependencia de alcohol o drogas, niños desamparados y niños residentes en instituciones de acogida.
- C. En este sentido, debe promoverse la investigación e identificación de paradigmas psicosociales en los lugares identificados con mayor riesgo de inseguridad alimentaria y desnutrición; particularmente patrones de crianza que enmarcan el desarrollo de la primera infancia con el objetivo de diseñar estrategias, políticas y acciones acorde a la cultura y condición social de cada comunidad.
- D. La implementación de estrategias y acciones nacionales de atención de la salud mental y bienestar psicosocial de menores implica la elaboración de un diagnóstico de salud mental de los cuidadores de menores con altos índices de desnutrición. Contar con un mapeo de la salud mental de los cuidadores de menores permitirá desarrollar programas preventivos y de apoyo psicológico a madres

(particularmente con presencia de trastornos mentales y madres con el síndrome de inmunodeficiencia humana).

- E. Estos programas deben diseñarse con el objetivo de promover una mejor estimulación del menor, una mayor demanda del infante y menor apatía de los padres garantizando la atención en centros de atención, centros de salud, hospitales y con alcance de ejecución comunitaria o domiciliaria. Es necesario incluir en estos programas la atención de víctimas de violencia intrafamiliar y mujeres con trastornos depresivos, entre otros que con mayor incidencia local. Estas condiciones propiciarán mejores condiciones comunitarias de satisfacción de paternidad.
- F. Asimismo, promover programas combinados de bienestar psicosocial y estimulación sensorial para niños que son atendidos por programas existentes de salud física y atención médica, ejecutados en áreas con altos índices de desnutrición, retardo de talla e inseguridad alimentaria. Estos programas debieran incluir componentes de educación y sensibilización de hermanos de niños desnutridos para fomentar su participación en el cuidado, estimulación y alimentación del infante. Todos los programas deben considerar como eje estratégico la promoción de actividades lúdicas para menores con desnutrición que permita su estimulación, desarrollo de habilidades motoras y lingüísticas e interacción con otros niños con el objetivo de fomentar su socialización.
- G. Las acciones preventivas de formación que hoy en día se ejecutan, se recomienda fortalecerlas con la formación y participación activa de comadronas así como de lideresas locales capacitadas en la promoción de la salud física, mental y bienestar psicosocial de menores y de madres. La participación de estos actores permitirá el fortalecimiento de la atención preventiva y el fortalecimiento de sistemas de alerta desde la participación protagónica de madres y menores que requieren la identificación de casos críticos, intervención inmediata y ayuda profesional. El trabajo en equipo de comadronas y lideresas en coordinación con personal de salud permitirá promover la salud y bienestar psicosocial de la población con la participación de liderazgos locales, en su idioma propio y desde el imaginario cultural de cada población.
- H. Los programas domiciliarios ejecutados para la atención de la salud en poblaciones de inseguridad alimentaria o con presencia de altos índices de desnutrición crónica pueden fortalecerse con la integración

de psicólogos, especialistas en estimulación temprana, trabajadores sociales y comadronas. La participación de estas personas fortalecerá la promoción de la comunicación emocional verbal y no verbal entre madre e infante; la salud mental y el bienestar psicosocial acorde a normas culturales.

- I. La implementación de estrategias de salud mental para niñez con altos índices de desnutrición conlleva el fortalecimiento de las capacidades institucionales de la atención tanto en el Hospital Nacional como en centros de salud. No obstante, considerando las distancias y limitaciones de la población para acudir al centro de salud, se recomienda la instalación de centros comunitarios de alimentación en poblaciones con mayores índices de inseguridad alimentaria y desnutrición a través de los cuales se promueva la salud física, hábitos de salud nutricional, la salud mental, la comunicación emocional, la estimulación temprana y el bienestar psicosocial del menor mediante el juego y el desarrollo de actividades de relación afectiva con sus progenitores.
- J. Con el objetivo de evaluar y medir los avances en materia de salud mental y bienestar psicosocial es necesario armonizar y homogenizar indicadores de salud mental así como la inclusión de este rubro de salud en la elaboración del estado de situación de la niñez en condición de inseguridad alimentaria, particularmente de quienes padecen de desnutrición.
- K. La promoción social de la salud mental también debe involucrar a toda la comunidad promoviendo espacios de participación ciudadana y de consulta con participación activa de madres, cuidadores y personal de salud. Estos espacios deben promover mejores prácticas consuetudinarias de cuidado y patrones de crianza que permita el desarrollo integral del menor, el intercambio de opinión, orientación, información, educación, la promoción de nuevos hábitos de salud mental y bienestar psicosocial; así como propiciar el cambio progresivo de paradigmas culturales que limiten el desarrollo sensorial y de experiencia en la niñez.

VI. LISTADO DE ABREVIATURAS

CCI:	Comisión Coordinadora de Enlaces Institucionales
CICSAN:	Centro de Información y Coordinación del Salud Alimentaria y Nutricional de la SESAN
CONASAN:	Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
ENSMI:	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
INCAP:	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
INCOPAS:	Instancia de Consulta y Participación Social
MSPAS:	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMS / WHO:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PAHO:	Organización Panamericana de la Salud
PESAN:	Plan Estratégico Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2009-2012
PMA:	Programa Mundial de Alimentos
PSAN:	Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional
PRDC:	Programa para la Desnutrición Crónica 2006-2016
SESAN:	Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional
SINASAN:	Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
UNICEF:	Organización de Naciones Unidas para la Infancia

VII. REFERENCIAS

A. Bibliográficas

1. Feldman, Robert S. *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. 6ª. ed. México D.F: Mac Graw Hill. 2006.
2. García Ferrado, Manuel; Ibáñez, Jesús y Alvira, Francisco. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Universidad Textos. 1998.

B. Normativas

1. *Constitución Política de la República de Guatemala*. Asamblea Nacional Constituyente. Guatemala. 1985.
2. *Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia*. Decreto número 27-2003 del Congreso de la República de Guatemala. 2004.
3. *Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional*. Decreto 32-2005 del Congreso de la República de Guatemala. 2005.
4. *Reglamento de la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional*. Acuerdo Gubernativo 75-2006. Guatemala. 2006.
5. *Convención de los Derechos del Niño*. Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas. 1989.

C. Electrónicas

1. Diccionario de la Real Academia Española. 22 ed. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>. Consultado en septiembre de 2009.
2. Garelli, Juan C. y Montuori, Elliana. *Vínculo afectivo materno-filial en la primera infancia y teoría del attachment*. *Pediatría práctica*. Arch. Arg. Pediatr/1997/ 95:122. 1997. Disponible en: http://adisamef.com/fondo%20documental/apago/12_vinculoafectivomaternofilial_primerainfancia_apago.pdf. Consultado en septiembre de 2009.

3. Organización Mundial de la Salud. *10 Facts on child health*. 2007. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/child_health2/en/index.html. Consultado el 29 de octubre de 2007.
4. Organización Mundial de la Salud. *¿Qué es la salud mental?* 2007. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>. Consultado el 3 de septiembre de 2007.
5. Organización Mundial de la Salud. *The Who Mind Proje: Mental Improvement for Nations Development of Mental Health & Substance Abuse*. Geneva: Who. 2007. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/services/Service%20Levels%20Definition%20Infosheet.pdf. Consultado el 1 de junio de 2007.
6. United States Agency Guatemala. *Situación de Seguridad Alimentaria*. 2009. Disponible en: http://www.redhum.org/archivos/pdf/ID_6318_MS_Redhum_GT- Informe_MFEWS_Informe_de_seguridad_alimentaria_al_mes_de_septiembre- MFEWS GT-20093009.pdf. Consultado en septiembre de 2009.
7. Wiesenfeld, Esther. *Paradigmas de la psicología social-comunitaria latinoamericana*. Universidad Central de Venezuela. Disponible en: http://www.robertexto.com/archivo13/paradig_psico-social.html. Consultado en septiembre de 2009.

D. Otras referencias

1. Ministerio de Educación, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional. *Tercer Censo Nacional de Talla en Escolares del Primer Grado de Educación Primaria del Sector Oficial de la República de Guatemala*. Guatemala, del 4 al 8 de agosto de 2008. Informe Final. Guatemala. 2009. Mimeo.
2. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Participación del sector salud en la Estrategia Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica*. Presentación Power Point. 2008.
3. Organización de Naciones Unidas. *Inseguridad Alimentaria y Nutricional en Guatemala*. Informe de Situación No. 3. Oficina del Coordinador Residente. 2009.

DERECHO A LA SALUD MENTAL DE LA NIÑEZ EN HUEHUETENANGO:
ABORDAJE PSICOSOCIAL DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN
CONDICIONES DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y DESNUTRICIÓN

4. Organización de Naciones Unidas. *Conclusiones preliminares del Relator Especial de la Naciones Unidas sobre el Derecho a la Alimentación Misión a Guatemala*. 3-5 de septiembre de 2009. Ginebra y Guatemala: OMS. 2009.
5. Organización de las Naciones Unidas para la Infancia. *Estado Mundial de la Infancia 2008*.
6. Organización de Naciones Unidas para la Infancia. *The World's Children 2001*.
7. Organización Mundial de la Salud. *Salud mental y bienestar psicosocial del niño en situaciones de gran escasez de alimentos*. WHO/MSD/MER/06.1. 2004.
8. Organización Mundial de la Salud. *Carta Fundacional*. 1946.
9. Organización Panamericana de la Salud *La Salud en las Américas: Alimentación y Nutrición*. 2004.
10. Plan Estratégico de Seguridad Alimentaria y Nutricional. PESAN 2009-2012. Guatemala. Mimeo.
11. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. 2005. Guatemala. Mimeo.
12. Programa para la Desnutrición Crónica, PRDC. Guatemala. 2006. Mimeo.