

**PATRONES DE AUTOATENCIÓN EN SALUD Y SU
RELACIÓN CON LA DIFERENCIACIÓN SOCIAL
EN UNA COMUNIDAD *K'ICHE'*.**

Estudio observacional descriptivo realizado en un caserío de la Bocacosta de Nahualá, Sololá,
durante el período comprendido de julio de 2004 a junio de 2006.

MARIO ALEJANDRO CERÓN VALDÉS

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Facultad de Medicina/Maestría de Salud Pública
Para obtener el grado de
Maestro en Salud Pública con énfasis en Epidemiología

Guatemala, septiembre de 2006

Resumen

En el estudio realizado se buscó determinar si hay relación entre los patrones de autoatención en salud y la diferenciación social en una comunidad *k'iche'*. Se diseñó un estudio observacional descriptivo para caracterizar la diferenciación social y los patrones de autoatención y se analizó la relación entre ambos. La recolección de información incluyó análisis secundario de información de un censo, entrevistas con informantes clave y entrevistas con las familias. Para caracterizar la diferenciación social y la autoatención se usó métodos cualitativos y cuantitativos univariados. Para determinar la relación entre ambas se hizo regresión logística bivariada y análisis cualitativo multivariado. Se encontró un grado alto de diferenciación social en la comunidad que permitió identificar cuatro conjuntos socioculturales. Se caracterizaron los patrones de autoatención. No puede afirmarse que haya un patrón general que las personas siguen, sino que hay diversas tendencias que se combinan de acuerdo a diferentes condicionantes. Se encontró que varios factores influyen en los patrones de autoatención, pero ninguno juega un papel dominante si se toman por separado. De las características de la diferenciación social, las del proceso de producción se relacionaron con la búsqueda o no de atención con profesionales de la salud, las del proceso de consumo se relacionaron con las decisiones terapéuticas dentro de la unidad familiar y las del proceso sociocultural con la decisión de esperar o de acudir con profesionales. Los conjuntos socioculturales identificados siguen diferentes patrones de autoatención.

Agradecimientos

Este trabajo se alimentó de manera vital con ideas, conocimientos, experiencias, trabajo y solidaridad de mucha gente.

Hay muchas personas y organizaciones que han marcado mi vida y han influido en que haya hecho esta investigación. Los que me conocen saben quiénes son estos familiares, amigos, compañeros, equipos de trabajo, organizaciones políticas, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, porque son recurrentes en mis conversaciones y anécdotas. A todos y todas expreso mi agradecimiento. De manera particular agradezco a Meredith Fort, Adelita Valdés de Cerón, Miguel Ángel Cerón y Lidia Morales, por su decisivo apoyo moral, logístico y económico, y por ser una constante fuente de motivación.

Además, como siempre, hubo un montón de contribuciones “invisibles” que le debo a secretarías, mensajeros, bibliotecarias, esposas, hijos, vecinas, pilotos, cocineras, fotocopadoras y desconocidos, que en su momento me dieron un poco más de lo que era su obligación. Sin ellos este trabajo sería más limitado y hubiera tardado más en concluirse. En la mayoría de casos ni siquiera sé sus nombres, pero algunos se llaman Catarina, Juana, Cristóbal, Elsitá, Miguel, Meches, Celia, Irma, Marcos, Juan, Diego, Manuela, Glenda, María, Rosy, Carmen, Manuel. Mi más sincera gratitud.

A las personas de *Pasaq*, que me recibieron siempre con amabilidad, respeto, solidaridad y espíritu de servicio. De manera particular a Juan Choc, Miguel Guarchaj y sus respectivas familias por brindarme techo, comida, compañía y confianza. A Juan Sohom y su esposa por las facilidades que me dieron para usar la casa de salud comunitaria como base de operaciones. Al gerente y trabajadores administrativos de la Cooperativa Nahualá, R.L. por permitirme usar su fotocopadora y altoparlante. A los miembros del Consejo Comunitario de Desarrollo por interesarse en este trabajo y brindar su autorización para su realización. A las entrevistadoras - Ana Chavajay, Marseliana Guarchaj, Micaela Tahay, Hilda Cotiy, Marciala Tambriz y Lucía Choc - por haber hecho su trabajo con entusiasmo, responsabilidad, dedicación e iniciativa. Va mi franco reconocimiento a todos, y de manera especial a Juana Guarchaj por ser una líder integral y un modelo de trabajadora de salud.

A las innumerables personas que me enseñaron *k'iche'* y me animaron a practicarlo, particularmente a Alberto Guarchaj, coordinador de CONALFA, quien siempre estuvo dispuesto a compartir sus conocimientos del idioma y fue clave para la traducción de los instrumentos. A

Juana Choc, Fulgencio Castañeda, Juana Guarchaj, Francisca Marroquín, Domingo Guarchaj, Hingry Sohom, Pablo Cuc, Miguel Guarchaj, Lorenzo Marroquín, María Teresa Puac, Venancia Dionisio, Juan Poz y Miguel Ixquiactap, por compartir sus invaluable conocimientos acerca del idioma, las costumbres y la historia de *Pasaq* y la Bocacosta. A Julie Solomon, Aura Marina Yoc, Meredith Fort y Anabella Pérez por compartir conmigo los resultados preliminares de sus respectivas investigaciones y estudios de campo. A Karina Siguil por enseñarme muchos trucos informáticos.

A Clínica Maxeña y cada una de las personas que la conforman, por acogerme cálidamente y brindarme confianza, cariño y respaldo institucional para trabajar en la Bocacosta, sin lo cual jamás podría haber hecho este estudio.

A todas las personas que han hecho posible que exista la Instancia Nacional de Salud - INS - por hacer posible que las ideas y sueños de muchas personas llegaran hasta mí, por ofrecerme un espacio para crecer y aportar, y por darme a conocer a muchas personas modelo. De manera particular a Lucrecia Hernández Mack, Lidia Morales, José Miranda, Chepewicho y Juan Carlos Verdugo por plasmar muchas de estas ideas en la publicación de la INS “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente”, de donde surgen las ideas que fueron semilla para este trabajo. También las ideas y sugerencias oportunas de Santiago Bastos, Manuela Camus, Chepewicho, Meredith Fort y Gery Ryan fueron de importancia fundamental. Asimismo agradezco el interés mostrado por Juan Carlos González y Silvia Rodríguez así como su retroalimentación y motivación.

A todos los profesores de la Maestría de Salud Pública por su interés y apoyo, de manera particular a Cízel Zea y Mario Salazar porque en un inicio influyeron decisivamente para que se me permitiera hacer esta investigación.

Finalmente, agradezco a Alfredo Moreno por su compenetración en este trabajo, su acompañamiento a lo largo de estos años y por enseñarme la importancia de la perseverancia. A Chepewicho porque sus enseñanzas me acompañaron en todo el proceso para hacer este estudio. Y a Juan Carlos Verdugo por compartir conmigo sus conocimientos y sabiduría, y por ser un mentor, compañero y amigo.

Índice de Contenidos

Resumen	3
Agradecimientos	5
Índice de contenidos	7
Índice de cuadros	8
Índice de figuras	9
Capítulo I. Introducción	11
Capítulo II. Antecedentes	13
Capítulo III. Justificación	71
Capítulo IV. Objetivos	73
Capítulo V. Material y métodos	74
Capítulo VI. Resultados	109
Capítulo VII. Discusión	165
Referencias	185
Anexos	192

Índice de cuadros

Cuadro VI.1 Número de enfermos reportados por unidad familiar	109
Cuadro VI.2 Cantidad de enfermedades detectadas según tiempo de evolución	110
Cuadro VI.3. Características del proceso de producción en las unidades familiares estudiadas	112
Cuadro VI.4. Características del proceso de producción según patrones	113
Cuadro VI.5. Características del proceso de consumo en las unidades familiares estudiadas	115
Cuadro VI.6. Características del proceso de consumo según patrones	116
Cuadro VI.7. Características del proceso sociocultural en las unidades domésticas estudiadas	118
Cuadro VI.8. Características del proceso sociocultural según patrones	119
Cuadro VI.9. Características de la reproducción social según patrones	120
Cuadro VI.10. Categorías de tratamiento usados por episodio de enfermedad	124
Cuadro VI.11. Tratamientos reportados	125
Cuadro VI.12. Repeticiones de tratamientos dentro de las secuencias	126
Cuadro VI.13. Secuencias originales de tratamiento seguidas por los pacientes	130
Cuadro VI.14. Secuencias simplificadas de tratamiento seguidas por los pacientes	131
Cuadro VI.15. Frecuencia de transiciones de una categoría de tratamiento a otra para episodios de enfermedad	132
Cuadro VI.16. Enfermedades reportadas	136
Cuadro VI.17. Síntomas reportados	137
Cuadro VI.18. Causas de enfermedad reportadas	139
Cuadro VI.19. Características de los pacientes	139
Cuadro VI.20. Características de las personas que brindaron cuidados	140
Cuadro VI.21. Resumen de información acerca de conocimientos sobre remedios y terapéutas	142
Cuadro VI.22. Resumen de información sobre preferencias de tratamientos	142
Cuadro VI.23. Resumen de información sobre tamaño y composición de red de apoyo social	143
Cuadro VI.24. Asociaciones bivariadas entre características del proceso de Producción y categorías de tratamiento	144
Cuadro VI.25. Asociaciones bivariadas entre características del proceso de Producción y los patrones de tratamiento más frecuentes	146
Cuadro VI.26. Asociaciones bivariadas entre características del proceso de Consumo y categorías de tratamiento	147
Cuadro VI.27. Asociaciones bivariadas entre características del proceso de Consumo y los patrones de tratamiento más frecuentes	147
Cuadro VI.28. Asociaciones bivariadas entre características del proceso Sociocultural y categorías de tratamiento	148
Cuadro VI.29. Asociaciones bivariadas entre características del proceso Sociocultural y los patrones de tratamiento más frecuentes	149
Cuadro VI.30. Asociaciones bivariadas entre características de la Enfermedad y categorías de tratamiento	150

Cuadro VI.31. Asociaciones bivariadas entre características de la Enfermedad y los patrones de tratamiento más frecuentes	152
Cuadro VI.32. Asociaciones bivariadas entre características de la Persona que brindó cuidados y categorías de tratamiento	153
Cuadro VI.33. Asociaciones bivariadas entre características de la Persona que brindó cuidados y los patrones de tratamiento más frecuentes	155
Cuadro VI.34. Asociaciones bivariadas para categorías de tratamiento usando los procesos de producción, consumo y sociocultural y las características de la enfermedad y de la persona que brindó cuidados	157
Cuadro VI.35. Asociaciones bivariadas para los patrones de tratamiento más frecuentes usando los procesos de producción, consumo y sociocultural y las características de la enfermedad y de la persona que brindó cuidados	158

Índice de figuras

Figura VI.1. Número de tratamientos por secuencia	127
Figura VI.2. Proporción de categorías de tratamiento usadas por posición de tratamiento	128
Figura VI.3. Transiciones entre modalidades de tratamiento	133
Figura VI.4-a. Diagrama de cómo algunas características de la reproducción social interactúan para influir en las decisiones terapéuticas – Actividad laboral del padre (a)	159
Figura VI.4-b. Diagrama de cómo algunas características de la reproducción social interactúan para influir en las decisiones terapéuticas – Actividad laboral del padre (b)	161
Figura VI.5. Diagrama de cómo algunas características de la reproducción social interactúan para influir en las decisiones terapéuticas – Escolaridad de la madre	162
Figura VI.6. Diagrama de cómo algunas características de la reproducción social interactúan para influir en las decisiones terapéuticas – Idioma de la madre	163

Capítulo I. Introducción

Los efectos de la diferenciación social en el proceso salud-enfermedad-atención han estado en la conciencia social desde tiempos inmemorables, pero el abordaje científico de esta relación no ha sido enfocado en todos los aspectos posibles. Esto plantea algunas limitaciones para la comprensión de dicho proceso.

Se entiende como *autoatención*, la atención no profesional de la salud, es decir, todas las actividades relacionadas con lo sanitario que existen al margen de la medicina profesional. Dichas prácticas existen en todas las sociedades y en todas las clases sociales, sin importar su riqueza relativa o la accesibilidad a servicios profesionales de salud.

En esta investigación se buscó esclarecer si existe relación entre los patrones de autoatención en salud y la diferenciación social en una comunidad *k'iche'*.

Para ello se diseñó un estudio de tipo observacional descriptivo con el que se caracterizó la diferenciación social y los patrones de autoatención, además se analizó la relación entre ambos. La recolección de información incluyó análisis secundario de información de un censo sociocultural, entrevistas con informantes clave y entrevistas estructuradas con las familias de la comunidad. Respecto al análisis de la información, la caracterización de la diferenciación social y la autoatención incluyó métodos cualitativos y cuantitativos, mientras que para determinar la relación entre ambas se usó regresión logística bivariada y una técnica cualitativa multivariada.

Se identificó un grado relativamente alto de diferenciación social en la comunidad, la cual se describe. Se identificaron cuatro conjuntos socioculturales claramente diferenciados con base en las características de los procesos de la reproducción social expresados a nivel de la unidad familiar.

Se caracterizaron los patrones de autoatención, identificando que no puede afirmarse que haya un patrón general que las personas siguen, sino que hay diversas tendencias que se combinan de acuerdo a diferentes condicionantes.

Se encontró que, al tomarlos por separado, diferentes factores influyen en los patrones de autoatención, pero ninguno juega un papel dominante. De las características de la diferenciación social, las del proceso de producción se relacionaron con la búsqueda o no de

atención con profesionales de la salud, las del proceso de consumo se relacionaron con las decisiones terapéuticas dentro de la unidad familiar y las del proceso sociocultural con la decisión de esperar o de acudir a profesionales. Estas características tienen una influencia indirecta sobre los patrones de autoatención, que están influidos más directamente por las características de la enfermedad y las características de la persona que brindó cuidados al enfermo.

Se estableció que los distintos conjuntos socioculturales identificados en el caserío siguen diferentes patrones de autoatención. En general, cuanto más alto es el nivel de inserción en la producción, mayor escolaridad tienen los padres y mayor diversidad lingüística tiene la madre, se tiende a acudir a profesionales, aunque esto implique costos en tiempo, movilización o pago por servicios. En cuanto más bajo es el nivel de inserción en la producción, menor escolaridad tienen los padres y la madre es monolingüe, se tiende a resolver los episodios de enfermedad en las cercanías de la comunidad, o en el ámbito del grupo doméstico, es decir, evitando los costos de tiempo, movilización y pago por servicios. No debe asumirse que alguno de estos dos patrones es mejor que el otro.

Cuando la accesibilidad (geográfica, funcional, económica, cultural) es similar para servicios de diferentes modelos médicos (modelo médico hegemónico o modelos alternativos subordinados), la gente los usa. Sin embargo las personas con inserción en el proceso productivo más baja y bajos niveles de escolaridad y monolingüe tiende a no acudir con ningún tipo de profesional. Los que tienen inserción más alta, niveles de escolaridad más altos y bilingües buscan además alternativas en que los costos son mayores (económicos, tiempo, cultura y funcional)

Se determinó que la diferenciación social analizada a nivel de la unidad doméstica puede afectar importantemente los patrones de autoatención, modulando lo que la gente haría si se guiara únicamente por las características de la enfermedad y por las características de la persona que brindó cuidados.

Capítulo II. Antecedentes

A. Introducción: ¿Por qué hablar de diferenciación social y autoatención en Salud Pública y Epidemiología?

En los debates que se dieron a finales de los 1980s y principios de los 1990s, expertos identificaron la necesidad de que la Salud Pública y la Epidemiología trabajen con las variables autoatención y diferenciación social. Esto en un contexto en que se hablaba de la crisis de la Salud Pública. Uno de los aportes que los expertos dieron en ese momento, fue la importancia de diferenciar entre el “Modelo Social de Prácticas de Salud” y el “Modelo de Prestación de Servicios de Salud”⁽¹⁾.

El Modelo Social de Prácticas de Salud incorpora, entre otras, las prácticas de autoatención y se plantea como un reto para la Salud Pública el superar los obstáculos conceptuales, técnicos, metodológicos y operativos que le impiden superar la visión restringida del Modelo de Prestación de Servicios. Por otro lado, muchos aportes que se hicieron al debate de la Salud Pública y la Epidemiología, estaban relacionados con la necesidad de que éstas consideren a la diferenciación social como una variable de trascendencia para que dichas disciplinas cumplan su propósito.^(1, 2, 3, 4).

En el 2002, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) vuelve a reconocer esta importancia⁽⁴⁾ y plantea la necesidad de “atreverse” al replanteamiento conceptual de la Salud Pública para hacerla más compatible con las prácticas que se verifican en la realidad. Por ello dedica varios capítulos a delinear los caminos de dicha reconceptualización. Dichos caminos incluyen las “prácticas sociales en salud”, entre ellas la autoatención y el abordaje de las “inequidades en salud”, incluida la diferenciación social.

Ahora bien, si se parte de la existencia en paralelo y en constante retroalimentación de varios conceptos y prácticas en el campo de la salud-enfermedad-atención, que están referidos a las diferentes matrices o lógicas culturales existentes en la realidad guatemalteca, entonces es necesario caracterizar a la salud-enfermedad-atención a través de su carácter procesal y su naturaleza multidimensional^(4, 5, 6).

Esta forma abierta e incluyente de múltiples conceptos-prácticas sobre la salud-enfermedad-atención, señala la necesidad de plantear dos problemas centrales en el campo de la Salud Pública: la epidemiología debe ser sociocultural y debe dar cuenta de la articulación de las diversas acciones y formas organizadas de atención en salud⁽⁷⁾.

En este capítulo se hace una presentación de los principales aportes teóricos y empíricos que pueden fundamentar el abordaje metodológico de las variables autoatención y diferenciación social para el ámbito guatemalteco. Esta presentación se basa en una revisión de literatura que, aunque no puede considerarse exhaustiva, intenta ser muy amplia, asumiendo que los temas que aquí se ofrecen son de escaso conocimiento para el personal vinculado a la salud pública, por lo que los lectores pueden beneficiarse con esta abundancia de información.

Este capítulo está organizado en cinco secciones: luego de la introducción, en la sección 2 se aborda el tema de la autoatención en salud desde una perspectiva teórico-conceptual; posteriormente en la sección 3 se presentan aspectos teóricos y conceptuales sobre diferenciación social; en la sección 4 se da una muestra de los aportes existentes para trabajar la relación entre la autoatención y la diferenciación social en Guatemala, esto en un plano más empírico, pero con algunos aportes teóricos, metodológicos y conceptuales; finalmente, la sección 5 comprende el contexto en que se hizo esta investigación. Cada sección inicia con una *introducción* en la que se presenta esquemáticamente el contenido de la misma; luego de la introducción hay una cantidad variable de apartados en los que se abordan los elementos teóricos, conceptuales y empíricos sobre los temas de interés; al final de cada sección se incluye un apartado llamado *relevancia práctica e implicaciones para este trabajo*, en la que se selecciona la información en que se fundamenta este trabajo, se asume posición acerca de los conceptos que se toman como base para este trabajo y se intenta presentar de forma integrada.

B. Diferenciación social.

B1. Introducción

Esta sección aborda el tema de la diferenciación social. En el primer apartado se hace una descripción sintética de las principales teorías y conceptos en que se fundamenta el estudio de la diferenciación social en las sociedades contemporáneas. En él se presentan los términos más importantes para entender la estratificación social, así como los conceptos de estratificación social, diferenciación social, segregación social y desigualdad social. También se exponen las teorías más influyentes sobre este tema.

En el apartado siguiente se ofrece una reseña del desarrollo y contribuciones de la Medicina Social Latinoamericana al estudio de la diferenciación social en relación a la salud. En dicho apartado se describe y se detalla el concepto de reproducción social, así como de los procesos que lo constituyen (producción, consumo y sociocultural). También se muestran algunos elementos importantes para la operacionalización de estas categorías.

El apartado final hace un recuento de los aportes que le da esta revisión al presente trabajo, centrados en elementos para la definición conceptual y operativa de la variable independiente (diferenciación social).

B2. Elementos conceptuales

El estudio de las desigualdades sociales es una de las áreas más importantes de la ciencia contemporánea. Las desigualdades existen en todos los tipos de sociedad humana. Incluso en las sociedades más simples, donde las variaciones de riqueza o propiedad son prácticamente inexistentes, hay desigualdades entre los individuos. Para describir y explicar estas desigualdades, los sociólogos usan el término *estratificación social*, el cual puede definirse en un sentido general como “las desigualdades estructurales que existen entre diferentes grupos de individuos” en una sociedad ⁽³⁷⁾.

De manera esquemática, pueden distinguirse cuatro *sistemas de estratificación social* básicos: esclavitud, casta, estamento y clase ⁽³⁷⁾. Estos sistemas pueden encontrarse juntos en una sociedad determinada. La *esclavitud* es una forma extrema de desigualdad en la que unos individuos son propietarios de otros. El concepto de *casta* se usa cuando las desigualdades se

basan en que dos o más grupos étnicos están profundamente separados entre sí y existe el concepto de pureza racial. Los *estamentos* eran parte del feudalismo europeo, pero también existieron en otras civilizaciones; en ellos las desigualdades se dan por existir estratos con diferentes obligaciones y derechos recíprocos. Generalmente se desarrollaban en sociedades donde había una aristocracia tradicional basada en la nobleza de cuna y muchas veces los estamentos se basaban en creencias religiosas. Los sistemas de *clase* difieren en muchos aspectos de los anteriores y generalmente son los que se utilizan para el estudio de las sociedades contemporáneas.

De aquí en adelante intentaremos describir la estratificación por el sistema de clase, pero sin olvidar que en muchas sociedades éste convive con algunos de los otros sistemas (por ejemplo, la aristocracia europea, las castas en la India, o de manera un poco más sutil en las desigualdades que derivan de ser descendiente de esclavos en el continente americano, o descendiente de un estamento privilegiado durante la dominación española en Guatemala).

De manera general, se puede definir la *clase social* como “un agrupamiento a gran escala de personas que comparten ciertos recursos económicos, los cuales tienen una gran influencia en la forma de vida que pueden llevar”⁽³⁷⁾. De acuerdo con Giddens, la propiedad de la riqueza y la ocupación son las bases más importantes de las diferencias de clase. Otros expertos contemporáneos señalan cuatro variables que determinan las diferencias de clase: la riqueza, el ingreso, el nivel educativo y la ocupación⁽³⁸⁾. Las principales características que hacen diferente al sistema de estratificación por clase de los demás, son: las clases no se establecen por disposiciones jurídicas, religiosas, raciales o de costumbre; la clase de un individuo es, al menos en parte, adquirida y no sólo se recibe por nacimiento (puede existir la movilidad social); las clases se basan en las diferencias económicas que existen entre los grupos de individuos y en las desigualdades en la posesión y control de los recursos materiales; los sistemas de clases operan principalmente mediante conexiones impersonales a gran escala.⁽³⁷⁾ Evidentemente estas cuatro características pueden matizarse o cuestionarse si tratamos de aplicarlas a las sociedades contemporáneas, pero son útiles si tratamos de comparar los diferentes sistemas de estratificación social.

Los métodos de investigación antropológica han producido análisis detallados de grupos sociales, lo que ha complicado las teorías más abstractas sobre la estructura de clases y

su determinación económica. En el nivel local se encuentran con frecuencia fracciones de clase, estratos intermedios y actores indeterminados que no encajan fácilmente en las categorías de clase más generales. Esto ofrece mayor riqueza para la interpretación de las sociedades, de manera complementaria con los estudios macro-sociológicos. Por esto, los análisis estructurales generales gradualmente están dando paso a modelos de análisis más finos sobre el proceso social, en los que la dominación de clase y el conflicto de clase están influidos por una variedad de factores culturales e ideológicos⁽³⁹⁾.

Ahora que hemos revisado los principales sistemas de estratificación social, nos ocuparemos de presentar las principales teorías de estratificación social. Las teorías más influyentes son las desarrolladas por Karl Marx y Max Weber^(37, 40). Presentaremos los aspectos fundamentales de estas dos teorías y posteriormente presentaremos otras teorías importantes, la mayoría de las cuales son esfuerzos de síntesis entre los enfoques de Marx y Weber.

La teoría de Karl Marx: Los conceptos de clase social y estratificación son una constante en la obra de Marx, sin embargo él no escribió un análisis sistemático sobre el concepto de clase. Por eso, el concepto de clase social ha sido reconstruido a partir del conjunto de sus escritos y, aunque hay algunos puntos controversiales, existe bastante consenso acerca de sus puntos de vista fundamentales. Una clase es un grupo de personas que tienen una relación común con los medios de producción. Las dos clases principales dentro del sistema de producción capitalista son la de quienes poseen estos medios de producción (capitalistas) y la de aquellos que se ganan la vida vendiéndoles su fuerza de trabajo (proletariado). La relación entre las clases se basa en la explotación. Marx también reconoce que los sistemas existentes son mucho más complejos, por lo que incluye las denominadas “clases en transición”, que incluyen grupos residuales procedentes de un sistema de producción anterior. Asimismo, prestó atención a las divisiones que se dan dentro de las clases sociales. Por ejemplo, entre los capitalistas se dan conflictos entre financieros e industriales; dentro de la clase obrera los desempleados por mucho tiempo tienen peores condiciones de vida que la mayoría de trabajadores. El concepto de clase marxista apunta hacia las desigualdades económicas que están estructuradas objetivamente en la sociedad. La clase no tiene que ver con “la posición que las personas creen que tienen sino con las

condiciones objetivas que permiten a algunos tener un mejor acceso a las compensaciones materiales que a otros”^(37, 40).

La **teoría de Max Weber**: Parte del análisis desarrollado por Marx, modificándolo y reelaborándolo. En primer lugar, Weber coincide en que la clase se basa en condiciones económicas objetivas, pero considera que también son importantes otros factores económicos, además de los reconocidos por Marx, como los conocimientos técnicos y las credenciales que influyen en el tipo de trabajo que las personas pueden obtener. En segundo lugar, distingue otros dos aspectos básicos de la estratificación, además de la clase: el estatus y el partido. El *estatus* se refiere a las diferencias que existen entre dos grupos en relación a la reputación o al prestigio que les conceden los demás. Estas distinciones basadas en la posición suelen variar con independencia de las divisiones de clase y la reputación puede ser positiva o negativa. Aunque la clase venga dada de forma objetiva, la posición depende de la evaluación subjetiva que tengan las personas sobre las diferencias sociales. Las clases derivan de los factores económicos que están relacionados con la propiedad y las ganancias; el estatus se rige por la cambiante forma de vida de cada grupo. El *partido* es un grupo de individuos que trabajan conjuntamente porque tienen orígenes, aspiraciones o intereses comunes. Weber argumenta que las clases influyen en la formación de estos grupos, pero que no pueden explicarla completamente; asimismo, la existencia de estos grupos puede influir en las circunstancias económicas de los individuos y los grupos, afectando entonces a la clase.^(37, 40)

Además de las teorías de Marx y Weber existen múltiples modelos, teorías y enfoques que buscan explicar las desigualdades en la sociedad⁽³⁹⁾. Se revisó las teorías de Talcott Parsons, Erick Oling Wright, Frank Parkin y Pierre Bourdieu, de las cuales no haremos ninguna descripción por no encontrar aplicación en este trabajo.^(40, 37, 41)

Hasta aquí se ha revisado los elementos teóricos fundamentales de la estratificación social y la clase social. Antes de pasar a la siguiente sección haremos algunas precisiones conceptuales para intentar justificar el uso del término *diferenciación social* y no “estratificación social” en el presente trabajo.

En todas las sociedades conocidas existen factores que marcan diferencias entre los miembros de las mismas. Estos factores pueden generar diferenciación social, estratificación social, segregación social o desigualdad social. De acuerdo con González-Anleo existe

diferenciación en todas las sociedades, pero la estratificación social se da sólo cuando existe una jerarquía sistemática de estratos sociales que ocupan posiciones sociales iguales o parecidas; sin embargo, no todas las posiciones sociales configuran una estratificación. El que generen o no estratificación social va a depender de los criterios de valoración de la comunidad, del modo de producción prevaleciente y de la naturaleza social. La segregación social implica discriminación y marginación de un grupo, mientras la desigualdad social implica que un grupo recibe un trato injusto por parte de la sociedad.⁽⁴⁰⁾ Asimismo, desde un punto de vista más apegado al marxismo, se considera como factores para la estratificación social a la relación con los medios de producción, pero no a otros factores. Evidentemente no existe consenso universal acerca de estos términos, sin embargo no es del interés de este trabajo contribuir a su dilucidación. Por el contrario, en este trabajo se asume una posición ecléctica, en la que se intenta tomar en cuenta los aportes de las diferentes teorías y se les incorpora dentro del término diferenciación social, el cual no implica en sí mismo ni una jerarquía sistemática, ni la valoración de la existencia de discriminación o injusticia derivadas de esas diferencias (aunque tampoco niega su existencia).

B3. Desarrollo de la categoría diferenciación social en el ámbito de la salud y la enfermedad

En este apartado se presentan de manera general los aportes teóricos y metodológicos que se han hecho desde la Medicina Social Latinoamericana para el estudio de los vínculos entre la salud-enfermedad y la diferenciación social.

En los años 1960s se desarrolló una fuerte corriente de pensamiento médico crítico, lo cual hizo posible plantear y llevar a cabo un estudio sistemático de la relación entre condiciones de vida y salud. Esto implicó en un principio un reordenamiento del conocimiento epidemiológico que, a decir de Everardo Nunes, “analiza el proceso de salud-enfermedad y la sociedad, o sea que aborda el problema de las condiciones sociales bajo las que se produce, desarrolla y difunde el fenómeno salud-enfermedad”⁽⁴²⁾. En primer lugar se demostró las limitaciones de los diferentes modelos y técnicas epidemiológicas para dar cuenta de los fenómenos colectivos de salud-enfermedad y explicar sus determinaciones. En segundo lugar fue necesario abordar el análisis de los diferentes procesos sociales que

intervienen en el proceso salud-enfermedad colectivo desde la perspectiva de una teoría social general (se adoptó el materialismo histórico como marco conceptual)⁽⁴³⁾. De esta manera, las investigaciones de la medicina social asumieron como base de su análisis algunas de las categorías generales del marxismo, lo que dio origen a diferentes líneas de trabajo, de las que pueden distinguirse dos principales.

Una primera línea de investigación derivó de la utilización del concepto *proceso de producción*, definido por Asa Cristina Laurell como “la clave del entendimiento del carácter social del proceso biológico humano en el proceso a través del cual el hombre entra en contacto con la naturaleza transformándola y transformándose a sí mismo, o sea, en el proceso de trabajo”. Desde la década de los 1980s se ha realizado un buen número de investigaciones que han hecho que la temática de trabajo y salud sea una de las áreas más desarrolladas en la actualidad, contando con una base teórico-metodológica consolidada con conceptos, procedimientos y técnicas propias que se someten a prueba en estudios concretos.^(42, 44, 45)

Una segunda línea de investigación se ha ocupado del estudio de la distribución diferencial de la salud-enfermedad por clases sociales partiendo de la categoría general “reproducción social”. Ésta fue propuesta por Jaime Breilh como “la categoría que nos permite sistematizar el estudio de los condicionantes directos de la calidad de vida de los miembros de una cierta colectividad o de sus clases sociales”⁽⁴²⁾. La diferencia principal con la línea de investigación del trabajo y salud (basada en el proceso de producción), es que hace un énfasis especial en el análisis de las determinaciones provenientes del *proceso de consumo*, sin desconocer los efectos de las condiciones laborales. El desarrollo de esta línea de investigación ha permitido que el tema de las condiciones de vida y salud se constituyera como uno de los objetos centrales de la medicina social, junto al tema de trabajo y salud. Los trabajos desarrollados han abordado el objeto de estudio con diferentes enfoques: unos han analizado las condiciones de vida como parte de los perfiles epidemiológicos generales, otros las han considerado en su relación con entidades patológicas específicas y otros han examinado las formas en que se manifiesta territorialmente su articulación con los procesos salud-enfermedad⁽⁴²⁾.

A través de las diferentes investigaciones de la medicina social se han introducido diversas categorías de análisis, entre las que se encuentran: reproducción social, clases sociales, condiciones de vida y perfiles epidemiológicos.

Entre estas categorías, la categoría general *reproducción social* ha servido como punto de partida para hacer estudios de situaciones concretas. En los siguientes párrafos presentaremos algunos conceptos relacionados con esta categoría, así como elementos para su operacionalización con base en José Blanco⁽⁴²⁾, Jaime Breilh⁽⁴⁶⁾ y Juan Carlos Verdugo⁽⁴⁷⁾.

La reproducción social es la categoría más general y representa el mayor nivel de abstracción para estudiar los procesos de producción y distribución de la salud-enfermedad colectiva. Jaime Breilh afirma que “constituye el punto nodal del análisis epidemiológico. Permite expresar todas las contradicciones esenciales que explican la variación espacio-temporal de los fenómenos epidemiológicos”. Cristina Laurell plantea que esta categoría permite “analizar la relación entre lo social y lo natural, profundizar en los momentos de producción y de consumo, ambos indispensables para entender las formas de desgaste y reproducción de las clases sociales”. La reproducción social es definida por José Blanco como el “proceso global que garantiza el mantenimiento y la permanencia de la sociedad”. El proceso de reproducción social tiene su base material en los procesos de carácter económico, pero comprende también los procesos de tipo político e ideológico.⁽⁴²⁾

En cuanto a las *clases sociales*, la medicina social retoma los planteamientos del materialismo histórico, en especial de Marx y Lenin. Se afirma que éstas están determinadas por el modo de producción y en el modo de producción capitalista las dos clases fundamentales son la burguesía y el proletariado. La reproducción social implica siempre la reproducción de estas dos clases sociales, así como sus fracciones de clase, e implica siempre la reproducción de sus condiciones materiales de existencia. La medicina social ha hecho importantes desarrollos para operacionalizar las clases sociales en el ámbito latinoamericano los cuales no detallaremos⁽⁴⁶⁾.

Las clases sociales no se definen únicamente por su inserción en la producción, sino que también son determinantes sus formas particulares de articularse a los procesos de distribución y consumo, es decir, las características específicas y las formas de su participación de la riqueza social. Estas condiciones materiales de existencia propias de cada

clase social no son constantes, sino que están sujetas a continuos cambios según se modifiquen los procesos económicos y sociales que las determinan.^(42, 46)

Desde el punto de vista del proceso de investigación, una consecuencia importante de la reproducción diferencial en los grupos sociales es la posibilidad de identificar empíricamente distintas “situaciones de clase”. La situación de clase puede definirse como “el conjunto de condiciones de vida y de trabajo características de cada grupo social”⁽⁴²⁾. Este concepto es similar al de “perfil reproductivo de las clases sociales” propuesto por Breilh⁽⁴⁶⁾. El concepto situación de clase representa un avance en el proceso de operacionalización de la categoría general de reproducción social de la que se ha partido. Tiene un nivel de abstracción intermedio que facilita la observación de la realidad.⁽⁴²⁾

En la operacionalización de la categoría reproducción social propuesta por José Blanco, se hace una separación en dos vías paralelas y relativamente simétricas: proceso de producción y proceso de consumo. Se propone como vínculo entre ambos procesos la “relación salarial” por derivarse de sus condiciones laborales y a la vez ser el instrumento para acceder a sus condiciones materiales de vida. En el mismo plano intermedio de abstracción se propone que la “situación de clase” puede ser reconocida mediante la identificación de la inserción en la producción y la participación en el consumo de los agentes sociales. Luego se propone definir los ámbitos de observación para el proceso de producción (en la propuesta de Blanco, la fábrica) y de consumo (en la propuesta de Blanco, la unidad socio-espacial de consumo).⁽⁴²⁾ Finalmente, se operacionaliza el concepto “situación de clase” mediante la identificación de las variables de inserción en la producción y de participación en el consumo.

Tomando en cuenta los aportes teóricos y metodológicos de la medicina social, la Instancia Nacional de Salud ha presentado una propuesta conceptual innovadora definida para Guatemala⁽¹³⁾. Esta propuesta fue una construcción colectiva, cuyos autores son Juan Carlos Verdugo, José Luis Albizu, José Miranda, Lidia Morales y Lucrecia Hernández, además de contar con aportes fundamentales de Santiago Bastos y Eduardo Menéndez. En ésta se entiende a la *reproducción social* como el “proceso global y multidimensional que garantiza el mantenimiento, permanencia y realización de una colectividad, (el cual) adquiere formas y contenidos específicos de acuerdo a las características económicas, políticas, culturales, ideológicas y sociales que esa misma colectividad ha desarrollado a lo largo de su historia”⁽⁴⁸⁾.

De acuerdo con esta propuesta, la reproducción social se constituye esquemáticamente por tres procesos: 1. El proceso de producción, 2. El proceso de consumo y 3. El proceso sociocultural ⁽⁴⁸⁾. Estos tres procesos forman parte de una misma unidad y el comportamiento del proceso salud-enfermedad-atención en una colectividad dependerá de la concreción específica de los tres. El *proceso de producción* consiste en las condiciones en que un individuo, una familia o una colectividad se insertan en el proceso productivo local, regional, nacional y global. Tiene mucho que ver con las condiciones de trabajo y su vínculo con la salud se da a través de las cargas laborales y los riesgos laborales. El *proceso de consumo* consiste en los medios por los cuales los conjuntos humanos realizan y reconstituyen su capacidad corporal y/o mental perdida durante su proceso de trabajo y vida cotidiana. El proceso de consumo se concreta mediante condiciones de vida como calidad de la vivienda, alimentación, disponibilidad de agua y disposición de excretas, acceso a educación y servicios de salud, energía eléctrica, carreteras, entre otros. Estos dos procesos constituyen la reproducción material de los conjuntos sociales. ^(48, 6) El *proceso sociocultural* consiste en las características diferenciales con que los individuos, familias y grupos dan significado y contenido distinto a las actividades de producción y consumo. Dentro del proceso sociocultural, que constituye la reproducción sociocultural, cobran relevancia las matrices y lógicas socioculturales, las concepciones del universo y las concepciones relacionadas con las diferencias entre hombres y mujeres, entre las diferentes etapas del ciclo de vida y las relacionadas con el proceso de salud-enfermedad-atención ⁽⁴⁸⁾.

La síntesis de estos tres procesos en diversas reproducciones sociales en una sociedad, permite identificar diferentes conjuntos socioculturales que reproducen condiciones y acciones sociales, económicas, culturales y políticas que les caracterizan según corresponda a un conjunto sociocultural una determinada reproducción social, igualmente corresponde una expresión específica del proceso salud-enfermedad en perfiles de morbilidad y mortalidad característicos de ese conjunto ^(48, 49).

Si se comprende y se acepta que en las poblaciones existen diferentes conjuntos socioculturales que se caracterizan por procesos de salud-enfermedad y acciones y formas organizadas de atención en salud específicas para cada uno de ellos, entonces se debe diseñar las acciones sanitarias a partir de esta comprensión. ⁽⁴⁸⁾

B4. Relevancia práctica e implicaciones para este trabajo

En esta sección se ofrecen elementos importantes para tomar en cuenta en la definición de la variable independiente (diferenciación social). Por una parte se presentan las definiciones y algunos aportes para la operacionalización de la categoría reproducción social, la cual se ha adoptado para el abordaje de la diferenciación social en este trabajo. De utilidad notable para este trabajo son los aportes para la operacionalización de los procesos de la reproducción social, presentados por Blanco, Breilh y Verdugo.

Además, de los aportes teóricos sobre la diferenciación social se extraen elementos de importancia para considerar su inclusión en el momento de operacionalizar esta variable y para comprender cómo la gente puede percibir la diferenciación social, entre ellos: la idea de clases en transición y situaciones contradictorias de clase; los conceptos de clase, estatus y partido de Weber; la idea funcionalista de la diferenciación social de Parsons; los elementos del cierre social de Parkin (posesión de la propiedad, riqueza, poder, educación, asistencia social, medios de comunicación, infraestructura, mercado, adscripción étnica, idioma, religión); las clases de capital (económico, social, cultural, simbólico) y el concepto de *habitus*, de Bourdieu.

C. Autoatención

C1. Introducción

En esta sección se trata el tema de la autoatención en salud. Se muestra lo complejo del tema así como diversos intentos que se han hecho para abordarlo desde el punto de vista teórico y metodológico.

La sección inicia con un apartado en el que se muestran tres conceptos interrelacionados que son de importancia en la investigación de servicios de salud – necesidad, accesibilidad y utilización – y se profundiza en el último por ser un concepto que describe fenómenos muy cercanos a los que describe el concepto de autoatención.

En el siguiente apartado se ofrecen elementos teóricos sobre los modelos médicos de atención, lo que sirve como preámbulo para el apartado posterior en el que se precisa las definiciones importantes para comprender el concepto de autoatención.

Luego se presenta un apartado con la descripción de las principales lecciones que han dejado los abordajes metodológicos sobre el tema de la autoatención.

Finalmente, en el apartado de *relevancia práctica e implicaciones para este trabajo* se señalan los elementos que se han tomando como fundamento para este trabajo.

C2. La autoatención en perspectiva de la utilización de servicios de salud

Hablar acerca de autoatención en salud remite inevitablemente a los conceptos de necesidad, accesibilidad y utilización de los servicios de salud, especialmente si el abordaje se hace desde las disciplinas de la Salud Pública. Para poner en perspectiva a la autoatención, se hará una rápida revisión sobre estos conceptos.

Se sabe que la utilización de cualquier servicio está determinada inicialmente por la percepción de una necesidad y la percepción de que esa necesidad puede satisfacerse a través de la utilización de dicho servicio. El concepto de *necesidad* no tiene un significado absoluto, sino que se relativiza de acuerdo con condiciones específicas como los valores, las normas sociales, los tiempos y los lugares. *Maslow* clasifica las necesidades en tres fundamentales: las de sobrevivencia, las de seguridad, así como las de afecto y pertenencia.⁽⁸⁾ Según *Harvey*, las necesidades se pueden definir en relación con una jerarquía de actividades básicas del ser humano: alimentación, vivienda, atención médica, educación, servicios sociales, bienes de consumo, oportunidades de recreación, servicios comunitarios, facilidades de transporte. Se afirma que una necesidad puede determinarse en relación con una limitación, sin embargo también se considera que la percepción y evaluación individual de lo que se necesita son influidas por la disponibilidad de información, la cual puede restringir o ampliar el espectro de necesidades.⁽⁸⁾ De acuerdo con *Bradshaw*, para la definición de las necesidades con relación a los servicios públicos se identifican cuatro aproximaciones operativas⁽⁸⁾: necesidad normativa, necesidad sentida, necesidad expresada, necesidad comparativa. De acuerdo con lo anterior,

las necesidades de los servicios públicos pueden ser definidas en función de los expertos o de los valores y expectativas de los ciudadanos.

De acuerdo con Carlos Garrocho ⁽⁸⁾, los factores asociados con la *utilización* de los servicios de salud son la accesibilidad potencial, la accesibilidad efectiva y la calidad del servicio. Esto nos lleva a explorar el concepto de accesibilidad.

Para Donabedian la *accesibilidad* es un “factor mediador” entre la capacidad de producir servicios y la producción o el consumo reales de dichos servicios. Por ello plantea la siguiente definición de accesibilidad: “se considera la ‘accesibilidad’ como algo adicional a la mera presencia o ‘disponibilidad’ del recurso en un cierto lugar y en un momento dado. Comprende las características del recurso que facilitan o dificultan el uso por parte de los clientes potenciales” ⁽⁹⁾.

Esta definición da una idea de que la accesibilidad es un concepto multidimensional, para cuyo estudio existen múltiples perspectivas. Al abordar la accesibilidad potencial, adquiere especial importancia tomar en cuenta el espacio y el tiempo. Para la accesibilidad efectiva cobran relevancia los factores no geográficos, en especial las características del usuario y las características de los recursos de salud. ⁽⁸⁾

Teniendo un panorama somero sobre los conceptos de accesibilidad y necesidad, es momento de pasar a hacer una revisión breve sobre el concepto de utilización de los servicios de salud y su abordaje teórico metodológico.

La *utilización* puede definirse como la “situación en la que los individuos tributarios de atención sanitaria reciben realmente asistencia por parte de los proveedores de tales bienes y servicios” ⁽⁸⁾. Existen tres tipos principales de modelos que tratan de explicar la utilización de los servicios de salud: los económicos, los de comportamiento y los causales. ⁽⁸⁾

Los **modelos económicos** plantean una perspectiva monodisciplinaria. Se basan en la teoría microeconómica, la cual plantea que los servicios de salud pueden ser obtenidos en el mercado con los recursos disponibles de los individuos. Afirma que diferentes bienes y combinaciones de bienes producen diversos niveles de satisfacción individual (utilidad) y que los consumidores evalúan la utilidad que pueden obtener y maximizan libremente sus niveles de satisfacción. Los criterios más importantes que se toman en cuenta son los costos, los beneficios y los recursos del consumidor. ⁽⁸⁾

Los **modelos de comportamiento** analizan el proceso de toma de decisiones. Su propósito básico es identificar el proceso cultural y psicológico que lleva a los individuos a reconocer un problema de salud, escoger la estrategia para recobrar la salud, evaluar los tratamientos disponibles y los resultados obtenidos y reevaluar la situación y las fuentes de atención disponibles. Para su análisis incorpora variables psicológicas y socioculturales que intentan responder por qué la gente se comporta de la manera en que lo hace. Entre las desventajas que presentan estos modelos se menciona que es difícil el estudio de factores y motivaciones que afectan a las decisiones individuales, además de que algunas variables son estrictamente subjetivas y las herramientas y técnicas metodológicas están poco desarrolladas.⁽⁸⁾

Existen muchos modelos de comportamiento para el análisis de la utilización de los servicios de salud, a continuación se muestran las características más importantes de cuatro de estos modelos ⁽⁸⁾: *Modelo de Rosentock (1959), los determinantes psicológicos y emotivos*: enfatiza en la importancia de los factores emocionales en la explicación de los patrones de utilización. *Modelo de Suchman (1964-1966), los determinantes socioambientales*: considera que la influencia del grupo social es más importante que el estado psicológico de alerta del individuo. *Modelo de Igun (1979), las etapas en la búsqueda de atención*: Intenta ofrecer una descripción de la secuencia de eventos y acciones asociadas a la búsqueda de atención. Sugiere que la percepción de la enfermedad es subjetiva y no requiere de verificación médica. Una persona es considerada enferma si se define a sí misma como enferma y su entorno social (amigos y familiares) aceptan su definición. *Modelo de Young (1981), la utilidad de los modelos de decisiones*: es una aproximación etnográfica al estudio de la utilización de los servicios de salud. Se considera particularmente apropiado para aplicarse en sociedades con varios sistemas de salud.

Este último modelo enfatiza tres preguntas fundamentales: cuáles son las alternativas de tratamiento percibidas, qué información o criterios se consideran en el proceso de selección del tratamiento, además de cómo es el proceso de decisión y qué principios rigen el manejo de la información cuando se realiza la elección del tratamiento. De acuerdo con Young son cuatro los principales criterios involucrados en el proceso de decisión: la seriedad de la enfermedad (objetiva o subjetivamente percibida), si existe y está disponible un remedio

casero apropiado para la enfermedad, la evaluación de la eficacia del remedio casero en comparación con la de un tratamiento profesional, así como los costos y medios de transporte requeridos para acceder a los servicios profesionales. Entre las limitaciones del modelo de Young se identifica que no incorpora consideraciones importantes relacionadas con las características específicas de los servicios y sistemas de salud.^(10, 8)

Los **modelos causales** intentan hacer una evaluación de los determinantes de la utilización. Estos modelos han resultado atractivos y ampliamente usados por sociólogos, antropólogos, geógrafos y otros analistas sociales. Su perspectiva es tan amplia que permite realizar análisis cualitativos y cuantitativos, considerar variables sociales e individuales y usar diferentes metodologías de investigación, lo que además favorece un enfoque multidisciplinario. Han resultado prácticos y sus resultados se han traducido fácilmente en términos de políticas y acciones de planeación.⁽⁸⁾

A continuación se presentan someramente los aspectos fundamentales de siete de estos modelos: *Modelo de Andersen (1968), los determinantes relacionados al ciclo familiar*: la utilización depende de tres factores (de predisposición, de capacidad y la necesidad. *Modelo de Andersen y Newman (1973), los determinantes sociales e individuales*: intentan integrar determinantes individuales y sociales, resultando tres principales grupos de variables: las determinantes sociales, las características del sistema de salud y las determinantes individuales. *Modelo de Wan y Soifer (1974), los valores sociales, culturales y económicos*: este modelo intenta incorporar los valores sociales, culturales y económicos como factores que afectan los patrones de utilización. Reconoce que aun cuando los factores de predisposición, de capacidad y de necesidad sean similares entre diferentes grupos o individuos, los patrones de utilización resultantes pueden ser distintos debido a sus diferencias socioculturales. *Modelo de Wolinsky (1978), la interrelación de factores*: plantea que existe una serie jerárquica de influencias entre los componentes de predisposición, capacidad y necesidad. *Modelo de Stock (1987), avances adicionales hacia los determinantes culturales*: Considera que la evaluación cultural de la enfermedad es el primer determinante del proceso de búsqueda de atención.

C3. Los modelos médicos de atención

En el apartado anterior se presentaron algunos conceptos que evidencian que para conocer la utilización de servicios debe adoptarse perspectivas amplias. Además se presentó una revisión sobre los diferentes modelos que se han propuesto para el estudio de la accesibilidad y utilización de la atención en salud (modelos económicos, de comportamiento y causales). En este apartado se presentará el concepto de “modelos médicos” que es muy relevante para el estudio de la atención en salud. Se aclara que este concepto no es equivalente al de los “modelos para el estudio de la utilización” de los servicios de salud (mostrados en la sección anterior), sino que corresponden a categorías conceptuales diferentes.

El concepto de modelos médicos de atención ha sido de interés para diferentes estudiosos de la atención en salud, sin embargo ha sido Eduardo Menéndez quien se ha ocupado de este con mayor detalle, por lo que la presentación que se hace en este apartado se basa en sus aportes.

En primer lugar, Menéndez plantea que en las sociedades actuales existen muy diferentes formas de atención a la enfermedad y que dicho reconocimiento debe hacerse no en función de su eficacia, eficiencia o calidad, sino en términos de la importancia de reconocer que existen. Propone que “el proceso capitalista conduce a la emergencia de varios modelos de atención médica”, lo cual produce la expansión del Modelo Médico Hegemónico (MMH) que se genera de manera conflictiva con otros modelos médicos y en la mayoría de los casos supone soluciones de complementariedad entre los modelos médicos. La organización social propia de las sociedades actuales genera que dicha complementariedad no se produzca tanto por la exclusión de los sistemas alternativos, sino por la “apropiación y transformación de los mismos a partir de su subordinación ideológica al MMH”.⁽¹¹⁾

Para el análisis de dicho proceso, Menéndez propone un “marco teórico-ideológico” con las siguientes características⁽¹¹⁾: es una aproximación esquemática que debe ser referida a casos específicos; los modelos son construcciones por lo que no dan completa cuenta de los procesos que operan en la realidad; los modelos son instrumentos que deben ser considerados dinámicos y en proceso de transformación; los modelos deben ser entendidos como instrumentos metodológicos. De acuerdo con esto se entiende que los modelos médicos son “construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción

de los mismos no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los ‘curadores’ (incluidos los médicos), sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento” ⁽¹¹⁾.

Menéndez propone tres “modelos médicos” para la comprensión de la realidad de la salud-enfermedad-atención. Estos son el modelo médico hegemónico (MMH), el modelo médico alternativo subordinado (MMAS) y el modelo médico basado en la autoatención (MMBA). ^(11, 12)

De acuerdo a la idea de “modelos” de Menéndez, existen en Guatemala el MMH, el MMAS y el MMBA. En los dos últimos se incluirían una larga lista de submodelos que irían desde los que se basan en ideas vitalistas de la salud-enfermedad, los que se basan en la enfermedad como castigo divino y la salud–curación como un regalo divino, la herbolaria, la homeopatía, la medicina biológica, la de los ritmos biológicos y un largo etcétera ⁽¹³⁾. El modelo de la Medicina Maya requiere especial atención, aunque no se profundizará en sus características dentro del presente trabajo (para detalles sobre éste consultar la serie de trabajos que ASECSA ha publicado recientemente ^(14, 15, 16)). Algunos de estos son incorporados y resignificados por el MMH, pero sin legitimarlos formalmente. También juegan un papel importante en la articulación de estos modelos a nivel comunitario los promotores de salud rural ^(14, 17).

Menéndez señala que los términos popular y tradicional (sus denotaciones y sus connotaciones) están muy influidos por quien los usa. Lo generalmente aceptado por el sentido común es lo utilizado por los grupos dominantes. El autor nos muestra que lo llamado tradicional es también moderno y que lo llamado moderno es también tradicional. Ofrece las razones para relativizar el uso de estos términos. ⁽¹¹⁾

Usualmente la gente utiliza las prácticas que le resulten útiles y ante la oferta de servicios que encuentre buscará la complementariedad que esté más de acuerdo a sus necesidades y posibilidades. De igual manera, los curadores recurren a prácticas de otros modelos. Todas estas transacciones se dan en la *búsqueda de una complementariedad* pragmática; en estas transacciones generalmente se da la resignificación de las prácticas de los otros modelos hacia las lógicas del modelo propio. ^(11, 12)

En el siguiente apartado se describirán con más detalle las características del Modelo Médico basado en la Autoatención, el cual es el que se intenta explorar en este trabajo.

C4. El Modelo Médico basado en la Autoatención y sus características

En este apartado se describen las características del Modelo Médico basado en la Autoatención. Se presentarán los principales elementos conceptuales de los aportes de Eduardo Menéndez y de Jesús Haro.

Aporte de Eduardo Menéndez: Los sujetos y grupos sociales son el agente que usa las diferentes formas de atención, las sintetiza, articula, mezcla y yuxtapone y además es quien reconstituye y organiza una parte de estas formas de atención en actividades de “autoatención”, dado que la “autoatención constituye no sólo la forma de atención más constante sino el principal núcleo de articulación práctica de las diferentes formas de atención, la mayoría de las cuales no puede funcionar completamente si no se articula con el proceso de autoatención”.⁽¹²⁾

El término “autoatención” se define como “las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales”⁽¹²⁾. Pueden distinguirse dos niveles en la autoatención. Un “nivel amplio” que se refiere a “todas las formas de autoatención que se requieren para asegurar la reproducción biosocial de los sujetos y grupos a nivel de los microgrupos y especialmente el grupo doméstico”. En un “nivel restringido” se refiere a las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al proceso salud-enfermedad-atención. Aunque puede ser difícil hacer una distinción clara entre ambas, el autor intenta hacer un “corte metodológico” que permita concentrarse en el nivel restringido pero asumiendo que “en los procesos concretos aparecerán incluidos aspectos de la autoatención ampliada”.⁽¹²⁾

Menéndez considera a la “automedicación” y el “autocuidado”, como parte de la autoatención. Con relación al autocuidado, señala que algunos autores consideran que éste tiene implicaciones preventivas o de promoción de la salud, mientras que la autoatención se

refiere a acciones de tipo asistencial. Sin embargo, Menéndez afirma que tanto la autoatención como el autocuidado pueden desarrollar ambos tipos de actividades y “la diferencia radica en el énfasis en lo individual impulsado por las políticas de autocuidado, mientras que el concepto de autoatención refiere a la salud colectiva”. Respecto a la automedicación, acota que “no se refiere sólo a la decisión de utilizar determinados tipos de fármacos desarrollados por la industria químico-farmacéutica, sino a todas las sustancias (infusiones de hierbas, alcohol, marihuana, etcétera) y actividades (cataplasmas, ventosas, masajes, etcétera) de diferente tipo que son decididas y usadas por los sujetos y microgrupos con autonomía relativa para actuar respecto de sus padeceres o para estimular determinados comportamientos”.⁽¹²⁾ Además, Menéndez identifica la “autoayuda” como parte de la autoatención, implicando ésta una actividad social de ayuda mutua basada en la reciprocidad, que puede o no trascender el ámbito doméstico.⁽¹⁸⁾

Aporte de Jesús Haro: Señala que la atención a la salud conlleva “no solamente prácticas terapéuticas, sino también elementos culturales de referencia, procesos de información y toma de decisiones, de diagnóstico y pronóstico, actividades de rehabilitación, de prevención y promoción de la salud, que se ofrecen tanto a nivel personal (...) como en un nivel socio-comunitario”⁽¹⁹⁾. Él define el “cuidado lego de la salud” como “todas aquellas actividades relacionadas con lo sanitario que existen al margen de la medicina profesional”⁽¹⁹⁾.

Haro propone un modelo para representar la atención a la salud en las sociedades modernas, en el que distingue cuatro formas básicas para atender necesidades sanitarias: la atención alternativa, la atención médica profesional, la autoayuda-autogestión y el autocuidado-autoatención. Estas cuatro formas de atención se solapan y complementan. Los “cuidados profanos” los ubica en la autoayuda-autogestión y en el autocuidado-autoatención.⁽¹⁹⁾ El lugar central y clave lo identifica en el autocuidado-autoatención, pues todas las otras formas necesitan de éste para funcionar, pero éste puede no requerir de ninguno de los otros. Esto implica que cualquiera de las formas de atención necesita del individuo y del grupo doméstico para poder funcionar. Sin embargo, no debe olvidarse que el “cuidado lego de la salud” no recibe influencias únicamente de la cultura popular, sino de muy variadas fuentes, incluyendo los cuidados médicos profesionales.

De acuerdo con dicho modelo, Haro opina que para construir los conceptos necesarios para explicar el espectro en que se brindan los “cuidados profanos” en salud, es necesario precisar los términos de autocuidado, autoatención y autoayuda. Plantea que debe distinguirse autocuidado de autoayuda. Define el autocuidado como “las prácticas centradas en aspectos preventivos o de promoción de la salud, que son generalmente cotidianos y que suelen estar centradas en los individuos o el grupo doméstico”. Considera que autocuidado y autoatención son “casi sinónimos” y define a la segunda como “un término más propio para referirse a las prácticas relativas a los episodios de enfermedad o cualquier tipo de sufrimiento, que tienden a activar respuestas colectivas y, por lo tanto, servirá para ubicar las relaciones en que se inscriban estas prácticas, que abarcan tanto el propio grupo doméstico como las redes sociales”.⁽¹⁹⁾ Finalmente, propone que el término autoayuda se refiera a “iniciativas que están expresamente organizadas para la atención de problemas sanitarios y que son genuinamente autogestionarias en tanto que ofrecen opciones de atención que complementan y compiten, pero que, sobre todo, tienden a cuestionar la oferta de la atención médica profesional”⁽¹⁹⁾.

“El cuidado lego no constituye una categoría de funciones y actividades fijas”,⁽¹⁹⁾ por ello, todo proceso asistencial constituye un itinerario particular que se construye en torno a los recursos intelectuales, sociales, institucionales y culturales disponibles en cada episodio.

Finalmente, tanto Menéndez como Haro señalan que la relación entre el modelo médico hegemónico y el modelo médico basado en la autoatención, han sido ambiguas. Desde el MMH algunas veces se promueven acciones de autoatención o autocuidado, algunas veces se censuran, otras veces se ignoran, pero en general no se le ha prestado suficiente interés como para estudiarlo científicamente y se ha dejado al “sentido común” del médico. Haro indica que suelen presentarse tres actitudes con respecto al ámbito del cuidado lego: considerarlo irrelevante, considerarlo fuente de problemas, o considerarlo como un recurso susceptible de utilización para disminuir el papel asistencial del Estado.^(12, 19) Esta relación ambivalente ha sido corroborada por múltiples autores en múltiples contextos^(20, 21, 22, 23, 24).

En este trabajo se utiliza como definición de autoatención las “prácticas relativas a los episodios de enfermedad o cualquier tipo de sufrimiento, que tienden a activar respuestas colectivas”.⁽¹⁹⁾ Esta definición coincide con la de Haro y correspondería al concepto en “nivel restringido” de Menéndez, pero a lo que él llama autocuidado. Se decidió seleccionar la

definición de Haro por considerarla más fácil de operativizar, pero conservando los conceptos más amplios de Menéndez por explicar el contexto de una manera más cercana a la realidad guatemalteca.

C5. Aproximaciones metodológicas al estudio de la autoatención

Diferentes autores se han interesado en el estudio de la autoatención en salud. En este apartado se presenta una síntesis de los aportes conceptuales y metodológicos de diversos autores para el abordaje del tema.

Robert Parker y sus colaboradores ⁽²⁵⁾ encontraron diferencias en las prácticas de autoatención en áreas rurales de Nepal e India. Encontraron relación entre las diferentes prácticas de autoatención y la edad, sexo, casta, acceso a servicios gubernamentales o no gubernamentales de salud, tipo de enfermedad, duración de la enfermedad y severidad de la enfermedad.

En un número especial de la revista *Social Science and Medicine* ⁽²⁶⁾ se refleja el estado del conocimiento con relación a la investigación acerca de la autoatención. Las contribuciones van desde los estudios preocupados por prácticas de comportamiento que han sido consideradas importantes para la salud, incluyendo la autoatención relacionada con enfermedades específicas, hasta estudios de intervención e investigaciones sobre educación para la autoatención, grupos de autoayuda y actitudes profesionales hacia la autoatención. Se señala que los estudios en muestras representativas son raros y los estudios longitudinales son prácticamente inexistentes. Se sugiere que los abordajes metodológicos para el estudio del contexto situacional en el que el comportamiento tiene lugar, usando modelos de proceso y métodos estadísticos flexibles, pueden ayudar a distinguir niveles de influencia y a integrar de manera significativa las teorías de comportamiento.

Un estudio hecho por investigadores de la Universidad de Georgetown ⁽²⁷⁾ señala que la “unidad familiar” ha sido reconocida como un determinante clave en los comportamientos de los individuos acerca de la salud y la enfermedad. Este grupo comparó variables individuales y familiares como predictores del uso individual de recursos médicos, encontrando que el grupo de variables del contexto familiar es un mejor predictor que el grupo de variables de características individuales. La variable predictora más poderosa fue “el uso por otros

miembros de la familia”. Las variables utilizadas para el nivel familiar fueron el tamaño de la familia, el ingreso familiar, el porcentaje de mujeres en la familia, el porcentaje de niños en la familia, las enfermedades de las que se suele enfermar la familia y el uso de medicinas prescritas o no por parte de otros miembros de la familia. Las variables utilizadas para el nivel individual fueron la edad, el sexo, la raza y las enfermedades padecidas.

U. A. Igun, de la Universidad de Maiduguri, Nigeria, propone un modelo descriptivo del proceso de búsqueda de la salud ⁽²⁸⁾. El modelo describe las etapas que inician con la experimentación de los síntomas y llevan de una manera no lineal a la automedicación, la comunicación a personas significativas, la investigación acerca de los síntomas, el asumir el papel de enfermo, la expresión de preocupación con familiares y amigos, la búsqueda de tratamientos eficaces y la selección del plan de tratamiento. En cada etapa hay diversos factores capaces de influir en la decisión. Igun presenta 2 casos en que aplica su modelo.

James Young es uno de los investigadores más citados. Aplicó la metodología del análisis de decisiones al campo de la salud. Trabajó con la hipótesis de que las diferencias en las concepciones legas sobre la enfermedad son una barrera primaria para la utilización de los servicios de salud. En sus estudios realizados en comunidades mejicanas encontró mayor relación con la disponibilidad y accesibilidad a los servicios, que con las concepciones de la gente ^(29, 30). En la presentación del número especial de Social Sciences and Medicine titulado “The ethnography of health decisions” ⁽³¹⁾, Linda Young Garro (viuda y colega de James Young) afirma que el análisis de toma de decisiones es un intento de entender lo que la gente hace cuando se enfrenta a la enfermedad y por qué lo hace. Está enfocado en la escogencia. Los modelos de análisis de toma de decisiones probaron ser valiosos en el estudio de servicios de salud en contextos plurales, debido a que examinan los sistemas médicos alternativos desde el punto de vista de la gente que debe escoger entre ellos. El aporte de James Young es que abordó este complejo asunto utilizando procedimientos de elicitación formal, mientras otros habían usado sólo narrativas de la terapéutica. Un punto de importante preocupación para el doctor Young fue diferenciar entre los conocimientos y prácticas que se dan por tradición de los que se dan por falta de acceso (oportunidades, alternativas). Linda Young afirma que “a través de la observación de las razones de los individuos para las decisiones que toman, no

revelará explicaciones idiosincrásicas de bajo nivel, sino principios generales de elección que reflejan el contexto cultural”

Noel Chrisman propone un modelo para estudiar el proceso de búsqueda de la salud, que incluye cinco componentes: definición de los síntomas, cambios en la conducta relacionados con la enfermedad, consulta y referencia con no profesionales, acciones de tratamiento, adherencia.⁽³²⁾

El doctor Arthur Kleinman propone ocho preguntas para aproximarse a los modelos explicativos que la gente tiene para las enfermedades, lo que ayuda a comprender las decisiones que toman. Estas preguntas son: ¿Cómo le llama usted al problema? ¿Qué cree usted que causó el problema? ¿Por qué cree usted que el problema empezó cuando lo hizo? ¿Qué tan grave es la enfermedad? ¿Termina rápido o se tarda en terminar? ¿Qué clase de tratamiento piensa usted que el enfermo debería recibir? ¿Cuáles son los resultados más importantes que usted espera que se obtengan de ese tratamiento? ¿Cuáles son los problemas más importantes que la enfermedad les causó? ¿Qué es lo que más le preocupaba de la enfermedad? ¿Había usted tomado medidas preventivas frente a la posibilidad de sufrir de esta enfermedad?^(7, 33)

Finalmente, Gery Ryan ha hecho avances en el estudio de lo que llaman “*health seeking behavior*” a través de sus investigaciones en México y Camerún, así como a nivel metodológico en asociación con Russell Bernard. Ryan hace una revisión de las propuestas de otros autores y propone un abordaje conceptual y metodológico que él mismo aplicó en una población de Camerún^(34, 35). En su propuesta conceptual considera diferentes niveles de determinantes de los comportamientos y de las decisiones que las personas toman ante un episodio de enfermedad. En lo conceptual también establece la importancia de considerar como variables las características del episodio de enfermedad, las características del paciente y las características de la persona que brinda cuidados. En lo metodológico utiliza una serie de técnicas complementarias para abordar los comportamientos y los determinantes. Además hace una propuesta para el análisis bivariado y multivariado de la relación entre los determinantes y los comportamientos. Hace uso de técnicas de “análisis secuencial” para los comportamientos⁽³⁶⁾ y de “análisis de redes sociales” para los determinantes. El trabajo de Ryan orientó importantemente la operacionalización de la variable autoatención en este

trabajo, así como el análisis de la relación entre las dos variables. El concepto de “*health seeking behavior*” que usa Ryan y otros muchos autores de habla inglesa no se corresponde exactamente con el de autoatención que se usa en este trabajo, pero tienen una importante coincidencia en el hecho de que ambos se interesan por las decisiones que se toman a nivel de las personas y las familias.

C6. Relevancia práctica e implicaciones para este trabajo

La información presentada en esta sección ofrece, por un lado, elementos para ser considerados en la operativización de la variable independiente (diferenciación social), como es el caso de los aportes sobre accesibilidad, necesidad y utilización. Por otro lado, los apartados sobre autoatención y aproximaciones metodológicas para la autoatención ofrecen elementos a considerar en la definición y operativización de la variable dependiente (autoatención).

De los conceptos presentados sobre *accesibilidad* se toma como algo importante que para conocer la accesibilidad efectiva se debe tomar en cuenta las características del usuario y las de los recursos de salud disponibles. Sobre los conceptos de *necesidad* con relación a los servicios públicos es importante tomar en cuenta el abordaje comparativo ya que éste considera que existen diferencias en las necesidades percibidas por diferentes grupos dentro de los mismos conglomerados sociales. Estos conceptos apoyan la perspectiva del presente trabajo.

En cuanto a los modelos para el abordaje de la *utilización* presentados hay varias consideraciones importantes para este trabajo. En primer lugar, los modelos económicos sugieren que se considere la oferta y demanda de servicios, los recursos del consumidor, así como los costos y beneficios para el consumidor.

En segundo lugar, los diferentes modelos de comportamiento sugieren tomar en cuenta los siguientes aspectos: el proceso de toma de decisiones, variables sociológicas y psicológicas, la percepción subjetiva de la severidad de la enfermedad, la disponibilidad de recursos de salud, la percepción de la calidad de los servicios, la susceptibilidad percibida de perder la salud, los valores sociales, la interacción con el grupo social, el nivel socioeconómico, el conocimiento sobre la enfermedad, las actitudes sobre los servicios, las variables espaciales, la

competencia entre diversos servicios, las características específicas de los servicios de salud. Es de especial interés tomar en cuenta las tres preguntas fundamentales que Young propone: ¿cuáles son las alternativas de tratamiento percibidas?, ¿qué información o criterios se consideran en el proceso de selección del tratamiento? y ¿cómo es el proceso de decisión?

En tercer lugar, los modelos causales sugieren considerar los siguientes aspectos: los determinantes de la utilización, variables individuales y sociales, los factores de predisposición, los factores de capacidad, los factores de necesidad, los determinantes sociales, las características del sistema de salud, los determinantes individuales, los valores sociales, los valores económicos, los valores culturales, la facilidad de comunicación, la aculturación y las creencias.

En cuanto a los *modelos médicos de atención* el aporte para este trabajo es el reconocimiento de su existencia para poder hacer un abordaje más realista del objeto de estudio. Se nos ofrece la definición conceptual de *autoatención* que se adoptó para este trabajo, “prácticas relativas a los episodios de enfermedad o cualquier tipo de sufrimiento, que tienden a activar respuestas colectivas”, la cual la diferencia del concepto a nivel amplio de Menéndez y de los conceptos de autoayuda y autocuidado. También permite conceptualizar a la autoatención como el espacio en que se toman las decisiones sobre la atención que se buscará.

Sobre las *aproximaciones metodológicas al estudio de la autoatención* se rescatan algunos elementos para tomar en cuenta en la operacionalización de la variable independiente (diferenciación social): edad, sexo, casta, acceso a servicios gubernamentales o no gubernamentales, tipo de enfermedad, duración de la enfermedad, severidad de la enfermedad, tamaño de la familia, ingreso familiar, porcentaje de mujeres, porcentaje de niños, enfermedades de las que suelen enfermar, uso de medicamentos por otros miembros.

Además se sugiere el uso de la unidad doméstica como unidad de análisis, el uso de modelos de proceso (como los propuestos por Igun, Chrisman y Kleinman), el uso de métodos estadísticos flexibles que permitan distinguir niveles de influencia y estudiar el contexto situacional en el que tiene lugar el comportamiento. Nuevamente es importante resaltar el aporte de Young, cuyo análisis de toma de decisiones se presenta como muy apropiado para considerarse en la metodología de este estudio. Se tomaron los aportes metodológicos de Gery

Ryan para la operativización de la variable autoatención y para el posterior análisis de la información. También se tomaron de este autor las variables: características del episodio de la enfermedad, características del paciente y características de la persona que brinda cuidados.

D. Diferenciación social y autoatención en Guatemala

D1. Introducción

En esta sección se presentan los temas de la autoatención y diferenciación social en Guatemala. La importancia de presentarlos es por su potencial contribución a la definición operacional de las variables de este estudio.

En el primer apartado se argumenta que el tema de la diferenciación social ha sido particularmente controversial en Guatemala (y en el resto de Latinoamérica) y que siempre ha estado atravesado por su vínculo con las relaciones interétnicas. Dado que no existen consensos al respecto, se hace un recuento de los principales aportes de diferentes estudiosos guatemaltecos.

En el segundo apartado se presentan los resultados de diferentes investigaciones empíricas relacionadas con el tema de la autoatención, aunque muchas de ellas no lo abordan explícitamente.

En el apartado siguiente se pretendía presentar información sobre la relación de las dos variables en el ámbito guatemalteco, pero no fue posible obtener ningún estudio en que se aborde dicha relación.

En el apartado final se hace un recuento de los aportes de esta sección para el presente trabajo.

D2. Diferenciación social en Guatemala

Existe mucho desacuerdo conceptual y metodológico con relación al tema de la diferenciación social, tal como se presentó en el apartado “Elementos conceptuales de la diferenciación social”. La diversidad y profundidad de estos desacuerdos se agudiza cuando tratan de aplicarse a la realidad de países periféricos como Guatemala. Diferentes personas

han tratado de determinar la viabilidad del concepto de clase en el análisis de la diferenciación social en Latinoamérica, lo que ha llevado a tratar de establecer la posición de los indígenas en las sociedades desde la época colonial. Algunos aceptan que existen clases sociales desde la época colonial y otros aseguran que las clases sociales sólo se encuentran en las formaciones sociales capitalistas occidentales, por lo que los indígenas no pueden entrar en ese esquema, ni ahora ni en la época colonial.⁽⁵⁰⁾ En este trabajo no se buscará resolver dicho debate, sino únicamente hacer un uso ecléctico de los conceptos y metodologías para apoyar los objetivos de esta investigación. Para ello se hará un recorrido por los aportes que diferentes autores han hecho para la comprensión de la diferenciación social en Guatemala. Dados los alcances de este trabajo, dicho recorrido se presentará de manera sincrónica e intentando ubicarnos en la Guatemala contemporánea (de los últimos cincuenta años), renunciando a la riqueza que podría ofrecer hacer un análisis diacrónico de la diferenciación social en Guatemala y en particular entre la población *k'iche'*.

Jorge Luján⁽⁵⁰⁾ analiza el ordenamiento de los grupos e individuos de la sociedad guatemalteca del siglo XVIII como una superposición de capas, segmentos y clases sociales. Para analizar la estratificación social recurre a tres categorías teóricas diferentes, pero que no considera excluyentes, como son los estamentos, las castas y las clases. Aunque no nos detendremos en su análisis de la sociedad del siglo XVIII, sí queremos recuperar los elementos conceptuales que este autor usa para acercarse a la complejidad de la diferenciación social guatemalteca.

Por su parte Alfredo Méndez reconoce que “los individuos de una clase conciben la estratificación social de manera diferente que los miembros de otros estratos (o clases)” y que estas concepciones tienen una dimensión histórica que refleja los intereses de dichos grupos.⁽⁵¹⁾ De esta manera, propone enfocar la estratificación social “primero como un fenómeno social y no económico”, intentando que prevalezca “la comprensión de las propias conceptualizaciones de quienes son objeto de estudio, sin desatender la necesaria objetividad”⁽⁵¹⁾. Define las clases sociales como “manifestaciones del proceso de estratificación social que comprende actividades competitivas, entre las que figura la contienda por la adquisición de los bienes que otorgan poder y prestigio y la contienda ideológica mediante la cual se definen estos bienes y se establece su valor relativo”⁽⁵²⁾. “Las clases sociales son manifestaciones

subculturales derivadas de la distribución desigual del poder y del prestigio” y por tanto son diferentes de los grupos étnicos estratificados. Los bienes que generalmente otorgan poder y prestigio pueden ser de naturaleza material (dinero, tierras, etcétera), intelectual (conocimientos, gusto estético, etcétera) y vinculativa (redes sociales creadas por la consanguinidad, afinidad y asociación).⁽⁵²⁾ Dicho autor ve la necesidad de introducir el concepto de *substratum* para referirse a grupos como los profesionales, que se encuentran en la mayoría de los estratos, por contar con muchos bienes intelectuales y vinculativos, pero que cuentan con variables cantidades de bienes de producción. Similar situación ve en los terratenientes, que en muchos casos pueden contar con importantes bienes de producción pero carecer de los bienes vinculativos e intelectuales con que cuentan otros capitalistas.

Como puede verse, el estudio de la diferenciación social en la sociedad guatemalteca ha estado marcado por el estudio de las diferencias económicas y su relación con otras variables, entre las que las relaciones interétnicas han jugado un papel preponderante. Así, para algunos autores como Severo Martínez y Carlos Guzmán Böckler el estudio de las clases sociales es fundamental para comprender la desigualdad social en la población guatemalteca, mientras que otros autores como Mario Roberto Morales, Richard Adams y Demetrio Cojtí enfatizan lo étnico. A continuación presentamos un repaso por lo esencial en la interpretación que algunos autores han hecho acerca de la diferenciación social en Guatemala.

Severo Martínez, utilizando una perspectiva histórica, planteó que durante la época colonial la “condición social del indio era la de siervo” y se liberó mediante la supresión del trabajo forzado para incorporarse como fuerza de trabajo asalariado. Él plantea que la diferenciación social se fundamenta en la distribución de los medios de producción, pero que desde la época colonial esta distribución se ha basado en la condición étnica, dejando a la población indígena en el último nivel de la escala y a los españoles y sus descendientes en el nivel más alto⁽⁵³⁾.

Por su parte, Demetrio Cojtí afirma que la diferenciación en Guatemala está marcada por relaciones de tipo colonialista, en que el pueblo ladino “monopoliza y controla el Estado mientras el resto de comunidades étnicas son sujetos coloniales, practica la opresión lingüística y cultural, controla los sujetos coloniales, mediante el expansionismo cultural de su etnia o la prohibición de enseñar y utilizar los idiomas no oficiales”⁽⁴⁰⁾. De manera similar,

Mario Roberto Morales plantea la propuesta de articulación de las diferencias, basada en el modelo de sujetos alternos y subalternos, afirma que los indígenas son sujetos subalternos y los ladinos son sujetos alternos ⁽⁴⁰⁾. Estos autores plantean una relación binaria entre indígenas y ladinos, lo cual (sin negar que las relaciones interétnicas son un punto medular en la diferenciación social guatemalteca) es una sobre simplificación de las relaciones que se dan en el marco de la diferenciación social en Guatemala.

Dado que en la interpretación de la diferenciación social en Guatemala se ha entretelado sobre las diferencias de clase y etnia, ha habido múltiples autores que han hecho propuestas para la mejor comprensión de ambas categorías y su relación. Jorge Solares hizo un estudio sobre este tema en la década de los 1980s, de la cual se publicó una sinopsis que sirvió como base para esta revisión ⁽⁵⁴⁾. El autor estudió diferentes trabajos sobre el tema y sus principales conclusiones son las siguientes: es necesario e imprescindible vincular los análisis de macro nivel y de micro nivel; la etnicidad debe verse siempre como una forma de antítesis en cualquier sistema plural donde necesariamente existen dos o más grupos étnicos; los conceptos étnicos no pueden trocarse ni transformarse en categorías socioeconómicas necesariamente relacionadas con el contexto nacional; la interrelación entre lo étnico y el fenómeno de clase social debe situarse no en el nivel estructural de las relaciones objetivas, sino en el superestructural, donde se ubican las categorías ideológicas de conciencia.

Además de los aportes presentados, que intentan dar explicaciones generales relacionadas con la diferenciación social en Guatemala, existen múltiples autores que dan aportes sobre aspectos específicos que consideramos de utilidad para comprender la diferenciación social en la población guatemalteca. A continuación presentamos una síntesis de los más relevantes para este estudio.

Robert Carmack presenta un estudio sobre la estratificación social en Momostenango (municipio de Totonicapán) ⁽⁵⁵⁾. El autor encontró que la casta y la etnia continúan siendo factores importantes en la vida social. Señala que el status étnico prevalece sobre las divisiones de clase dentro de la casta ladina. Sin embargo, la estructura de casta ha dado paso a las divisiones de clase, especialmente entre los *k'iche's*, cuya naciente burguesía y campesinado rural proletarizado se han convertido en fuerzas sociales importantes. El grupo de comerciantes *k'iche's* se ha convertido en el bloque político más importante de la

comunidad. Los *k'iche's* rurales se encuentran en una posición intermedia e intercambiable entre el status campesino y el status proletario, debido a los cambios de las últimas décadas. Los lazos económicos y políticos con el exterior han dado lugar a una estructura de clases que pone en duda la eficacia de los viejos modelos. Carmack reconoce la complejidad de la diferenciación social momosteca, pero intenta esquematizar los elementos principales de la misma, diferenciando entre dos estatus étnicos, el ladino y el indígena. Dentro del estatus étnico ladino distingue tres clases sociales (capitalistas, clase media y trabajadores). Dentro del estatus étnico indígena distingue dos clases (burguesía y campesinos) y varios estratos (comerciantes, artesanos y agricultores). Además de estos elementos principales, Carmack distingue otros elementos de diferenciación social: distribución ocupacional inequitativa, dominación política, racismo, discriminación, diferenciación ritual. Interpreta que las diferencias basadas en estos elementos están relacionadas con la supervivencia del sistema de castas ladina e indígena. Además, distingue una casta poco definida: la de los “mezclados”.

En un trabajo publicado por CIRMA ⁽⁵⁶⁾ se identifican varios procesos importantes de analizar en el estudio de las relaciones interétnicas, entre ellos la propiedad de la tierra, la inserción laboral, las relaciones locales de poder, el gobierno local, el acceso a la educación y la religión. Además, para la población del suroccidente del país se identifican algunas peculiaridades: la negación de la existencia de indígenas en la costa sur, la relación con las fincas (principalmente de café y caña) y la migración (tanto la presencia de inmigrantes de otras regiones del país, como la emigración especialmente a los Estados Unidos). Del trabajo de Matilde González ⁽⁵⁷⁾ se obtuvo evidencias de la importancia de la identificación de las relaciones locales de poder, gobierno local y estructuras religiosas, así como sus estructuras y redes “subterráneas” o invisibles. Para la comprensión de la importancia de la religión como elemento de diferenciación social, fue valiosa la lectura de los libros del Secretariado Episcopal de América Central ⁽⁵⁸⁾, José Fernández ⁽⁵⁹⁾, Manuela Cantón ⁽⁶⁰⁾, así como los resúmenes y explicaciones proporcionados por José Luis Albizu ⁽⁶¹⁾.

D3. Autoatención en Guatemala

El médico guatemalteco Carlos Zea Flores ⁽⁶²⁾ ofrece una revisión de diferentes elementos de la concepción de la causalidad de las enfermedades, en diferentes grupos

etnolingüísticos de Guatemala. Entre los elementos que menciona se incluye el importante papel del “pecado” y la “culpa” como parte de la explicación de las enfermedades y como parte importante de las decisiones que se toman para buscar alivio. Además menciona la importancia de comprender la concepción de la constitución del cuerpo humano dentro de la cosmovisión de los pueblos mayas, para comprender las acciones que se toman para prevenir las enfermedades o curarlas. Esta concepción presenta variaciones en diferentes zonas etnolingüísticas del país, pero en general consiste en que el ser humano, al igual que el resto del universo, está constituido por cuerpo, alma, espíritu y energía. Trastornos y carencias en cada una de estas partes constituyentes del ser humano y de su interrelación con estas mismas partes constituyentes del entorno, son los que determinan el apareamiento de padecimientos y también las acciones necesarias para recuperar el equilibrio, es decir, la salud. De acuerdo con Zea, estos elementos conceptuales, combinados con otros elementos rituales y sociales, son los que configuran las acciones que se toman en los diferentes momentos del embarazo, el parto y el puerperio.

En su conferencia en el I Seminario de Medicina Tradicional en Guatemala, realizado en 1984, el odontólogo y antropólogo guatemalteco Jorge Solares ofrece algunos elementos conceptuales y epistemológicos que resultan de utilidad para la comprensión de la autoatención y los caminos del enfermo en Guatemala, así como su relación con la diferenciación social ⁽⁶³⁾. Solares plantea que resulta imperativo conocer la actitud popular hacia los problemas sanitarios. Sin embargo, señala que ese conocimiento no debe circunscribirse a un “inventario de lo visible, de las creencias explícitas y las técnicas empleadas por la gente, porque ellas son como el punto terminal de una serie de ideologías y relaciones sociales que a nivel encubierto les dan origen”. En el siguiente cuadro se recogen algunos elementos que Solares afirma que deben tenerse en cuenta para comprender las prácticas populares en salud.

Tres Categorías de acción y pensamiento	Tres Dimensiones sociales interactuantes en que operan dichas categorías	Cuatro Premisas para tener en mente
§ Tecnologías y actitudes abiertas (lo que las personas hacen). § Ideología y valores (lo que las personas piensan). § Organización social (cómo las personas se relacionan)	§ Las sociedades locales que desarrollan una medicina “tradicional” o “interna”. § Los sectores dominantes que implantan una medicina académica, oficial, “occidental” o externa a las sociedades locales. § La interfase de interacción entre las sociedades locales, medicina tradicional interna y los sectores dominantes, medicina occidental externa.	§ Las enfermedades no son objetivas ni abstractas, como las concibe la medicina académica: son también lo que la gente piensa y hace con ellas. § La medicina tradicional no es definible por sí misma, sino antitéticamente a la no tradicional. § No siempre se da una frontera clara entre la medicina tradicional y la no tradicional. § El complejo enfermedad-salud debe interpretarse como expresión de relaciones sociales existentes.
Fuente: elaboración propia con base en Solares		

Solares afirma que “limitar la investigación a la ‘medicina tradicional’ y principalmente a lo que tiene de tecnológico, equivale a dislocar de la realidad dinámica e integral, una de sus dimensiones componentes”.

Dentro del mencionado I Seminario de Medicina Tradicional en Guatemala se dieron múltiples aportes relevantes para el presente trabajo. Sin el afán de ser exhaustivos, se listan a continuación algunos de ellos⁽⁶⁴⁾:

§ Luis Arroyave presenta un análisis acerca de la importancia de los ritos y métodos “mágicos” y su relación con la psicoterapia. Hace énfasis en la eficacia terapéutica y la eficacia simbólica de dichos métodos. Hugo Soto presenta un análisis similar, haciendo comparaciones entre psicoterapia y curanderismo. Rodolfo Kepfer presenta las características comunes entre magia y psicoanálisis. Todos ellos coinciden en la eficacia simbólica relacionada con la eficacia terapéutica.

§ Elba Villatoro presenta los usos terapéuticos del tuj (o temascal) en Santiago Atitlán, Sololá. Hace énfasis en la importancia de las concepciones sobre salud y enfermedad como orientadoras de las acciones terapéuticas.

La médica y antropóloga Julia Stormont presenta un estudio acerca de recursos terapéuticos realizado en la Colonia Santa Fe, de la ciudad de Guatemala, en el que identificó un patrón general en el “orden en que se realizan las consultas” ante un episodio de enfermedad ⁽⁶⁵⁾: 1- Automedicación (familia, vecinos) con medicamentos patentados. 2- Dependiente de la farmacia. 3- Centro de Salud local. 4- Otros Centros de Salud y hospitales. 5- Automedicación (familia, vecinos) con plantas y otros medicamentos caseros. 6- Médico particular. 7- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. 8- Comadrona. 8- Curanderos. Explica que existen algunas variantes en los niños y ancianos, en quienes la medicación con plantas es más usada, pero en general la automedicación con medicamentos patentados, así como la consulta al vendedor de la farmacia son los más usados.

Una de las investigaciones presentada por Silma Castillo y Blanca Mendoza ⁽⁶⁶⁾, realizada en Jutiapa, indagó acerca del “orden en que la gente busca ayuda cuando se encuentra enferma”. El “orden” identificado por ellas es el que sigue: 1- Comadre. 2- Vecina. 3- Suegra. 4- Hierbero. 5- Comadrona. 6- Boticario. 7. Servicios de salud. Entre las razones que ellas identificaron se encuentran las siguientes: “no tengo dinero para pagar la consulta y las medicinas”, “el tiempo de espera es mucho”, “las aguas son frescas; las medicinas, calientes”, “si uno se atrasa un poquito ya no lo atienden”. Además, presentan algunas de las causas de consulta expresadas por los usuarios”: empacho, fiebre intestinal, mollera caída, castigo de Dios, mal hecho, postema.

A pesar de la diversidad en los elementos conceptuales y metodológicos utilizados en todos los estudios mencionados que fueron presentados en el Seminario de Medicina Tradicional, el aporte que dan para el presente trabajo es la relevancia de que detrás de toda práctica de atención sanitaria existen formas de pensar y concebir el mundo y también relaciones sociales.

Dos estudios en particular, el de Julia Stormont y el de Silma Castillo y Blanca Mendoza, dan pequeños aportes a considerar para el acercamiento que se quiere hacer en el presente estudio a los caminos del enfermo.

En la presentación preliminar de un estudio sobre “comportamientos de búsqueda y mantenimiento de la salud” en una comunidad de Sacatepéquez, Elena Hurtado y Araceli Esquivel ⁽⁶⁷⁾ identificaron una amplia variedad de recursos de salud reconocidos y utilizados

por las familias del estudio, “simultánea o secuencialmente” en el tratamiento de sus enfermedades. Los recursos “tradicionales” identificados fueron los tratamientos caseros con hierbas y medicinas de patente sencillas, las mujeres que saben curar y le hacen favores a sus parientes y vecinas, las curanderas reconocidas como tales, las sobadoras, las comadronas, el zajorín y los espiritistas. Los recursos “occidentales” incluyen las farmacias, los médicos privados, las clínicas privadas de beneficencia, el puesto de salud, el hospital nacional y el IGSS. Las decisiones sobre la utilización de estas alternativas se basan en factores como la “naturaleza de la enfermedad, la gravedad de la misma, el costo en tiempo, transporte, así como el tratamiento y la composición familiar”.

El salubrista guatemalteco León Valladares ⁽⁶⁸⁾, presenta una reflexión acerca de la importancia del conocimiento del “hecho cultural” en el ámbito de la salud. Ofrece un apartado relacionado con las prácticas médicas en áreas indígenas y ladinas de Guatemala. Presenta descripciones breves acerca de padecimientos como la ojeada, la brujeadada o maleficio, la enfermedad de culpa o castigo, la enfermedad de susto. Según Valladares estos son padecimientos propios de las áreas indígenas, en las cuales se están llevando a cabo procesos de transculturación que hacen que los padecimientos y sus tratamientos se combinen con productos obtenidos en tiendas y farmacias, o en puestos y centros de salud, en los lugares donde existen. Los aportes de este trabajo de Valladares, relevantes para el presente estudio, son la descripción de la relación entre las concepciones de salud, enfermedad y vida, con las prácticas de autoatención; además, aborda este mismo tema tanto para población indígena y no indígena, lo cual ha sido infrecuente en otros trabajos relacionados.

En un estudio de prevalencia de cisticercosis relacionada con síndrome convulsivo realizada en Santa Rosa de Lima (Santa Rosa) y Sipacate (Escuintla), poblaciones no indígenas, el médico y epidemiólogo guatemalteco José García Noval reportó el siguiente listado de “creencias de los pacientes o sus familiares sobre las causas de la enfermedad” ⁽⁶⁹⁾: impresiones, nervios, masturbación, efecto de luna, paludismo, lombrices, traumatismos, desarrollo, susto, parásitos, enojo, bilis, fiebre, alcoholismo paterno, demonio, espíritus, mal de ojo y el Dieguito. Este tipo de concepciones hacen que en ocasiones la familia se niegue a buscar ayuda o incluso niegue la existencia de la enfermedad. Lo relevante aquí sigue siendo cómo las concepciones acerca de las causas de la enfermedad influyen en las acciones que la

gente adopta para resolverla. De hecho, en el caso de la posesión por el Dieguito, el síndrome convulsivo ni siquiera es considerado un padecimiento, sino una manifestación de poderes metafísicos.

La antropóloga guatemalteca Elena Hurtado condujo una investigación acerca de las percepciones de las complicaciones maternas y perinatales y la consiguiente búsqueda de atención. Realizó el trabajo de campo en comunidades de San Marcos, Totonicapán y la Bocacosta de Sololá, en una comunidad muy cercana al Caserío⁽⁷⁰⁾. Entre los factores que influyen en la atención de dichas complicaciones encontró barreras relacionadas con la accesibilidad geográfica y económica a los servicios, deficiencias en la calidad de los servicios institucionales disponibles y factores socioculturales. Entre estos últimos, destaca las variadas interpretaciones de las complicaciones del embarazo. Además, en lo social subraya la percepción de la población indígena acerca de la presencia de discriminación de los “proveedores” ladinos hacia los “usuarios” indígenas, así como la desconfianza de estos últimos hacia las instituciones ladinas. Finalmente, destaca la presencia de distintos miembros de la familia en los momentos críticos, quienes tienen papeles diferentes en la toma de decisiones, resaltando la supeditación de éstas a los criterios del hombre (generalmente el esposo de la parturienta). Estos factores socioculturales influyen en los caminos que se toman para la atención de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Hurtado coincide con el antropólogo Rafael Gallegos y el psicólogo Carlos Morán, en que la comadrona juega un rol fundamental en el camino del enfermo, en la toma de decisiones, aunque éstas queden supeditadas a otras condiciones de la familia. Las madres reconocen este rol y lo asumen. La comadrona es la que conoce y la que sabe qué hay que hacer⁽⁷¹⁾. Sin embargo, también se reconoce que las comadronas tratan de adecuar su trabajo a las preferencias y posibilidades de la familia⁽⁷⁰⁾.

En una extensa revisión hecha por Eugenia Sáenz y Edna Calderón⁽⁷²⁾, se identificó que existe “incompatibilidad entre los modelos de salud-enfermedad maya y biomédico”, por lo que hay diferentes modelos explicativos para una enfermedad. Señalan que existe una práctica generalizada de proveer remedios caseros al niño enfermo y de automedicarse en el hogar, por lo que “la búsqueda de atención no es una práctica universal”, o la misma se retrasa hasta que se identifica que los remedios caseros no están siendo efectivos. Además, el acceso

y uso de los servicios de salud se ven afectados por factores socioculturales (diferentes conceptualizaciones sobre salud-enfermedad, educación, toma de decisiones y falta de confianza respecto a las motivaciones de los proveedores de salud), económicos y del programa de salud (acceso, provisión de servicios, información, competencia técnica, relaciones interpersonales, discriminación, comunicación).

En un estudio hecho en Totonicapán⁽⁷³⁾ se indagó acerca del “recorrido terapéutico” (que nosotros estamos llamando “camino del enfermo”), partiendo de la hipótesis de que se pudiera encontrar un patrón común para el mismo. Identificaron el patrón general siguiente: el primer recurso después de la aparición de los síntomas es un remedio casero, que puede tomar la forma de una verdadera curación o simple alivio. La formulación de un diagnóstico no es esencial porque el remedio está estrictamente relacionado con los síntomas. Estos remedios incluyen plantas medicinales, “secretos” o remedios químicos disponibles en la farmacia o tienda. Si los síntomas no desaparecen se abren dos posibilidades: acudir con terapeuta tradicional o utilizar la medicina química disponible en la farmacia, o en el puesto de salud o un médico privado. La decisión entre estas dos posibilidades está marcada por el diagnóstico ya que en el caso de las “enfermedades culturales” es inútil y hasta funesto acudir a la medicina química. El otro elemento que pesa en la decisión es la velocidad de la ayuda que se necesita ya que en los casos en que puede usarse la medicina química es más rápida, por lo que se le prefiere en casos de urgencias. Este mismo factor hace que se prefiera acudir con un médico privado o una farmacia, para tener la seguridad de ser atendido rápidamente. En las decisiones también juega un papel importante si la enfermedad se considera de origen físico, “mental” o sobrenatural. La fe religiosa que se profese también pesa en el momento de decidirse por los diferentes recursos disponibles.

En su tesis de grado, el médico guatemalteco Joaquín Acevedo, con asesoría de la antropóloga Elba Villatoro, hizo una muy buena aproximación a los caminos del enfermo en Todos Santos Cuchumatán, Huehuetenango⁽⁷⁴⁾. Acevedo identificó un patrón general de búsqueda de atención en la población que estudió. Este patrón general, advierte, presenta múltiples excepciones, especialmente debidas a diferencias en el “grado de aculturación”, e identifica que dichas diferencias están relacionadas con cuatro variables: nivel socioeconómico, edad, sexo y lugar de origen/residencia.

Este estudio ofrece información empírica que permite aproximarse a los caminos del enfermo, por lo que aporta elementos metodológicos, aunque no desarrolla elementos conceptuales acerca de la autoatención y los caminos del enfermo. Por otro lado, plantea el tema de la diferenciación social y su influencia en acciones en salud, aunque no ofrece elementos metodológicos ni conceptuales para abordarla. La diferencia fundamental es que el presente trabajo intentará descartar la presencia de un patrón general de autoatención y la presencia de patrones específicos para diferentes conjuntos socioculturales. Es decir que, en un sentido, el presente trabajo busca una explicación en variables socioculturales (no en el grado de aculturación) a esas excepciones identificadas por Acevedo.

El patrón general identificado por Acevedo es el siguiente:

Nivel 1 - La primera acción que toman cuando enferma un miembro de la familia es:

Automedicación (Hierbas medicinales, Masajes, Medicamentos patentados y no patentados obtenibles en tiendas, Chuj o temascal).

Nivel 2 - Si pese a lo anterior, la enfermedad continúa, generalmente consulta a:

Proveedores tradicionales de salud (Curanderos tradicionales, Comadronas tradicionales, Componehuesos).

Nivel 3 - Si a pesar de estas acciones, prosigue o empeora la enfermedad, acude a:

Proveedores no tradicionales de salud (Promotores de salud, Médico EPS, Enfermera auxiliar, Farmacias)

Nivel 4 - En casos extremadamente graves, o complicados: **Atención hospitalaria** (Hospitales nacionales, Hospital de Jacaltenango).

Entre las excepciones que Acevedo apunta, se mencionan que algunas personas “con alto grado de aculturación” a menudo consultan como primera o segunda instancia a los proveedores no tradicionales, que en algunos casos sólo se utilizan los dos primeros niveles, que las mujeres embarazadas acuden directamente con las comadronas y que en ocasiones se regresa a los niveles 1 y 2 al no obtener mejoría en los niveles 3 y 4.

Susan Weller y sus colaboradores⁽⁷⁵⁾ hicieron un estudio en el área rural de Escuintla para comparar dos métodos que permitieran predecir conductas de búsqueda de tratamiento.

Sus variables independientes incluyeron factores de predisposición, factores permisivos y factores de necesidad.

D4. Diferenciación Social y Autoatención en Guatemala

Las consultas con expertos y la revisión bibliográfica que se hizo no permitió identificar ningún trabajo en que se aborde la relación entre estas dos variables en Guatemala.

D5. Relevancia práctica e implicaciones para este trabajo

Esta sección ofrece una serie de elementos teóricos, conceptuales y empíricos que contribuyen a la definición operacional de las variables de este estudio.

Los elementos importantes para la variable diferenciación social son: tomar en cuenta la idea de convivencia de estamentos, castas y clases sociales, propuesta por Luján; considerar la propuesta de bienes materiales, intelectuales y vinculativos de Alfredo Méndez, así como el concepto de *substratum*; considerar la importancia de lo étnico en la diferenciación social en Guatemala; tomar en cuenta los conceptos de estatus étnico, estratificación al interior de cada estatus étnico, distribución ocupacional, dominación política, racismo, discriminación y diferenciación ritual, propuestos por Carmack; y considerar la importancia de la propiedad de la tierra, la inserción laboral, las relaciones locales de poder, el gobierno local, el acceso a la educación, la religión, la relación con fincas, la migración, las estructuras religiosas y las estructuras invisibles como elementos diferenciadores, de acuerdo con el resto de autores. También es útil tomar en consideración las conclusiones de Solares con relación la investigación relacionada con clase y etnia en Guatemala.

En cuanto a la variable autoatención se ofrecen elementos para tomar en cuenta en la operacionalización de ésta y de posibles variables relacionadas:

- o Algunos recursos terapéuticos a tomar en cuenta: automedicación, dependiente de farmacia, centros y puestos de salud, hospitales, médicos particulares, IGSS, comadrona, curanderos, comadre, vecina, suegra, hierbero, boticario, sobadoras, zajorín, espiritistas, ancianos de la familia, remedios caseros, “secretos”.
- o Algunos factores que influyen en las decisiones terapéuticas: eficacia simbólica, naturaleza de la enfermedad, gravedad de la enfermedad, costo en tiempo, costo en

transporte, costo en tratamiento, composición de la familia, factores socioculturales, factores económicos, factores de los servicios de salud, nivel socioeconómico, edad, sexo, lugar de origen y residencia.

- o Algunas causas, explicaciones y diagnósticos por los que la gente busca atención: empacho, fiebre intestinal, mollera caída, castigo de Dios, mal hecho, postema, ojeada, brujeada, maleficio, culpa, castigo, susto, hijillo, pasmo, medianidad, posesión de espíritus, brujería, impresiones, nervios, masturbación, efecto de luna, paludismo, lombrices, traumatismos, el Dieguito, espíritus, demonio, alcoholismo paterno, bilis, enojo, desarrollo.

También es importante tomar en cuenta que el modelo explicativo de la gente puede determinar qué atención busca. Dentro de esto hay que tener en cuenta que hay diferentes conceptos sobre la constitución del cuerpo humano, por lo que hay diferentes concepciones de cómo se enferma el mismo. Además, hay que recordar que no siempre hay correspondencia entre lo que la gente hace, lo que la gente piensa, lo que la gente dice y cómo la gente se relaciona, en lo que a atención en salud corresponde.

E. Contexto en que se realiza esta investigación

E1. El caserío Pasaq

El caserío Pasaq (el nombre oficial se escribe “Pasac”, pero se quiso conservar la ortografía más cercana a su origen etimológico *k’iche’*) está ubicado en la Bocacosta del Departamento de Sololá, la cual pertenece a los municipios de Santa Catarina Ixtahuacán y Nahualá.

El **Departamento de Sololá** ⁽⁷⁶⁾ fue fundado por Decreto de la Asamblea Constituyente del 4 de noviembre de 1825. Tiene una extensión aproximada de 1,060 km² y una población de 344,663 habitantes. Su cabecera departamental es Sololá y cuenta con 19 municipios. El 94% de la población es indígena (*tz’utujil*, *kaqchikel* y *k’iche’*). Su clima es frío y templado. Las principales actividades económicas son la agricultura, el turismo y las artesanías. Los principales productos agrícolas son maíz, frijol, trigo, cebada, habas, papa y legumbres. Entre

las artesanías que se fabrican se cuentan las piedras de moler, tejidos de lana e hilo, objetos de tul, productos de madera tallada. Se cuenta entre los cuatro departamentos con peor índice de desarrollo humano, mayor porcentaje de pobreza, mayores tasas de analfabetismo, menor ingreso per cápita, mayor mortalidad materna e infantil.

La **Bocacosta de Sololá** ^(77, 78, 79) abarca 250 km² con una población de 75,573 habitantes. La población es *k'iche'* y mayoritariamente originaria de Nahualá y Santa Catarina Ixtahuacán, aunque hay algunos ladinos que viven en la aldea Guineales. Hay un total de 89 comunidades (10 aldeas y el resto caseríos). Las aldeas son las mayores concentraciones de población y cuentan con alcalde auxiliar, que cubre en servicios municipales a varios caseríos. Administrativamente no están definidos los límites entre los municipios de Santa Catarina Ixtahuacán y Nahualá en la Bocacosta, por lo que en toda la región se distribuyen más o menos arbitrariamente poblados pertenecientes a uno y otro municipio y en algunos casos dentro de un mismo poblado hay miembros pertenecientes a ambos municipios. Hasta cerca de 1870 toda la población pertenecía a Santa Catarina Ixtahuacán, pero por diferentes razones un grupo se independizó en Nahualá. Esta división se manifiesta en la actualidad a través de diferentes conflictos cotidianos y esporádicos estallidos mayores.

El terreno de la Bocacosta asciende desde los 2,600 pies de Santo Tomás La Unión, hasta los 7,600 pies en Pakaman. Esto marca las dificultades en el acceso a las comunidades más altas (en tierra caliente el acceso está abierto todo el año, mientras en tierra fría se entorpece en tiempo de lluvia), así como múltiples diferencias en cuanto a cultivos (en tierra caliente hay dos cosechas de maíz, además de café y banano, mientras en tierra fría hay maxán y sólo una cosecha de maíz). Hay energía eléctrica en prácticamente todas las comunidades. El agua es abundante y casi todos los caseríos cuentan con agua suficiente. La disposición de excretas y basura es desordenada. Existen escuelas en todas las comunidades y hay presencia del Ministerio de Salud a través de 2 distritos de salud.

El contexto de las comunidades de la Bocacosta de Sololá se caracteriza por la situación de pobreza de la mayoría de habitantes. Dicha situación se matiza también por una intensa segregación entre vecinos, no obstante la existencia de coincidencias culturales como el idioma, el traje y la actividad productiva, entre otras.

El fenómeno de la segregación religiosa adquiere en estas localidades una diversidad de manifestaciones, entre evangélicos y católicos y al interior de estos, entre conservadores y carismáticos, así como entre las diferentes denominaciones de la iglesia protestante, en su mayoría de inspiración pentecostal.

Sumado a lo anterior, hasta hace poco, las vías de acceso habían impedido la comunicación física entre las diferentes comunidades, situación que se modificó hace siete años aproximadamente, con la construcción de la carretera que comunica a Santo Tomás la Unión con el municipio de San Antonio Suchitepéquez. Este último municipio constituye un punto de interconexión con centros urbanos de relativa importancia, notablemente la cabecera del departamento de Suchitepéquez.

La mayoría de viviendas reflejan la situación de pobreza predominante en el municipio, con construcciones hechas de un tipo de bambú denominado “tarro”, techos de lámina galvanizada y pisos de tierra, las cuales al carecer de cielo falso y revestimientos son muy vulnerables al clima, con sus efectos negativos sobre la salud. Todas las casas utilizan leña para la cocción de los alimentos, en tanto la oferta de gas propano es inaccesible por precio y disponibilidad. La recolección de leña se ha convertido, de manera progresiva, en una actividad complicada y peligrosa para los pobladores del municipio.

El **caserío Pasaq** ^(80, 81, 82) pertenece formalmente a la aldea Xejuyup, del municipio de Nahualá. Según la tradición oral, la comunidad fue fundada por el señor Manuel Esquipulas Guarchaj (Sk’epul Ajtij), procedente del altiplano, alrededor de 1,880. El nombre significa en *k’iche’* “lugar sin cultivos”, que fue lo que el fundador encontró. El centro del caserío se encuentra a 1,170 msnm, el clima es templado y la temperatura es estable con valores promedio de 20° C (mínima de 14 y máxima de 30). La precipitación pluvial anual es de 3,500 a 4,000 mm, siendo agosto y septiembre los meses más lluviosos, mientras febrero y marzo son los más secos. La humedad relativa es de 75% (45 mínima y 96 máxima). Los vientos provienen principalmente del norte, son moderados en los primeros meses del año, incrementándose en mayo.

Pasaq colinda al norte con las comunidades Pacanal I y Pacanal II, al sur con el caserío Pochol, al oeste con la aldea Xojolá y al este con la aldea Xejuyup. El río Tzulin pasa al noreste de Pasaq y el río Ixtacapa es el límite Oeste del caserío; además, pasa por la

comunidad el río Churaqan Kiej. Se cuenta con 3 fuentes de agua entubada para la población. Cuenta también con un bosque comunal que se encuentra en las faldas del volcán Santo Tomás (Pek'ul). La comunidad cuenta con múltiples plantas medicinales, ornamentales y frutales. Asimismo, hay abundancia de mamíferos y aves silvestres.

El relieve es diverso, desde muy escarpado u ondulado hasta ligeramente inclinado, con pendientes que van desde 0 a 30%. El suelo es de textura franco limoso, de buen drenaje con coloración café oscuro. Los suelos del declive del pacífico son profundos de 1.5 metros, con buen contenido de materia orgánica.

La principal vía de acceso es vía Santo Tomás La Unión, Suchitepéquez, ubicado a 4 kilómetros de distancia. Esta vía es de terracería y es transitable todo el año, aunque en ocasiones durante la época lluviosa queda inhabilitada por algunos días. Existe un servicio de microbuses y pick up que transportan regularmente a la población, por un pago de Q1.50. La mayoría de gente adquiere los productos de consumo en Santo Tomás, en especial los días de mercado (jueves y domingo), aunque algunas acuden al mercado de la vecina Xejuyup (sábado). Hay vías de comunicación con las comunidades vecinas a través de veredas y de caminos de terracería transitables, pero no existe servicio de transporte.

La mayoría de familias tienen televisor y radios en las que escuchan emisoras locales y de Nahualá. La emisora con cobertura nacional que se escucha es radio Sonora. Para adquirir periódicos escritos deben viajar a Santo Tomás La Unión.

La principal actividad productiva es la agricultura (maíz, maxán, banano, café). La mayor parte de las cosechas las venden en la cooperativa de la comunidad, o con compradores de Santo Tomás La Unión. Muchas mujeres se dedican a tejer y bordar, aunque la mayoría de las veces es para utilizar dentro de la familia. Hay algunas personas con nivel medio (especialmente maestros) que están empleados en comunidades vecinas. En la comunidad existe una tienda de granos básicos de la cooperativa, además de 9 tiendas particulares y 3 molinos de nixtamal. La cooperativa Nahualá facilita créditos a sus miembros, los cuales pagan en especie (café). La cooperativa exporta el café a Estados Unidos.

Hay 1,151 habitantes, con una razón de masculinidad de 0.98. 41% de la población es menor de 15 años y el 5% es mayor de 50. La población en edad productiva representa el 54%. Hay 4 mujeres y 32 hombres que viven fuera de la comunidad (3% de la población).

total), la mayoría por razones laborales (trabajan en municipios cercanos, en la capital y muy pocos en los Estados Unidos). 43% de los mayores de 6 años hablan sólo *k'iche'* y 57% hablan *k'iche'* y castellano.

Hay 229 familias, de las cuales el 15% tienen una mujer como jefa de familia. 92% de las viviendas tienen chorro propio, 93% tienen letrina, 84% tienen energía eléctrica. 77% de viviendas tiene sólo una habitación, 17% tiene 2 habitaciones.

Existe una escuela oficial rural mixta (de preprimaria y primaria completa). El edificio fue fundado aproximadamente en 1974. En ella laboran 6 maestros y 3 maestras y se atiende a una población de 33 niñas y niños de preprimaria y 219 de primaria. La razón de masculinidad entre la población estudiantil es de 0.88 en preprimaria, de 1.00 de 1° a 4° primaria y de 1.29 en 5° y 6° grados. Un número creciente de jóvenes continúan sus estudios de básico y diversificado, lo cual hacen la mayoría en el Instituto Asunción ubicado en la aldea Xejuyup. Algunos estudian en colegios privados de Santo Tomás La Unión.

En la comunidad existen varios grupos organizados y autoridades, la mayoría relacionados con instituciones gubernamentales o no gubernamentales. Hay un alguacil, un comité comunitario de desarrollo, un comité promejoramiento, un comité de salud, una junta directiva de la cooperativa Nahualá, tres comités de mujeres, una junta escolar y múltiples grupos relacionados con las diferentes iglesias (grupos de oración, de jóvenes, de catequesis, pastoral social, etcétera).

El 55% de la población se define como católica. El resto pertenece a una de 15 iglesias evangélicas neopentecostales, al movimiento carismático, a la “costumbre Maya” o a ninguna.

Alternativas terapéuticas: Existen varias opciones terapéuticas que la gente de Pasaq usa cuando se enferma. Explicarlas y clasificarlas puede ser un tema complejo (y ameritaría un estudio en sí mismo), por lo que aquí sólo se presentan clasificadas de acuerdo a los criterios usados en este estudio.

Los *remedios caseros* incluyen una serie de tratamientos que son decididos y administrados por personas que no se dedican a curar, es decir que no son “terapeutas” o “profesionales”. Pueden incluir el uso de plantas medicinales (comerlas, tomarlas, olerlas, frotarlas), medicinas “químicas” (principalmente pastillas e inyecciones), aceites, bálsamos, pomadas, agua bendita, tabaco, puros, huevos, gas, alcohol, o “guaro”. Las maneras de

aplicarlos puede ser a través de su ingesta, masajes, frotadas, sobadas, aplicación de cataplasmas, sopladitas, baños medicinales, o como parte de alguna ceremonia o ritual. Además de estos remedios pueden incluir el uso del temascal u otros baños, aumentar o evitar alguna actividad o movimiento, ingerir o evitar algunas comidas, rezos, penitencias, etcétera. La accesibilidad a los remedios caseros puede presumirse que es casi universal, aunque es razonable pensar que los recursos económicos y los conocimientos necesarios para usarlos no estén al mismo alcance en todas las familias.

La *compra de productos medicinales* puede incluir medicinas “químicas”, plantas medicinales, o algún otro producto. En la mayoría de los casos los productos que la gente compra son productos químicos. Estos pueden adquirirlos en tiendas o en farmacias. Existen cinco tiendas que venden medicinas en Pasaq. Aunque en los caseríos y aldeas vecinas también existen tiendas, la mayoría de las veces la gente que compra medicinas en una tienda lo hace en Pasaq. En estas tiendas no se espera que el dependiente sepa hacer un diagnóstico o prescribir un tratamiento. Muchas veces las personas llegan con un medicamento específico en mente, pero también hay muchos casos en los que la gente sólo llega y pide, por ejemplo, “una medicina para la fiebre” y es el dependiente quien decide qué darle. Normalmente se usan sólo los nombres comerciales y la mayoría de personas no tienen noción de que diferentes nombres comerciales pueden corresponder al mismo ingrediente activo. Las medicinas que comúnmente se pueden obtener en las tiendas de Pasac son analgésicos como dipirone o acetaminofén (Comel, Maná, Ganol, Acetaminofén, Bebetina), medicamentos para malestares estomacales (Alka Seltzer, Sal Andrews), amebicidas (diyodohidroxiquinoleína) y antibióticos (Santemicina, un sobre con 3 gramos de un polvo que contiene 500mg de clorhidrato de tetraciclina). El precio de una tableta o un sobre oscila entre los 50 centavos y 2 quetzales.

Las expectativas cuando se visita una farmacia son diferentes. Ahí sí se espera que el dependiente sepa “recetar”, por lo que generalmente se le cuenta el problema que uno tiene para ver qué receta. No existen farmacias en Pasaq, existen 2 en la vecina aldea Xejuyup (a unos 15 minutos caminando para la mayoría de personas) y 11 en Santo Tomás La Unión (a unos 20 minutos en bus desde Xejuyup, Q1.50 el pasaje). En las farmacias se puede obtener casi cualquier medicina, aunque las de Xejuyup son más limitadas en su oferta que las de

Santo Tomás. En algunas incluso pueden obtenerse antibióticos como la ciprofloxacina o cefalosporinas de tercera generación, anticonvulsivantes, antidepresivos tricíclicos, hipoglucemiantes, antihipertensivos, etcétera. Son expendidos sin receta y su costo puede variar desde los cincuenta centavos hasta varios cientos de quetzales. Las personas que atienden las farmacias deben tener autorización del Estado para hacerlo.

Esporádicamente llegan vendedores de medicinas a Pasaq, que generalmente son promotores de salud de caseríos o aldeas de la Bocacosta, que van haciendo giras por todas las comunidades. Además hay ventas de plantas medicinales o de productos preparados con plantas medicinales en Santo Tomás La Unión.

Los días de mercado en Xejuyup y en Santo Tomás llega una variedad de vendedores de remedios, medicinas y plantas que pueden ir desde vitaminas para la memoria, hasta polvo de cascabel para los calambres, o pócimas para el amor, la felicidad o la suerte.

Los *terapeutas tradicionales*¹ son la categoría más difícil de aprehender por varias razones. Por un lado no existen definiciones convencionales. Además los terapeutas tradicionales han sido muchas veces perseguidos o censurados por la cultura y el poder hegemónicos, lo cual puede crear cierto recelo de abrir estas prácticas a personas externas a la comunidad. También influye que actualmente son prácticas que no son parte de un sistema de regulación gremial que acredite a dichos terapeutas, lo cual está relacionado con el hecho de que no existe un proceso de formación estándar que permita saber en qué momento alguien ya debe ser considerado como un terapeuta tradicional. En la práctica hay mucha diversidad de personas que se dedican a esto, pero con diferentes niveles de profesionalización y de especialización, lo cual hace difícil clasificarlos. Estas razones no pretenden hacer juicios de valor positivos o negativos acerca de los terapeutas tradicionales, su práctica o su eficacia, sino simplemente señalar algunas dificultades para hacer una aproximación a su estudio. Debido a ello, se recurrió a los conocimientos empíricos de personas de Pasaq y de personas que han trabajado con los terapeutas tradicionales de Pasaq y se usó como marco de referencia

¹ Se usa el término “terapeutas tradicionales” por considerarlo de una difusión y comprensión relativamente amplia y a falta de un mejor término. Sin embargo se está consciente de que el calificativo de “tradicional” es inexacto y puede reflejar una visión desde lo hegemónico. Para una discusión sobre la dicotomía “tradicional-moderno” puede consultarse los trabajos de Eduardo Menéndez.

los estudios disponibles acerca de los terapeutas tradicionales en Guatemala, especialmente los más recientes de ASECSA.

Se tomó en cuenta en esta categoría a las comadronas (*iyom*), curanderas (*kunanel*, término que en ocasiones también se usa para designar a los promotores de salud e incluso otro personal sanitario), sacerdotes mayas o guías de la espiritualidad maya (*ajq'ij*, término que también puede ser usado para referirse a los llamados “profetas” o “profecías” de los que se habla más abajo), hueseros (*wiqol b'aq'*), llamador de espíritu, soplador, chayero y rezador. Respecto al llamador de espíritu, el soplador y el chayero, los informantes clave no identificaron a este tipo de terapeuta, sólo recordaron a un chayero que falleció hace algunos años y que vivía en la aldea vecina Xojolá. Respecto al rezador, todos los informantes clave coincidieron en que se refiere al *b'anal chawem*, pero no lograron hacer una distinción con los catequistas o servidores de las iglesias que hacen visitas para orar. Coincidieron en que lo más apropiado era agruparlos según la iglesia a la que pertenecen.

En Pasaq viven varios terapeutas tradicionales. Se puede afirmar con certeza que hay 6 comadronas (3 antiguas y 3 nuevas), que son quienes atienden a la casi totalidad de las mujeres embarazadas y partos. Además ellas tienen un rango variable de competencias para tratar enfermedades de los niños y las mujeres. En ocasiones particulares (por ser casos complicados o por tener una relación estrecha con otra comadrona) se recurre a comadronas de las comunidades vecinas. Además hay una mujer que es huesera, aunque todos los informantes coinciden en que está en una etapa de aprendizaje y que se le consulta para golpes relativamente pequeños, pero para fracturas o golpes grandes se prefiere buscar a hueseros con más experiencia (la mayoría de los cuales viven en la región del altiplano).

Existe un número difícil de determinar de curanderas. Hay por lo menos 6 ó 7 que son ampliamente reconocidas y nombradas en la comunidad. En esto coincidieron los informantes. Pero cuando se define como curandera a toda persona que sabe curar y que la buscan con este fin personas que no son de su familia ni de su vivienda, hay informantes que nombran 10 y otros que nombran hasta 37. Sus rangos de especialidad varían, desde quienes saben curar sólo una enfermedad (por ejemplo, el mal de ojo o el susto o la mollera caída), hasta las que saben curar una amplia gama de enfermedades. Además hay curanderas que viven en otros poblados que tienen mucho prestigio (hay una en la aldea Xojolá, otra en la

aldea Xejuyup y al menos 2 en Santo Tomás La Unión) que son consultadas con frecuencia por personas de Pasaq.

Respecto a los *ajq'ijab'* o guías de la espiritualidad maya, los informantes coincidieron en que no hay ninguno en Pasaq. Sin embargo hay 3 en Pacanal 1, caserío que está a unos 15 minutos caminando y uno en Chwi Santo Tomás, a unos 20 minutos en microbús. Existen otros ubicados en poblados más lejanos que pueden ser consultados en casos especiales.

Todos los terapeutas tradicionales reciben retribución por sus servicios, la cual puede ser monetaria o en especie. Los terapeutas visitan a los enfermos en sus casas si es necesario y las veces que sea necesario y el monto de la retribución está en dependencia de la severidad percibida acerca de la enfermedad, del tiempo que dure el tratamiento y de las posibilidades de la familia del enfermo.

Los *profesionales de la biomedicina* abarcan en este estudio a las personas que dan atención a enfermos y que son reconocidas por tener alguna formación dentro del modelo médico hegemónico, así como las instituciones que ofrecen servicios dentro de este modelo. En el caso de Pasaq incluyen a promotores de salud, enfermeros, técnicos de salud rural y varias instituciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en las poblaciones cercanas. Muchos de estos profesionales utilizan prácticas y conocimientos de otros modelos, como la medicina maya o la medicina popular tradicional. Por ejemplo, hay una promotora que tiene conocimientos amplios sobre enfermedades popular-tradicionales, hay otro promotor que niega tener dichos conocimientos, hay un médico que recurre mucho a estos conocimientos con los pacientes y una enfermera que tiene mucha sabiduría relacionada con las concepciones popular-tradicionales y sus tratamientos. Sin embargo se clasificaron como profesionales de la biomedicina debido a que en su autoidentificación y en la identificación que las personas entrevistadas hacen de ellos lo que pesa es su título como promotor, o enfermero o médico.

Los promotores de salud que viven en el Caserío son 6, de los cuales por lo menos 3 están activos desde hace más de 10 años (2 hombres y una mujer). Los 3 son bilingües, gozan de prestigio y las personas del Caserío recurren a ellos especialmente en horas de la noche o cuando tienen enfermedades que no logran resolver o para que les administren medicamentos inyectados o sueros intravenosos. Estos promotores trabajan muy estrechamente con una

Comisión de Salud del Caserío, que se encarga de administrar una pequeña casa de salud propia de la comunidad. En esta casa de salud se cuenta con medicamentos básicos que son propiedad de la comunidad. La idea es que estos medicamentos se usen cuando sea necesario y que la persona beneficiada haga un pago mínimo de acuerdo a sus posibilidades económicas. Si la persona no puede pagar nada de todas maneras se le administra el medicamento. Normalmente los promotores son retribuidos por sus servicios, no siempre con dinero en efectivo, pero esto no limita que den atención a alguien. Muchas veces los promotores sirven como enlace con instituciones u otros profesionales de la biomedicina.

El Ministerio de Salud Pública tiene presencia a través del centro de salud ubicado en la aldea Xejuyup (a unos 15 minutos de camino para la mayoría de personas). Ofrecen servicios a la población con un importante enfoque preventivo pero también asistencial. Cuentan con un médico, una enfermera profesional y una técnica en salud rural, además de un número variable de personal técnico de campo. La mayoría del personal técnico es bilingüe. La técnica de salud rural y su hermana (que trabaja como técnica de campo) son originarias y residentes de Pasaq. No se cobra por los servicios ni por los medicamentos. Además, hay otros centros de salud ubicados en Santo Tomás La Unión y la aldea Guineales, que en ocasiones son usados por las personas del Caserío. El hospital de referencia oficial está en la ciudad de Sololá, pero por su difícil acceso desde la Bocacosta de Sololá, en la práctica el hospital que se usa con mayor frecuencia es el que se ubica en la ciudad de Mazatenango, a unos 40 minutos en camioneta desde Santo Tomás La Unión. Tienen servicio de consulta externa y atención de emergencias, además de salas de pediatría, ginecoobstetricia, medicina interna y cirugía. No hay una política para asegurar que el personal hable *k'iche'*, pero informaron que llevan 2 años de estar intentando que el nuevo personal de enfermería hable este idioma.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) tiene una clínica periférica en San Antonio Suchitepéquez (a medio camino entre Santo Tomás La Unión y Mazatenango), además de contar con un servicio especializado de consulta externa, emergencias y encamamiento en Mazatenango. Hay pocas personas afiliadas al IGSS en Pasaq.

Hay una ONG llamada Intervida que tiene su sede en Santo Tomás La Unión y que hace jornadas de salud periódicas en el Caserío, además de ofrecer todos los días en su sede

servicios de atención médica, laboratorio clínico y referencia para tratamiento especializado. El personal médico y de enfermería no habla *k'iche'* pero cuentan con personal bilingüe que sirve como intérprete. Además, la institución ofrece cursos de *k'iche'* a su personal. Entrevista no cobra por los servicios ni por los medicamentos.

Hay una Clínica Parroquial (Clínica Maxeña) que ofrece servicios de atención médica, laboratorio clínico y referencia para tratamiento especializado. Su sede está en Santo Tomás La Unión. Ahí ofrece atención por parte de un médico o por parte de promotores de salud y enfermeros auxiliares. Más del 95% del personal es bilingüe. En esta clínica se cobra entre 3 y 10 quetzales por la consulta y se cobran precios módicos por los servicios de laboratorio y por los medicamentos. Además, esta clínica está implementando el Proyecto Implementación, el cual cuenta con una Casa de Salud Comunitaria en el caserío Pacanal 1B, ubicado a unos 15 minutos a pie de Pasaq. En esta Casa de Salud se ofrecen servicios de atención clínica diaria, por parte de agentes de salud comunitaria (personal con un grado de formación clínica similar al de un auxiliar de enfermería) que son bilingües, además de atención por un médico o una enfermera profesional (ambos también bilingües) cuando el caso lo amerita. En esta casa de salud no se cobra por la atención ni por los medicamentos. Además hacen visitas familiares preventivas y de seguimiento a casos.

En Santo Tomás La Unión hay algunos enfermeros, técnicos de salud rural y médicos que ofrecen servicios privados. Cobran distintas tarifas por sus servicios. La mayoría del personal técnico habla bastante *k'iche'*. Hay un médico que es bilingüe. Además, en Mazatenango hay una oferta de servicios privados de atención, que van desde consultorios de médicos generales o especialistas, hasta sanatorios y hospitales. Algunas personas de Pasaq recurren a estos servicios.

Finalmente, los *profesionales de la sanación divina* es un término con el que se ha designado en este estudio a personas que asisten a enfermos con oración y rituales religiosos o espirituales y que creen que con éstos se puede alcanzar la curación o la sanación. Se incluyen en esta categoría los catequistas de iglesias católicas, los pastores de iglesias evangélicas y los llamados “servidores” de ambas iglesias, que son personas que sin ser catequistas o pastores, tienen dones que les permiten dar este tipo de servicios (don de lenguas, don de invocación, don de oración). Se contabilizaron 13 catequistas y 8 pastores evangélicos que viven en

Pasaq. No fue posible contabilizar los servidores. Se sabe que todos estos profesionales basan sus prácticas terapéuticas en los dones del espíritu santo y en su capacidad para servir como guía o puente entre la persona enferma y dios. Sus prácticas se basan en la oración individual y colectiva, las visitas a los enfermos, la consejería, las penitencias y las ceremonias de acción de gracias.

Un párrafo aparte merecen los llamados “profetas” o “profecías”. Son personas que normalmente no son catequistas o pastores, ni necesariamente juegan un papel relevante en la organización de una iglesia, pero que tienen dones especiales (don de lenguas, don de invocación, don de adivinación, don de clarividencia) que los comunican con dios y que les permiten saber cuál es la causa más profunda de la enfermedad de una persona, así como su pasado y su futuro. Son personas de mucho prestigio y son recurridas especialmente cuando hay enfermedades que se perciben como muy graves ya sea por su larga duración, por las pérdidas que le representan a la familia o por su letalidad. Muchas personas no distinguen entre la idea de “profeta” y la idea de “*ajq’ij*” (guía de la espiritualidad maya). En Pasaq hay al menos 11 de ellos. Además hay algunos de renombre en las aldeas y caseríos cercanos. Incluso hay un “centro espiritual” donde se dan consultas gratis, en el camino que lleva a Santo Tomás La Unión, en la aldea Chwi Santo Tomás.

Si se clasifican estas alternativas terapéuticas dentro de los sistemas médicos de Eduardo Menéndez y de Jesús Haro se tendría que sólo los profesionales de la biomedicina corresponden al modelo médico hegemónico. Los terapeutas tradicionales y los profesionales de la sanación divina son parte del modelo médico alternativo subordinado. Los remedios caseros y la compra de medicinas en la tienda formarían parte del modelo médico basado en la autoatención. En el caso de la compra de medicinas en la farmacia usa recursos del modelo médico hegemónico, pero prescinde de médicos, por lo que en algún sentido podría considerarse como parte del modelo alternativo subordinado. Esto ilustra la importancia de haber usado como marco de referencia esta concepción amplia de sistemas médicos. Es importante recordar que en esta investigación no se estudia cada una de estas alternativas terapéuticas, sino sólo la autoatención, en donde se toman las decisiones para usarlas o no.

E2. La implementación de la Propuesta “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente”

Todo el proceso desarrollado en el presente trabajo y la mayoría de ideas y conceptos que lo motivaron fueron desarrollados en el marco de la implementación de la Propuesta “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente”, de la Instancia Nacional de Salud. Debido a ello es importante presentar un esbozo acerca de ésta ya que fundamenta el trabajo de investigación.

La Instancia Nacional de Salud es una coalición de organizaciones sociales que realiza trabajo desde 1998 (y de la cual forma parte la Clínica Maxeña, bajo cuyo amparo institucional se realizó este trabajo). Una de las prioridades de la Instancia Nacional de Salud (en adelante, INS) es contribuir a mejorar la atención de salud en el primer nivel, debido a lo cual presentó públicamente en febrero de 2002 la Propuesta “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente - bases y lineamientos” (en adelante, la Propuesta), que busca contribuir al desarrollo de los servicios de salud de Guatemala, incorporando las lecciones aprendidas a diferentes niveles en el ámbito guatemalteco.

En consecuencia, en 2003 inició la ejecución del proyecto piloto de implementación de la Propuesta. A continuación se presenta una síntesis del contenido de la Propuesta y posteriormente una síntesis del Proyecto de Implementación de la Propuesta.

a. La Propuesta “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente”

La Propuesta de la INS busca ser un aporte para mejorar los servicios de salud pública de Guatemala. Las bases y lineamientos de dicha propuesta están contenidos en un libro de cerca de 200 páginas ⁽¹³⁾. Una síntesis de los aspectos conceptuales más relevantes se presenta a continuación:

La Propuesta toma como fundamento los conceptos desarrollados en materia de Salud Pública y Medicina Social en Latinoamérica y el mundo. Además, propone algunos conceptos novedosos, los cuales se presentan a continuación.

- **El primer nivel de atención en salud incluyente:** articulación del conjunto de conocimientos y prácticas existentes en el ámbito institucional y comunitario local que, perteneciendo a diversas matrices o lógicas culturales, se complementan en la

curación-rehabilitación, prevención y a la promoción dirigida a la transformación de las condicionantes-determinantes de salud, a partir de un fuerte compromiso institucional y de la acción de la población como sujeto de su destino.

- **Una concepción incluyente del proceso salud-enfermedad y sus implicaciones:** se parte de la evidencia de que existen en paralelo y constante retroalimentación distintos conceptos y prácticas en el campo de la salud-enfermedad, que están relacionados con diferentes matrices o lógicas culturales que existen en la realidad guatemalteca. La concepción incluyente de la salud-enfermedad reconoce su carácter multidimensional, procesal, colectivo e histórico-social. Las implicaciones de esta concepción se resumen en: la necesidad de contribuir a la construcción de una **práctica epidemiológica socio-cultural**; y la necesidad de **articular las diversas acciones** y formas organizadas de atención en salud.
- **Los procesos materiales y socioculturales de la reproducción social, como categoría de análisis sobre los determinantes y condicionantes del proceso salud-enfermedad:** La **reproducción social** es una categoría de análisis que ha sido utilizada para estudiar las determinantes y condicionantes entre lo social y lo biológico, en contextos históricos específicos. También se ha usado para explicar el comportamiento diferencial del proceso salud enfermedad en una población dada. La Propuesta plantea que además de procesos materiales (producción y consumo), se incorporen procesos socioculturales al análisis de la reproducción social. Además, se plantea que puede ser útil no sólo para explicar el comportamiento diferencial de la morbilidad y mortalidad, sino también de las prácticas de atención.
- **Los niveles críticos para la reproducción social, son útiles para el análisis epidemiológico y las acciones sanitarias:** La reproducción social se manifiesta y se ve influida de manera crítica a nivel de la comunidad, la familia y el individuo. La Propuesta plantea que en estos mismos niveles puede incidirse en los condicionantes y determinantes de la salud-enfermedad-atención, por lo que deben utilizarse dentro del análisis epidemiológico y la programación de acciones en salud.

b. El Proyecto piloto de Implementación de La Propuesta

El Proyecto piloto de Implementación de la Propuesta está trabajando con población mam del municipio de San Juan Ostuncalco (Quetzaltenango) y población *k'iche'* de los municipios de Santa Catarina Ixtahuacán y Nahualá (Sololá). En ambos casos se mantiene una estrecha coordinación con el Ministerio de Salud Pública a nivel de distrito y de área, así como en el nivel central. Desde la oficina de la Instancia Nacional de Salud en San Lucas, Sacatepéquez trabaja la coordinación general del proyecto. El Proyecto inició su fase de ejecución en marzo de 2003. En el primer año se llevó a cabo la *Etapas de inducción* y a partir del segundo año inició la *Etapas de implementación de la atención*, que se prevé continúe hasta 2008.

El acceso a la población de Pasac no hubiera sido posible para el autor de este trabajo sin el marco que le proporcionó la presencia de más de 40 años de la Clínica Maxeña en la región y el proyecto que se describe en estas líneas.

F. Síntesis de la construcción conceptual del objeto de estudio

Hasta aquí se ha presentado los elementos teóricos, conceptuales y metodológicos que orientan esta investigación. En esta sección se intentará sintetizarlos para una mayor comprensión del lector.

La pregunta que quiere responde esta investigación es si existe relación entre la diferenciación social y la autoatención.

Se entendió la diferenciación social como las características distintivas de las unidades domésticas sin que impliquen jerarquía sistemática, discriminación o injusticia. La autoatención se definió como las prácticas relativas a los episodios de enfermedad o cualquier tipo de sufrimiento, que tienden a activar respuestas colectivas por parte de las personas no profesionales de la salud. Es decir que el enfoque de esta investigación fue entender cómo las personas no profesionales de la salud actúan ante las enfermedades y si estas acciones son diferentes de acuerdo a diferencias sociales, económicas y culturales.

Para lograr la comprensión de las prácticas de autoatención se ubicó a las acciones de autoatención dentro de un concepto amplio de sistema médico que pudiera abarcar las diferentes prácticas que las personas no profesionales de la salud usan. Un concepto amplio como el que se usó se fundamenta en los conceptos de sistemas médicos de Eduardo Menéndez y Jesús Haro y en el concepto de sistema social de prácticas de salud de la Organización Panamericana de la Salud.

Al contrastar la idea de este sistema médico con la realidad del caserío estudiado, se identificaron múltiples profesionales con diferentes especialidades y espectros de competencia terapéutica. A falta de definiciones más precisas, se usó las siguientes categorías de profesionales de la salud: terapeutas tradicionales, profesionales de la biomedicina y profesionales de la sanación divina. Como dice Menéndez, el reconocer que existen no implica juicios de valor acerca de su legitimidad o eficacia. Además, las divisiones entre unos y otros pueden ser muy tenues.

Por otro lado, lo que las personas hacen frente a sus enfermedades no implica necesariamente la participación de un profesional. Generalmente la búsqueda de un profesional es una decisión que se toma en el ámbito de la autoatención, como pueden tomarse otras decisiones como esperar o usar remedios caseros. Se sabe que en sistemas médicos plurales las personas usan recursos de diferente tipo, cruzando límites económicos, sociales y étnicos.

El intento de esta investigación es encontrar factores que den cuenta de cuándo o por qué las personas escogen uno u otro.

Desde los años 1950 se ha hecho esfuerzos desde diferentes disciplinas y con enfoques variados para explicar esta misma inquietud. Derivado de esto hay muchos modelos que han tratado de dar respuesta a esta interrogante, de los cuales se presentan algunos en la sección correspondiente, los cuales se clasifican como modelos económicos, modelos de comportamiento y modelos causales. En esta investigación se tomaron en cuenta aspectos de todos estos modelos pero no se siguió ninguno en particular.

Gery Ryan, luego de una extensa y profunda revisión de la literatura, propuso un “Marco General Para la Investigación de los Determinantes de la Autoatención” (él denomina a la autoatención como “*health seeking behavior*” o “*home case management*”). Este marco

se basa bastante en las clases de determinantes propuestas por Axel Kroeger (que a su vez es heredera de los modelos de Andersen), pero les da una organización y distribución que consideré útil para esta investigación.

Ryan propone diferentes clases de determinantes, las cuales metodológicamente constituyen diferentes unidades de análisis. Estas son: 1. características de la enfermedad, 2. características del paciente, 3. características de la persona que brindó cuidados, 4. características de la unidad doméstica, 5. características de la comunidad y 6. características regionales.

El orden en que están enumeradas es importante ya que se basa en la observación de que las clases de orden más alto son útiles para explicar variaciones en las clases de orden más bajo. Además, el efecto que cada clase de determinantes puede tener en las prácticas de autoatención se prioriza desde el orden más bajo hasta el más alto.

Aunque el marco permite que cada clase de determinantes tenga un efecto directo en las prácticas, implica que las clases de determinantes de orden más alto sean más propensas a afectar las prácticas de manera indirecta.

Al interior de cada clase de determinantes las características se organizan a lo largo de una segunda dimensión, que corresponde al *continuum* interno/externo. Lo interno corresponde a lo cognitivo, actitudinal (desde un punto de vista antropológico) o a las creencias, actitudes e intenciones (desde un punto de vista psicológico). Lo externo se refiere a aspectos de infraestructura, de condiciones estructurales, al ambiente, al contexto.

Entre los estudiosos del comportamiento humano ha sido controversial qué pesa más, si lo interno o lo externo. Ese marco no resuelve la controversia, pero toma en cuenta ambos, de manera ordenada.

Debido a que este estudio se hizo en una sola comunidad sólo fue necesario tomar en cuenta las primeras 4 clases de determinantes. Las tres primeras se refieren a los 3 actores más cercanos al episodio de enfermedad (la propia enfermedad, el paciente y el cuidador). La cuarta clase de determinante se refiere a las características de la unidad doméstica.

La unidad doméstica ha sido reconocida por diferentes disciplinas como un espacio de socialización clave, que sirve como mediación entre los niveles más individuales y los niveles

sociales superiores. Esta utilidad de la unidad doméstica ha sido reconocida también por diferentes estudiosos de la estratificación social, las clases sociales y la diferenciación social.

En este estudio se usó el concepto de diferenciación social debido a que se está trabajando con una comunidad en la que en sentido estricto clásico no se encontrarían diferentes clases sociales, sino diferentes estratos y subestratos, además de características no económicas que señalan diferencias pero no constituyen clases o estratos sociales sistemáticamente.

Muchos estudiosos han demostrado la relación entre diferenciación social y resultados en salud (salud percibida, enfermedades padecidas, causas de muerte, etcétera). Pero no se encontró que existan estudios que muestren la relación con las prácticas de salud.

Por otro lado, hay estudiosos que han intentado explicar la relación entre diferenciación social y las prácticas sociales (por ejemplo, Bourdieu en un nivel más teórico y los investigadores del Programa de Investigaciones Sociales sobre Población en América Latina –PISPAL en un nivel más empírico). Aunque recurren a diferentes aspectos operativos, estos autores coinciden en relacionar las distintas prácticas sociales con diferencias en los procesos de la reproducción social.

Clásicamente la reproducción social se ha entendido sólo en su aspecto material, principalmente económico. Sin embargo muchos autores y particularmente los que han trabajado con las prácticas sociales, han señalado que las diferencias en la reproducción material no toman en cuenta otras facetas que se muestran como relevantes, como lo cultural, lo social y lo simbólico, es decir, lo que le proporciona significados a las percepciones y prácticas de la población.

Es por eso que en este estudio se recurrió a la propuesta de Verdugo, que incorpora un proceso sociocultural a la reproducción social. Además reconoce a la unidad doméstica como un nivel de análisis clave para la comprensión de la reproducción social.

En este esquema de la reproducción social, constituida por los procesos de producción, consumo y sociocultural, se incorporaron elementos aportados por otros investigadores, sin importar su referente teórico.

Entonces la diferenciación social se trabajó a nivel de la unidad doméstica, es decir que en el esquema de Ryan incorporamos en el nivel 4 de las clases de determinantes los tres

procesos de la reproducción social. Los otros tres niveles inferiores de clases de determinantes se consideraron como dimensiones que pueden modificar a los patrones de autoatención, que no aportan directamente a responder la pregunta que nos interesa.

Las principales limitaciones que tiene esta investigación se relacionan con no haber usado metodologías que permitan aprehender a la diferenciación social, a los patrones de autoatención, a la enfermedad misma y a los sujetos que intervienen, como procesos histórico-sociales. Las realidades económicas, sociales, culturales y simbólicas de todos éstos cambian en función del tiempo y las características que han tenido en un momento determinado influyen en las que tendrán en momentos futuros.

Capítulo III. Justificación

El Modelo Médico basado en la Autoatención (MMA) existe en todas las sociedades, aún en aquellas con sistemas de servicios de salud más desarrollados, accesibles y disponibles. La gran mayoría de problemas de salud se resuelven en el ámbito de la Autoatención y prácticamente todos los problemas de salud (salvo las urgencias más o menos catastróficas) inician su resolución en este ámbito. Esto ubica al MMA como el verdadero primer nivel de atención en salud.

No obstante su importancia, el MMA ha recibido un trato ambivalente por parte del Modelo Médico Hegemónico (MMH), lo cual ha invisibilizado su carácter articulador necesario para los otros modelos médicos. Por un lado, la tradición oral del MMH generalmente descalifica al MMA, aunque no existen estudios científicos que fundamenten tal descalificación. Por otro lado, el MMH ha tratado de utilizar al Modelo de Autoatención en muchas de sus estrategias, en especial las de atención primaria y las de cuidados a personas con enfermedades crónicas. Esta ambivalencia hace que no se vea con seriedad un proceso, un Modelo que es fundamental para el funcionamiento de los otros Modelos Médicos.

Por otro lado, en los debates que se dieron a finales de los 1980s y principios de los 1990s, expertos identificaron la imperiosa necesidad de que la Salud Pública y la Epidemiología trabajen con estas variables; esto en un contexto en que se hablaba de la crisis de la Salud Pública. Uno de los aportes que los expertos dieron en ese momento, fue la importancia de diferenciar entre el “Modelo Social de Prácticas de Salud” y el “Modelo de Prestación de Servicios de Salud”.

El Modelo Social de Prácticas de Salud incorpora, entre otras, las prácticas de autoatención y se plantea como un reto para la Salud Pública superar los obstáculos conceptuales, técnicos, metodológicos y operativos que le impiden dejar atrás la visión restringida del Modelo de Prestación de Servicios. Por otro lado, muchos aportes que se hicieron al debate de la Salud Pública y la Epidemiología estaban relacionados con la necesidad de que éstas consideren a la diferenciación social como una variable de trascendencia para que dichas disciplinas cumplan su propósito.

En 2002, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) vuelve a reconocer esta importancia y plantea la necesidad de atreverse al replanteamiento conceptual de la Salud Pública para hacerla más compatible con la realidad. Por ello dedica varios capítulos a delinear los caminos de dicha reconceptualización. Dichos caminos incluyen las “prácticas sociales en salud”, entre ellas la autoatención y el abordaje de las “inequidades en salud”, que incluye el abordaje de la diferenciación social.

Este estudio busca abordar el MMA en una comunidad guatemalteca. Sin embargo, para el abordaje comunitario se recurre a la categoría diferenciación social ya que diversos estudios que se han realizado en comunidades guatemaltecas muestran que estas no son homogéneas, aunque generalmente sean concebidas como tales en las investigaciones desde la Salud Pública, así como en las intervenciones en salud.

Capítulo IV. Objetivos

- A.** Caracterizar la diferenciación social que existe entre las unidades domésticas del caserío Pasac, Nahualá, Sololá.
- B.** Caracterizar los patrones de autoatención de las unidades domésticas en dicho caserío.
- C.** Establecer si existe relación entre la diferenciación social de las unidades domésticas y sus patrones de autoatención.

Capítulo V. Material y métodos

A. Tipo de estudio

Estudio observacional descriptivo, realizado en el caserío Pasac perteneciente a la aldea Xejuyup, Bocacosta del municipio de Nahualá, Sololá.

B. Población

Las 229 unidades domésticas existentes en el Caserío.

C. Selección y tamaño de la muestra

Durante la mayor parte de la investigación se trabajó con el total de la población de las unidades domésticas del Caserío. Esto se hizo para el análisis secundario de la información censal del 100% de las unidades domésticas del Caserío, que constituye un total de 229 unidades domésticas. Estos datos censales sirvieron para identificar los conjuntos socioculturales. Lo mismo se hizo para el estudio de prevalencia de enfermedades que permitió identificar las unidades domésticas en las que hubo alguien enfermo en los últimos quince días.

Finalmente, para la entrevista estructurada que permitió obtener datos sobre la autoatención se trabajó con la totalidad de unidades domésticas en las que se identificó un caso de enfermedad que inició en los últimos quince días. De las 229 unidades domésticas visitadas hubo 92 en las que se reportó que hubo alguien enfermo en los últimos quince días. Con estas 92 unidades domésticas se hizo la entrevista estructurada.

En la mayoría de estas unidades domésticas sólo se identificó un enfermo, pero en algunos casos se reportaron 2, 3, 4 y hasta 5 enfermos en una sola unidad doméstica (se detectó un total de 131 episodios de enfermedad que iniciaron en los últimos 15 días). Debido a que en este estudio la unidad de análisis para buscar la asociación entre autoatención y diferenciación social es la unidad doméstica, sólo se seleccionó un enfermo de cada unidad doméstica para evitar la duplicación de casos que fueran interdependientes ⁽⁷⁵⁾. Dentro de

cada una de las unidades domésticas que reportaron más de un enfermo se seleccionó un solo caso de manera aleatoria.

D. Unidad de análisis

Para investigar la relación entre la autoatención y la diferenciación social se trabajó con las unidades domésticas, definidas como el conjunto de personas, ligadas en la mayoría de los casos por lazos de parentesco o afinidad, que hacen vida común en una misma vivienda; la noción de vida común puede hacer referencia a compartir una fuente de ingresos o que hagan sus comidas juntos ⁽¹⁹⁾.

Sin embargo, para los análisis de las variables por separado se usaron diferentes unidades de análisis.

Para el análisis de la diferenciación social se trabajó con dos unidades de análisis: características de los procesos de la reproducción y patrones de características de los procesos de la reproducción social.

Para el análisis de la autoatención se trabajó con tres unidades de análisis: categorías de tratamiento, secuencias de las categorías de tratamiento y transiciones entre las categorías de tratamiento.

Para el análisis de las dimensiones que pueden modificar la autoatención se trabajó con las siguientes tres unidades de análisis: características del episodio de enfermedad, características del paciente y características de la persona que brindó cuidados.

E. Criterios de inclusión y exclusión

Únicamente se excluyeron del estudio las unidades domésticas que se nieguen a participar en el estudio.

F. Variables estudiadas y su operacionalización

Las variables estudiadas son las siguientes:

- diferenciación social
- autoatención

La definición y operacionalización de estas variables se presenta en las páginas siguientes:

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional / Alternativas	Tipo	Escala de medición
Diferenciación social:	Características distintivas de las unidades domésticas sin que impliquen jerarquía sistemática, discriminación o injusticia, - con base en los procesos de producción, consumo y sociocultural de la categoría reproducción social.	Producción: condiciones en que un individuo, una familia o una colectividad se insertan en el proceso productivo local, regional, nacional y global. Tiene mucho que ver con las condiciones de trabajo y su vínculo con la salud se da a través de las cargas laborales y los riesgos laborales	Inserción laboral de los padres: <u>Agrícola</u> Asalariado permanente En su tierra y asalariado temporal Propio con mano de obra familiar Propio con mano de obra contratada <u>No agrícola</u> Por cuenta propia comercio-servicios Manual asalariado Asalariado en servicios o producción Por cuenta propia productivo Propietario con ayuda familiar Propietario-contratación de personal Remesas familiares	Cualitativa	Nominal
				Cualitativa	Nominal

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional / Alternativas	Tipo	Escala de medición
		Consumo: medios por los cuales los conjuntos humanos realizan y reconstituyen su capacidad corporal y/o mental perdida durante su proceso de trabajo y vida cotidiana. Se concreta mediante condiciones de vida como calidad de la vivienda, alimentación, disponibilidad de agua y disposición de excretas, acceso a educación y servicios de salud, energía eléctrica, carreteras, entre otros	Agua dentro de la vivienda Pozo propio Pozo comunitario Chorro propio Chorro comunitario Río Otros Destino de las aguas servidas No tiene drenaje Conectado a algún sistema de drenaje Destino de las excretas No tiene letrina Letrina pozo Letrina abonera seca Letrina lavable Medio de cocción de alimentos Estufa de gas Plancha Fuego abierto en alto Fuego abierto en el suelo Otros Ubicación de la cocina Adentro de la casa Fuera de la casa Otros	Cualitativa Cualitativa Cualitativa Cualitativa Cualitativa	Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional / Alternativas	Tipo	Escala de medición
		Sociocultural: características diferenciales con que los individuos, familias y grupos dan significado y contenido distinto a las actividades de producción y consumo. Cobran relevancia las matrices y lógicas socioculturales, las concepciones del universo y las concepciones relacionadas con las diferencias entre hombres y mujeres, entre las diferentes etapas del ciclo de vida y las relacionadas con el proceso de salud-enfermedad-atención	Tipo de unidad doméstica Nuclear - Extensa – Monoparental - Otros Redes de apoyo Familiares – Vecinos – Otros - No Jefatura del hogar Madre – Padre - Madre y padre - Algún abuelo - Alguna abuela - Otros Escolaridad de los padres Alfabeta - Primaria incompleta - Primaria completa - Secundaria incompleta - Secundaria completa - Diversificado incompleta - Diversificado completo - Universitario Idiomas que hablan los padres Sólo <i>k'iche'</i> - <i>K'iche'</i> y castellano - Sólo castellano Religión que profesan los padres Católica tradicional - Católica carismática - Evangélica pentecostal - Evangélica presbiteriana - Ninguna Participa en organización Sí participa No participa	Cualitativa Cualitativa Cualitativa Cualitativa Cualitativa Cualitativa	Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional / Alternativas	Tipo	Escala de medición
Auto-atención:	Prácticas relativas a los episodios de enfermedad o cualquier tipo de sufrimiento, que tienden a activar respuestas colectivas por parte de las personas no profesionales de la salud. ⁽⁷⁾		Camino del enfermo: secuencia de decisiones y acciones que el enfermo y su familia realizan, desde la aparición de los síntomas hasta la solución del caso. ⁽¹⁰⁾ Alternativas: Espera Tratamiento casero Compra de productos medicinales Terapeutas tradicionales Profesionales de la biomedicina Profesional de la sanación divina	Cualitativa	Nominal
	Dimensiones que influyen en la autoatención:	Características del episodio de enfermedad: atributos propios del evento de enfermedad específico que sirve como base para la investigación de la autoatención.	Signos / Síntomas: manifestaciones clínicas reportadas por la persona que brindó cuidados. Autodiagnóstico: nombre de la enfermedad según la persona que brindó cuidados. Etiología: causas de la enfermedad según la persona que	Cualitativa Cualitativa Cualitativa	Nominal Nominal Nominal

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional / Alternativas	Tipo	Escala de medición
			brindó cuidados. Severidad: valoración de gravedad según la persona que brindó cuidados. (grave/no grave). Duración: cantidad de días entre el inicio de la enfermedad y su culminación o el día de la entrevista, según reporta la persona que brindó cuidados.	Cualitativa Cuantitativa	Nominal Continua
	Dimensiones que influyen en la autoatención:	Características del paciente: atributos de la persona que padeció de la enfermedad que pueden influir en la autoatención.	Sexo: asignación de sexo (hombre/mujer) que da la persona que brindó cuidados. (masculino/femenino). Edad: número de años desde el nacimiento según reportó la persona que brindó cuidados.	Cualitativa Cuantitativa	Nominal Continua
	Dimensiones que influyen en la autoatención:	Características de la persona: que brindó cuidados. Atributos de la	Sexo: asignación de sexo (hombre/mujer) que da la persona que brindó cuidados.	Cualitativa	Nominal

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional / Alternativas	Tipo	Escala de medición
		persona que se encargó de atender al paciente en el hogar y de tomar las decisiones sobre la atención que recibió.	(masculino/femenino). Edad: número de años desde el nacimiento según reportó la persona que brindó cuidados. Parentesco: Relación de consanguinidad o afinidad entre el paciente y la persona que brindó cuidados, según lo reportado por esta última. Conocimientos sobre remedios caseros: Número de enfermedades para las que la persona que brinda cuidados dice conocer un remedio. Conocimientos sobre terapias locales: número de enfermedades para las que la persona que brinda cuidados dice conocer algún terapeuta local que sabe curarla.	Cuantitativa Cualitativa Cuantitativa Cuantitativa	Continua Nominal Continua Continua

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional / Alternativas	Tipo	Escala de medición
			Preferencias por tratamientos particulares: número de enfermedades para las que la persona que brinda cuidados dice preferir algún tipo de tratamiento. Tamaño de redes sociales: número de personas que la persona que brinda cuidados reporta ante las preguntas sobre redes de apoyo social. Composición de redes sociales: proporción de familiares, mujeres y personas del caserío en la red de apoyo social reportada por la persona que brinda cuidados.	Cuantitativa Cuantitativa Cuantitativa	Continua Continua Continua

G. Instrumentos

Se utilizaron cuatro instrumentos para la recolección de datos:

G1.1. Guía para el análisis secundario de la información del censo sociocultural del Caserío (anexo 1)

Este instrumento es una guía para el análisis secundario que ofreció orientación acerca de las características que debían extraerse de la base de datos del censo del Caserío para su posterior análisis. Comprende tres apartados. El primero corresponde a las características que se consideraron para el proceso de producción. El segundo incluye las características del proceso de consumo que fueron tomadas en cuenta. El tercero abarca las características del proceso sociocultural que fueron utilizadas. Además, la guía incluye para cada una de estas características, las opciones, alternativas o valores que pueden adquirir para las diferentes unidades domésticas. Este instrumento estuvo escrito en castellano. El diseño de este instrumento se apoyó principalmente en Blanco⁽⁴²⁾ y Verdugo⁽¹³⁾.

G1.2. Entrevista informal con Informantes Clave (anexo 2)

El objetivo de este instrumento fue detectar características de la diferenciación social de particular interés desde el punto de vista de personas de la comunidad, especialmente con la intención de detectar características que no estuvieran previamente incluidas en la información del censo sociocultural. El instrumento consta de 14 preguntas y se acompañó de un croquis de la comunidad y un listado de los miembros de la comunidad (obtenidos del Proyecto Implementación). Este instrumento estuvo escrito en castellano. El diseño de este instrumento se apoyó principalmente en Camposeco⁽⁴⁰⁾.

G1.3. Entrevista estructurada para la detección de casos (anexo 3)

Este instrumento se usó para registrar los datos generales de las unidades domésticas visitadas durante el estudio de prevalencia. Incluye espacio para anotar los datos generales del paciente, de la persona que lo cuidó y del episodio de enfermedad. Durante su aplicación se acompañó de un calendario que incluía las últimas semanas de abril y las primeras de mayo. Este instrumento se diseñó en castellano y después fue validado y traducido al *k'iche'*. El diseño de este instrumento se apoyó en Ryan^(83, 34), Goldman et al⁽⁸⁴⁾, Kroeger⁽⁸⁵⁾, Scrimshaw y Hurtado⁽⁸⁶⁾, Ross y Vaughan⁽⁸⁷⁾.

G1.4. Entrevista estructurada con Unidades Domésticas donde se detectó casos
(anexo 4)

Este instrumento consta de cinco páginas. Su objetivo fue registrar las características del paciente, de la persona que lo cuidó, de la enfermedad y del camino del enfermo. Consta de cinco secciones. (La sección 1 corresponde al instrumento anterior, G.1.3). La sección 2 incluye los datos generales del paciente y de la persona que lo cuidó. Además incluye preguntas dirigidas a aproximarse a las preferencias y conocimientos sobre autoatención de la persona que brindó cuidados. En la sección 3 se incluyen 6 preguntas dirigidas a conocer el tamaño y estructura de la red de apoyo social de la persona que cuidó al paciente. Esta sección se basó en el *Arizona Social Support Interview Schedule* ⁽⁸⁸⁾. La sección 4 incluye un calendario para registrar los días en que se presentaron diferentes síntomas, signos o enfermedades en el episodio en cuestión. Además incluye una lista de cotejo de 30 signos, síntomas y enfermedades frecuentes en la comunidad. En la sección 5 se registran las causas a que la cuidadora atribuyó el episodio de enfermedad. También se registran en un calendario. Además contiene una lista de cotejo con 22 grupos de causas de enfermedades desde el punto de vista biomédico y sociocultural. La sección 6 tiene un calendario para registrar las acciones llevadas a cabo en la familia para aliviar o curar la enfermedad. Además contiene una lista de cotejo de 16 grupos de posibles acciones o recursos terapéuticos biomédicos y socioculturales. Finalmente, la sección 7 incluye un calendario para registrar los lugares o personas visitadas para buscar alivio o curación de la enfermedad. Incluye también una lista de cotejo de 30 posibles personas o lugares visitados. Este instrumento se diseñó en castellano y posteriormente fue validado y traducido al *k'iche'*. El diseño de este instrumento se apoyó principalmente en Ryan ^(34, 84, 35). Además fueron de mucha utilidad Weller et al. ⁽⁷⁵⁾, Goldman et al. ⁽⁸⁴⁾, Kroeger ⁽⁸⁵⁾, Scrimshaw y Hurtado ⁽⁸⁶⁾, Ross y Vaughan ⁽⁸⁷⁾.

H. Recolección de la información

Previo al inicio de la recolección de información se hicieron coordinaciones con autoridades del Comité Pro Mejoramiento del caserío, así como con los miembros del Comité de Salud del caserío. Además, se hicieron coordinaciones con el personal de Clínica Maxeña que está implementando el programa de salud “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente”.

Esquemáticamente, la **recolección de información** se dividió en **dos etapas**.

En la **primera etapa** se recopiló información acerca de los “conjuntos socioculturales”, para lo cual se recurrió a dos técnicas de recolección de información. La **segunda etapa** consistió en la recopilación de información referente a los patrones de autoatención de las unidades domésticas. Estas dos etapas se describen más adelante.

Además de estas dos etapas de la recolección de la información que formaron parte propiamente de este trabajo de investigación, hubo otra **información complementaria** que el autor recopiló previo al diseño de los instrumentos de recolección. La información complementaria fue la siguiente:

- ***Croquis del Caserío***: proporcionado por el “Proyecto Implementación”. Se obtuvo la versión de 2004 y posteriormente la actualización de septiembre de 2005.
- ***Listado de jefes de familia y miembros de todas las unidades domésticas, con codificación que los vincula al croquis del Caserío***: proporcionado por el “Proyecto Implementación”. Se obtuvo la versión de 2004 y posteriormente la actualización de septiembre de 2005.
- ***Características de las unidades domésticas***: obtenido a través del “Proyecto Implementación”, por estar incluido en su línea basal y en la actualización del censo sociocultural. Incluye información demográfica y de los procesos de producción, consumo y sociocultural. Se obtuvo la versión de 2004 y posteriormente la actualización de septiembre de 2005.
- ***Historia del Caserío***: obtenido gracias a la colaboración de diferentes personas del Caserío o que han trabajado en él. Se hizo 30 entrevistas no estructuradas con personas del Caserío entre el 19 y 21 de enero de 2004. Estas entrevistas se hicieron para obtener información sobre la historia de la comunidad (6 entrevistas); datos generales de la

comunidad (5 entrevistas); organizaciones, instituciones y participación en la comunidad (7 entrevistas); calendario de actividades de la comunidad (7 entrevistas); y análisis de los niveles de bienestar (5 entrevistas). Estas entrevistas se hicieron en el marco de actividades del Proyecto Implementación y las hizo el autor junto a cuatro trabajadores de dicho Proyecto. Además se obtuvo información escrita no publicada sobre la historia del Caserío a través de la Cooperativa Nahualá R.L. y la Escuela Oficial Rural Mixta del Caserío. También se obtuvo información recopilada por personal del Proyecto Implementación para una investigación propia del Proyecto durante el primer semestre de 2005 ⁽⁹⁰⁾. La información obtenida sirvió para informar la construcción de los instrumentos.

- ***Inventario de recursos terapéuticos***: obtenido a través de entrevistas con personas del Caserío, con personal del Ministerio de Salud, y de observación directa. En abril de 2003 el autor entrevistó a tres mujeres trabajadoras de Clínica Maxeña para hacer un inventario de terapeutas del Modelo de Medicina Maya en la Bocacosta de Sololá. Además se hizo 2 entrevistas con personas de la comunidad el 21 y 22 de enero de 2004 y otra el 12 de junio de 2005; estas tuvieron como objetivo conocer las distintas opciones terapéuticas para personas del Caserío. Se hizo una entrevista el 24 de julio de 2005 con una antropóloga que trabajó como voluntaria en Clínica Maxeña y quien hizo un inventario de “personas que curan” en varios caseríos de la Bocacosta de Sololá, incluido el Caserío objeto de este estudio y se contó con un informe escrito por ella ⁽⁹¹⁾. El 3 de mayo de 2006 se entrevistó a tres trabajadores de Clínica Maxeña (una mujer que es residente del Caserío de este estudio y dos hombres que residen en una aldea a 15 minutos del Caserío) para conocer sobre los recursos terapéuticos disponibles en el área. La información se complementó a través de la observación directa por el autor a lo largo de tres años trabajando en la Bocacosta de Sololá y viviendo en Santo Tomás La Unión y múltiples conversaciones con personas que viven y/o trabajan en el área. Además se tuvo como referencia algunas investigaciones y libros que abordan el tema (incluidos en la sección de antecedentes) y especialmente los trabajos de ASECSA sobre el Modelo de Medicina Maya ^(14, 16). Se obtuvo como producto un listado de 16 categorías de tratamientos y un listado de 30 diferentes terapeutas los cuales fueron incorporados como listas de cotejo en el instrumento para la entrevista estructurada (ver anexo 7.4). Ambos listados fueron

finalmente redefinidos durante la validación de los instrumentos entre el 9 y 13 de mayo de 2006.

- ***Inventario de enfermedades frecuentes y sus causas***: obtenido principalmente a través de entrevistas con personal de salud cercano al Caserío y habitantes del Caserío. El 17 de abril de 2006 se obtuvo tres listados de enfermedades frecuentes a través de la técnica de *free listing* ⁽⁹²⁾. Estos listados fueron elaborados individualmente por tres trabajadores comunitarios de salud, a quienes se les pidió que intentaran escribir 50 enfermedades, síntomas o signos que son frecuentes en las comunidades como Pasac. Se les pidió que escribieran los nombres de la manera como la gente los usa (en *k'iche'*) y que escribieran a la par lo que ellos consideraban que es su traducción al castellano. No importaba si se mencionaban sinónimos. El 18 de abril de 2006 se utilizó el mismo procedimiento con mujeres de Pasac. Se entrevistó por separado a tres grupos de mujeres (uno de 7, otro de 4 y otro de 2 mujeres) y se les pidió que nombraran todas las enfermedades frecuentes que pudieran. Se anotó los nombres tal como ellas los mencionaron en *k'iche'*.

Posteriormente se hizo un gran listado que incluyó todas las enfermedades, signos y síntomas mencionados, los cuales se clasificaron en 4 categorías: mencionadas por la mayoría de trabajadores comunitarios y por las mujeres (20 elementos), mencionadas por la mayoría de trabajadores comunitarios o por la mayoría de mujeres (21 elementos), dolores varios (14 elementos) y otras mencionadas (36 elementos). Es decir que se tuvo un listado de 91 enfermedades, signos o síntomas.

Luego se hizo una revisión de las enfermedades más frecuentes encontradas en los servicios que la Clínica Maxeña presta en las comunidades de la Bocacosta, así como en los informes del Ministerio de Salud. También se tomó en cuenta el listado de enfermedades socioculturales identificadas por los trabajadores del Proyecto Implementación ^(93, 94) y el listado de enfermedades utilizado en un estudio que se tomó como referencia para la metodología de este trabajo ⁽³⁴⁾.

Después se hizo una revisión del listado de 92 enfermedades, se agruparon las que eran sinónimos y con base en todas las fuentes mencionadas se fue reduciendo el listado hasta tener un total de 42 enfermedades en un primer momento. Teniendo este listado se hizo una entrevista a un médico originario y residente de Santo Tomás La Unión y una enfermera de Totonicapán con tres años de trabajo en la Bocacosta de Sololá. El idioma

materno de ambos es el *k'iche'*. Esta entrevista se hizo el 4 de mayo de 2006 y su objetivo fue que ellos explicaran los significados de las 42 enfermedades identificadas. Se intentó que no fueran traducciones a términos médicos sino que en base a su experiencia a qué manifestaciones clínicas corresponden cada uno de los términos del listado. De esta entrevista se identificaron algunos términos del listado que eran más generales y contenían a otros términos, por lo que resultaban repetitivos. Como producto de esta entrevista se redujo el listado a 30 enfermedades. Estas 30 enfermedades se incluyeron como listas de cotejo para las entrevistas.

Para contar con una lista de cotejo sobre las causas de las enfermedades se recurrió también a varias fuentes. En primer lugar se revisó varias categorías de causalidad desde el punto de vista biomédico ^(95, 96). En segundo lugar se revisó el “marco explicativo de las enfermedades” y los “ejes de causalidad desde la cosmovisión Maya” elaborado por José Luis Albizu, tomando en cuenta los aportes de los marcos explicativos de R. Adams, G. Foster, Neuenswander y Souder, Holland, J.J. Hurtado, Sierra, García y Ghidinelli ⁽¹³⁾. Se revisó también la información presentada por ASECSA ⁽¹⁴⁾. Finalmente se revisó el análisis de las causas de enfermedad registradas en la base de datos del Proyecto Implementación ⁽⁹⁷⁾. Como producto se obtuvo un listado de 16 categorías de causas de enfermedades. Estas se incluyeron como listas de cotejo para las entrevistas.

Para asegurar que la interpretación y la escritura de las enfermedades y de las causas de enfermedad fueran correctas se obtuvo apoyo del Coordinador Municipal del Comité Nacional de Alfabetización (CONALFA), con sede en la aldea Xejuyup, quien es responsable de la alfabetización en *k'iche'*. Él es originario y residente del Caserío objeto de estudio. A él se le pidió que hiciera el ejercicio de revisar la correcta escritura de las palabras en *k'iche'* y que corroborara que los significados de las palabras en castellano y en *k'iche'* se correspondieran y si no que él diera sugerencias de otros términos más adecuados. También se recurrió a revisar términos en *k'iche'* en varias fuentes ^(98, 99, 100). Con esto se afinó el listado de 30 enfermedades y de 16 causas de enfermedad.

Finalmente durante la validación de los instrumentos (9 al 11 de mayo de 2006) se redefinieron los dos listados para adecuarlos de manera que fueran de fácil comprensión para las personas de Pasac.

A continuación se describen las **actividades de recolección de información propia de este estudio**, es decir, las de la primera y segunda etapas.

Primera etapa

- Captura de información del censo sociocultural del Caserío (información sobre diferenciación social)

Esta etapa se realizó entre agosto y septiembre de 2004 (y se revisó con datos de la actualización del censo de septiembre de 2005). Se obtuvo una copia electrónica de la base de datos (archivo del programa Microsoft Access) del Proyecto Implementación en la que se incluía la información del Censo Sociocultural que se hizo en mayo y junio de 2004 y se actualizó en septiembre de 2005. Dentro del programa Access se hizo una selección de los campos relevantes para la tesis a través de la función de consultas del programa, usando como referencia la Guía para el Análisis secundario de la Información del Censo (Anexo 1).

Después se exportó la información seleccionada al programa Microsoft Excel para manipularla de acuerdo a los requerimientos del trabajo.

Luego se hizo la limpieza de datos buscando problemas de forma. Con la base de datos ya limpia se hizo una codificación de acuerdo a la Guía para el Análisis secundario de la Información del Censo (Anexo 1). Para esto se usó la función búsqueda y reemplazo en el menú de edición de Excel.

Finalmente, con los datos codificados se hicieron reportes de tablas dinámicas para los diferentes campos, lo cual permitió identificar algunos errores en la codificación, con lo que se pudo hacer una última limpieza de los datos.

Los productos de esta actividad fueron dos:

- a. Información relevante para la investigación colocada en filas por unidad doméstica (registros) y columnas por variables y dimensiones (campos).
- b. Reportes de tabla dinámica para las frecuencias de las variables y dimensiones.

- Entrevistas con informantes clave (información sobre diferenciación social)

Después que se realizó un análisis preliminar sobre las características de los procesos de producción, consumo y sociocultural (para la caracterización de la

diferenciación social en el Caserío) a partir del análisis secundario de la información del Censo Sociocultural, se hizo entrevistas a 5 informantes clave (4 mujeres y 1 hombre) para profundizar y completar la caracterización. Estas entrevistas se hicieron entre junio y julio de 2005.

Cuatro de los informantes fueron personas de la comunidad, que por actividades sociales o humanitarias han tenido contacto con la mayoría de las personas del Caserío, han tenido acceso a información sobre el Caserío y han participado en análisis sobre la realidad del Caserío. Uno de los informantes fue un trabajador de Clínica Maxeña que en los meses previos estuvo haciendo una investigación para el Proyecto Implementación sobre las relaciones de género en el Caserío. Estas entrevistas fueron hechas en castellano. Algunas de ellas se hicieron en sus viviendas y otras en la sede de Clínica Maxeña, de acuerdo a la preferencia del informante.

Las entrevistas se realizaron con base en la Guía para la Entrevista Informal con Informantes Clave (Anexo 2.). Se conversó por separado con cada uno de los informantes acerca de los temas incluidos en las 14 preguntas que contiene la guía y se tuvo el auxilio de varias copias del croquis del Caserío y un listado de los jefes de las familias con referencia a las viviendas ubicadas en el croquis. Lo que se buscó con este ejercicio fue en primer lugar conocer la opinión de los informantes acerca de las expresiones de la diferenciación social en el Caserío. Se intentó conocer si en opinión de los informantes clave había características irrelevantes en las obtenidas del análisis secundario previo y si pensaban que debían agregarse nuevas características. Para las características que propusieron agregar, la distribución de las mismas se hizo en los croquis y/o en los listados de jefes de familia (de acuerdo a la preferencia de los informantes clave). Estas nuevas características fueron después incorporadas a la base de datos en Excel.

Segunda etapa

- Entrevistas estructuradas a 229 unidades domésticas (detectar casos)

Entre el 12 y 13 de mayo de 2006 se visitó a todas las unidades domésticas del Caserío. Se les explicó el propósito de la visita y se les preguntó si aceptaban participar en el estudio. En las unidades domésticas donde aceptaron se hizo una entrevista estructurada de acuerdo con la Guía correspondiente (Anexo 3). Para asegurar que se visitó a todas las

unidades domésticas se utilizó la última versión del croquis y censo del Caserío (versión de septiembre de 2005, proporcionada por el Proyecto Implementación). Estas entrevistas duraron entre 2 y 15 minutos en cada unidad doméstica, dependiendo de la presencia de personas enfermas.

En esta entrevista se preguntó si en los últimos quince días alguien de la unidad doméstica padeció de alguna enfermedad. La fecha límite incluyó desde el 28 de abril. Debido a que no se tenían referentes temporales obvios para facilitar el recuerdo de los entrevistados se utilizó el asueto del 1 de mayo como referente y una celebración religiosa que tuvieron el fin de semana del 29 y 30. Se insistió en incluir cualquier tipo de padecimiento que la familia hubiera detectado, sin importar si la persona ya se había curado o no y si era una enfermedad biomédica o no.

En caso afirmativo se registró el nombre de la persona que dio la información y el nombre de la persona que estuvo enferma, la fecha de inicio de la enfermedad, el nombre de la enfermedad, el nombre de la persona que brindó cuidados al enfermo. Si hubo más de una persona enferma se anotaron todos, aunque posteriormente se seleccionó al azar sólo un caso por cada unidad familiar.

Sin importar si respondieron afirmativa o negativamente a la presencia de algún familiar enfermo se procedió a utilizar una lista de 30 enfermedades como lista de cotejo para preguntar a la persona si alguien de la unidad familiar las había padecido en los últimos 15 días. En los casos en que se reportó un caso que no se había detectado inicialmente se agregó al listado.

En todos los casos se aseguró que la persona entrevistada fuera el jefe de familia o su cónyuge. Las entrevistas se hicieron en horario de 8 a 16 horas, por lo que en la mayoría de los casos los hombres adultos no estuvieron presentes al momento de la entrevista.

Estas entrevistas fueron hechas por 6 mujeres (3 residentes del Caserío objeto de estudio y 3 residentes de una aldea vecina) que fueron seleccionadas con el apoyo de 4 informantes clave. Las 6 mujeres entrevistadoras participaron en un taller de validación y estandarización que se hizo del 9 al 11 de mayo de 2006 en el Caserío. Las entrevistas fueron hechas en *k'iche'*. El investigador hizo la supervisión directa de las primeras entrevistas hechas por cada entrevistadora y una supervisión del llenado de las boletas de todas las entrevistas.

- Entrevistas estructuradas a unidades domésticas con casos (información sobre autoatención)

Del 16 al 19 de mayo de 2006 se volvió a visitar a las unidades familiares en las que se detectaron casos de enfermedades que iniciaron dentro de los últimos 15 días (92 unidades familiares) para hacer una entrevista estructurada detallada sobre los patrones de autoatención y las dimensiones que pueden modificarla (el episodio de enfermedad, las características del paciente y las características de la persona que brindó cuidados). Estas entrevistas fueron hechas en *k'iche'* por 6 entrevistadoras previamente estandarizados en un taller de 4 días que se hizo en el Caserío el 9, 10, 11 y 15 de mayo de 2006. En este taller también se hizo la validación de los instrumentos. El investigador hizo la supervisión directa de las primeras entrevistas hechas por cada entrevistadora y una supervisión del llenado de las boletas de todas las entrevistas. Estas entrevistas duraron entre 35 minutos y 1 hora.

Estas entrevistas se hicieron con base a los instrumentos correspondientes (Anexo 4). Con relación a la **autoatención** se investigó si las decisiones tomadas correspondían a una de las siguientes categorías de tratamiento (basado en Ryan ⁽³⁴⁾): 1. espera (cuando no se implementaron acciones al menos durante las 24 horas siguientes a la detección de la enfermedad, o en el transcurso de la enfermedad). 2. tratamiento casero (que incluyó tratamientos administrados en la casa por no especialistas y no comprados en la farmacia o la tienda). 3. compra de productos medicinales (que incluyó la compra de productos artesanales o industriales comprados sin ser prescritos por un profesional). 4. terapeutas tradicionales (que incluyeron todo el rango de curanderos, comadronas, guías espirituales mayas, hueseros, chayeros, etcétera. En los casos en que la persona que brindó cuidados en una unidad doméstica era un terapeuta tradicional, no se anotó como tratamiento casero, sino como terapeuta tradicional). 5. profesional de la biomedicina (que incluyó cualquier profesional reconocido por el sistema oficial de salud [promotor de salud, auxiliar de enfermería, técnico de salud rural, enfermera profesional, médico], sin importar si esto fue en alguna institución o no). 6. profesional de la sanación divina (se refiere a los llamados “profetas” o “profecías” de diferentes iglesias que tienen el “don de la sanación”). Además

se registró el lugar del tratamiento, si este se buscó dentro de la comunidad, dentro de la región de la bocacosta o fuera de la bocacosta.

La categoría esperar fue registrada cuando después del inicio de los síntomas hubo al menos un día en el que no se usó ningún otro tratamiento, sin importar si fue al inicio del episodio de enfermedad o en otra posición dentro de la secuencia. Los remedios caseros incluyen cualquier tratamiento que se haya dado sin acudir a algún proveedor de medicamentos (tienda, farmacia, venta de plantas medicinales, merolico, etcétera), o a algún profesional (terapeuta tradicional, de la biomedicina o de la sanación divina). En la mayoría de casos incluyó procedimientos como masajes, sobadas, frotadas, baños, preparados con plantas medicinales, medicamentos químicos, oraciones, etcétera, pero sin la intervención de alguien externo a la unidad doméstica.

Dentro de los profesionales de la biomedicina se incluye a enfermeras, médicos, centros de salud, hospitales, clínicas y a los promotores de salud. La inclusión de estos últimos puede ser controversial ya que otros autores han sugerido que estos juegan un papel de intermediación entre el modelo biomédico y el modelo tradicional. Aunque no se niega este hecho, se incluyeron dentro del modelo biomédico debido a que es el hecho de haber aprendido el lenguaje, los métodos y los recursos terapéuticos de la biomedicina lo que los define como promotores de salud, sin importar si tienen o no otros dones y otras capacidades terapéuticas. Las transacciones entre modelos están ampliamente documentadas y no ocurren sólo entre los promotores, sino también en los terapeutas tradicionales y en enfermeras y médicos.

Con relación a las **características del paciente**, se obtuvo información sobre sexo y edad (basado en Ryan ⁽³⁴⁾). Las **características de la persona que brindó cuidados** incluyeron (basado en Ryan ⁽³⁴⁾): sexo, edad, parentesco con el paciente, conocimientos sobre remedios caseros, conocimientos sobre terapeutas locales, preferencias por tratamientos particulares, tamaño y composición de redes sociales. Las **características del episodio de enfermedad** incluyeron signos, síntomas, autodiagnóstico, etiología y severidad (basado en Ryan ⁽³⁴⁾).

Para procurar mayor exactitud en la información recolectada, las entrevistadoras no hicieron ninguna categorización, sino que únicamente registraron las respuestas de las personas entrevistadas. Se les pidió que lo hicieran literalmente y no tradujeran las

palabras de las personas. La categorización se hizo en un segundo momento por parte del autor.

Dado que se tuvo que depender del recuerdo de los entrevistados acerca de la autoatención, se usaron varias técnicas para disminuir el error de memoria por parte del informante (basado en Ryan ⁽³⁴⁾). Se obtuvo información sólo de episodios que iniciaron dentro de los quince días anteriores a la entrevista, de acuerdo a las recomendaciones de los expertos ^(85, 86, 87). La literatura sugiere que las personas son mejores recordando si hicieron o no algo, en lugar de con qué frecuencia lo hicieron (por ejemplo, es más fácil que recuerden si tomaron pastillas o hicieron oración, en lugar de la cantidad de pastillas que tomaron o la cantidad de veces que oraron), por lo que esto se tomó en cuenta en el diseño de la entrevista. Además, para confirmar que la memoria de los entrevistados fuera adecuada, se preguntó inicialmente a las personas que brindan cuidados que describieran lo que hicieron para tratar al paciente y se anotaron todas las modalidades de tratamiento en el registro estandarizado. Luego se les preguntó directamente sobre el orden en el que administraron los tratamientos y se les continuó preguntando hasta que se tuvo certeza de que se registró el orden de tratamiento en el orden en que el entrevistado lo recordó. También se les preguntó a los entrevistados si habían usado cualquiera de una lista de tratamientos que no mencionaron, lo cual en algunos casos ayudó a que los entrevistados recordaran tratamientos que no habían mencionado inicialmente. Si mencionaron nueva información se les volvió a preguntar en qué orden con relación al resto de tratamientos. Esta técnica de ayuda a la memoria ha mostrado que incrementa la cantidad de conductas reportadas, aunque no ha mostrado que reduzca necesariamente los errores de memoria ^(34, 85).

- Algunas notas sobre aspectos subyacentes a la recolección de la información

Dado que toda investigación está estrechamente vinculada con aspectos “contextuales” que influyen directa o indirectamente en su concepción, ejecución y resultados se intentará hacer un recuento de algunos aspectos de particular importancia que subyacen a la ejecución de esta investigación y cuya influencia en los resultados puede intuirse, aunque no comprobarse.

- **El investigador:** El investigador es médico y trabajó durante los últimos 3 años en el Proyecto Implementación, en relación laboral con Clínica Maxeña (para detalles sobre el Proyecto y la Clínica ver la sección correspondiente en el apartado de antecedentes). Tanto el Proyecto como la Clínica Maxeña son reconocidos por la mayoría de personas del Caserío y el investigador es relativamente conocido en el Caserío. Es posible que las personas que habían tenido contacto y experiencias con el Proyecto o la Clínica o el investigador, puedan haber tenido experiencias satisfactorias o insatisfactorias que hayan influido en la disposición para participar en la investigación, así como en las expectativas de las personas al responder.

Este conocimiento previo del investigador sin duda influyó positivamente en el apoyo comunitario para hacer la investigación, así como en la confianza que algunas personas tuvieron para responder las entrevistas. Sin embargo es posible que haya influido negativamente en algunas personas o en la veracidad de las respuestas que se obtuvieron. Algunos autores han enfatizado en la importancia de que el equipo de investigación sobre autoatención (*health-seeking behavior*) “tengan ninguna afiliación formal o responsabilidades con los servicios de salud de la comunidad en el momento del estudio” (86, 85). Este requerimiento fue cumplido, pero puede ser que en las percepciones de los entrevistados no haya estado completamente claro.

Además hay diferencias lingüísticas, étnicas, culturales, de nivel de escolaridad y de estatus social entre el investigador y las personas entrevistadas. No se puede afirmar de qué manera influyeron estas diferencias en el estudio.

Estos aspectos pueden haber influido de manera impredecible en la segunda fase de la recolección de información (las entrevistas en las unidades domésticas), pero difícilmente en la primera fase (información de segunda mano del censo y entrevistas con informantes clave acerca de la diferenciación social).

Para disminuir el efecto de estos aspectos se informó explícitamente que esta investigación no estaba vinculada con el Proyecto o con la Clínica y se procuró que el investigador estuviera presente en sólo una mínima parte de las entrevistas.

- **Las entrevistadoras:** En la investigación se trabajó con 6 entrevistadoras. Esto se hizo para minimizar algunos potenciales problemas de la investigación. En primer lugar se buscó entrevistadoras socioculturalmente más cercanas (que el investigador) a las

personas que se entrevistó (en género, idioma materno, etnicidad, pertinencia cultural). En segundo lugar se buscó hacer las entrevistas dentro de un período corto de tiempo (no mayor a una semana después de la detección de casos) para no incrementar el período de recuerdo de las personas entrevistadas.

Para la selección de las entrevistadoras se recurrió a las sugerencias de algunos autores ^(85, 92, 86), así como a conversaciones con personas de confianza que viven en el Caserío. Las características que se buscó en las entrevistadoras fueron: mujeres; que no fueran trabajadoras de salud reconocidas en la comunidad; que generen confianza y respeto en la comunidad; con excelente dominio oral del idioma *k'iche'*; con buen dominio del idioma castellano; que vivieran en el Caserío objeto de estudio o una comunidad cercana; con disponibilidad a trabajar a tiempo completo en la investigación.

Se conversó con 4 personas de confianza y con experiencia de trabajo comunitario del Caserío objeto de estudio, un caserío vecino y una aldea vecina para que recomendaran candidatas. Se convocó de manera personal a 15 candidatas a las cuales se les hizo una entrevista el 6 de mayo de 2006. Se seleccionó a seis entrevistadoras. Tres de las entrevistadoras residían en el Caserío objeto de estudio y tres en una aldea vecina. Cuatro eran maestras de educación primaria, una auxiliar de enfermería sin reconocimiento ni trabajo previo en el Caserío y una con estudios hasta 2° básico. Tres eran madres con pareja, una era madre soltera, una estaba casada y sin hijos, 2 eran solteras sin hijos. Cuatro eran católicas y dos evangélicas.

En general durante la investigación se valoró como positivas la mayoría de las características seleccionadas. Sólo hubo una característica que pareció provocar efectos ambivalentes para el estudio: el lugar de residencia de las entrevistadoras. Las entrevistadoras residentes en el Caserío objeto de estudio mostraron mucho conocimiento de las personas, las veredas e incluso los mejores horarios para visitar a algunas de ellas. Asimismo en general fueron recibidas con confianza y mucha apertura por parte de las personas entrevistadas. Sin embargo, dos días antes de que iniciara el trabajo de campo una persona de la comunidad me abordó para manifestarme su inconformidad con una de las entrevistadoras del Caserío. En los dos días siguientes pude hacer una indagación con otras personas de confianza quienes me indicaron que había habido un conflicto entre esta persona y la entrevistadora en cuestión, por ser vecinas. La manera de resolver este asunto

fue asegurar que a esta entrevistadora le correspondiera visitar unidades domésticas lejanas a este vecino y su familia. Por otro lado, las entrevistadoras de la aldea vecina tuvieron más dificultades para encontrar las viviendas y los horarios más adecuados para encontrar a las personas. Al ser de otra comunidad fueron recibidas con amabilidad y no parecen haber despertado ninguna inconformidad. Una manera de equilibrar estas diferencias fue que las entrevistadoras trabajaron en parejas (una del Caserío y una de la aldea) la mayor parte del tiempo.

Otra diferencia se observó entre las entrevistadoras que eran maestras y las que no lo eran. Las primeras mostraron mayor capacidad de concentración y de enfocar en detalles, así como de mantener la atención por períodos más prolongados.

Aunque las entrevistadoras tenían características socioculturales muy cercanas a las personas entrevistadas, sin duda había una diferencia por el hecho de que las entrevistadoras habían estudiado más que la mayoría de las personas entrevistadas. Sin duda esta diferencia era reflejo de otros aspectos de la diferenciación social en la comunidad. No se sabe cómo pudo haber influido esto en los resultados del estudio.

Finalmente, la entrevistadora que era auxiliar de enfermería tenía mucho don de gentes, posiblemente relacionado con su experiencia de trabajo. No se identificó ninguna diferencia entre ella y las demás respecto a prejuicios sobre las enfermedades socioculturales. De cualquier manera se conversó con ella acerca del riesgo que teníamos de que ella llegara a las entrevistas psicológicamente investida de su profesión de enfermera.

- **La capacitación de las entrevistadoras / validación de los instrumentos:** Para la capacitación de las entrevistadoras se siguió las sugerencias de varios autores ^(85, 92, 86): asegurar que la capacitación incluya explicaciones y discusiones acerca del objeto y objetivos del estudio; asegurar que la capacitación incluya suficientes ejercicios de campo; asegurar la supervisión continua durante la capacitación y durante el trabajo de campo; procurar que las entrevistadoras se sientan como parte de un equipo con un objetivo compartido y un compromiso social; al encontrar discrepancias en los criterios de las entrevistadoras, juntar al grupo y discutir el problema abiertamente.

La metodología incluyó explicaciones por parte del investigador; dinámicas de integración y para fomentar el trabajo en equipo; simulaciones de las entrevistas y

discusión de las mismas; validación de la forma de hacer las preguntas en *k'iche'*; validación en el campo; supervisión a través de acompañamiento en las entrevistas y de la verificación del llenado de los instrumentos.

La capacitación estuvo a cargo del investigador y se llevó a cabo en el local de la casa de salud comunitaria del Caserío, gracias al apoyo de la comisión de salud del Caserío. Los materiales que se entregaron a las entrevistadoras para la capacitación fueron: tabla de Shanon, lápiz, borrador, sacapuntas, bolígrafos de dos colores, cuaderno, croquis del Caserío, listado de miembros de las unidades domésticas, instrumentos. Además se contó con papelógrafos, marcadores de pizarrón, marcadores de colores, marcadores permanentes, tijeras, pegamento, masking tape, engrapadora, hojas en blanco. Las entrevistadoras recibieron un pago durante la capacitación.

- **Los informantes clave:** En varias etapas de la investigación se recurrió a informantes clave para afinar o profundizar sobre algunos aspectos de la investigación, en especial para intentar una mayor adecuación de los instrumentos. Los criterios que se usaron para seleccionar a dichos informantes fueron: persona de confianza para el investigador, con conocimiento sobre el Caserío presumiblemente mayor que el promedio (es decir, con una visión más amplia que la mayoría de gente, debido a haber tenido oportunidad o necesidad de conocer con detalle la realidad del Caserío). Por esta razón se tuvo como informantes clave principalmente a personas que hablan castellano, con un nivel de escolaridad más amplio que el promedio, con algún liderazgo o nivel de responsabilidad en el Caserío, o trabajadores de alguna institución. Sorprendentemente la mayoría de los informantes fueron mujeres. Pero sin duda sus visiones sobre los temas que abordamos pueden no haber reflejado las visiones de personas monolingües con menor grado de escolaridad.

- **Investigación bilingüe (cross-language):** Es importante hacer visible al traductor / intérprete para poder considerar su efecto en la información que se recolecta.

En este estudio se procuró minimizar los problemas de traducción por varios mecanismos. Por un lado, se registró información importante para las listas de cotejo en las palabras originalmente usadas en *k'iche'*. Por otro lado, se pidió a diferentes personas que tradujeran las frases de los instrumentos. Además, con las entrevistadoras se validaron las frases en *k'iche'* que se usarían en las entrevistas. Esto implicó discusiones y búsqueda de

consensos para asegurar que las preguntas no perdieran el sentido que el investigador buscaba. Finalmente, se pidió a las entrevistadoras que no tradujeran las respuestas de las personas, sino que las registraran tal como se las decían (en *k'iche'* o castellano). Un punto importante es que tanto las preguntas como las respuestas que había que registrar eran cortas.

Una dificultad que se enfrentó es que debido a que la normalización y estandarización de los idiomas Mayas está en proceso, ninguna de las entrevistadoras había aprendido bien la escritura del idioma *k'iche'*. En la validación y consensos finales, se decidió escribir en los instrumentos las palabras con la ortografía que las entrevistadoras consensuaron, aunque en muchos casos no se corresponde con las normas dictadas por la Academia de Lenguas Mayas y la Comisión Normalizadora.

- **Análisis secundario de información:** La metodología de esta investigación incluyó el análisis secundario de información del Censo Sociocultural del Caserío, hecho por el Proyecto Implementación. Existe una serie de consideraciones metodológicas y éticas que deben considerarse cuando se usa este tipo de información.

En el caso de la presente investigación, el investigador fue parte del equipo que llevó a cabo el Censo Sociocultural del Caserío y participó en el diseño, planificación, ejecución y supervisión del mismo. Las unidades de información y de análisis (unidades domésticas) son las mismas en el Censo y en esta investigación. La metodología usada para la recolección de la información y su posterior depuración y procesamiento fue rigurosa, lo que puede verificarse en el informe correspondiente⁽¹⁰¹⁾. En el momento de la recolección de la información para el Censo se aseguró la confidencialidad de la información de cada familia a nivel individual y familiar, pero que la información iba a ser utilizada de manera consolidada en reportes para la comunidad, para el Proyecto y para otras instituciones.

- **Logística y apoyos del Proyecto Implementación / Clínica Maxeña:** Se ha mencionado recurrentemente que se contó con apoyo del Proyecto y la Clínica, el cual se tradujo en información, contactos, lugar de trabajo y papelería de manera ocasional. También se contó con interlocutores que en momentos se convirtieron en informantes clave o simplemente dieron información de utilidad para la investigación. Esto posibilitó que la investigación se hiciera, pero puede haber influido en los resultados.

- **Logística y apoyos comunitarios:** La logística estuvo a cargo del investigador. A través de personas de confianza del Caserío se hizo arreglos para el hospedaje y alimentación del investigador. Las entrevistadoras, por ser residentes locales, continuaron viviendo y alimentándose en sus casas.

El Consejo Comunitario de Desarrollo del Caserío autorizó la realización de la investigación y permitió que en la información que se divulgara se mencionara esto. Ofrecieron informar en la próxima asamblea comunitaria, pero no hubo ninguna desde la autorización hasta la ejecución de la investigación.

La Comisión de Salud del Caserío apoyó prestando el local de la Casa de Salud del Caserío, así como firmando notas informativas que ellos entregaron en las iglesias.

La Cooperativa Nahualá R.L., con sede en el Caserío apoyó con fotocopias y prestando el altoparlante para hacer anuncios en la víspera del inicio del trabajo de campo.

Estos apoyos sin duda influyeron en la colaboración de la gente para la investigación y se desconoce si pudieron influir en el tipo de respuestas que las personas dieron.

I. Análisis de la información

Existieron tres momentos para el análisis de la información, que se corresponden con los objetivos de este estudio:

- El **primer momento: análisis de la diferenciación social.** Se hizo un primer análisis para definir las dimensiones que presentaban un potencial más relevante para definir los conjuntos socioculturales. Esto se hizo con base en el análisis secundario de la base de datos del censo del Caserío y como mecanismo de triangulación se apoyó en las entrevistas a informantes clave. Para ello se utilizaron tres ejes de análisis: el proceso de producción, el proceso de consumo, el proceso sociocultural; estos son los tres procesos de la categoría reproducción social. La pregunta fundamental que se buscó responder en esta etapa fue ¿cuál o cuáles de las características de los procesos de la reproducción social muestran potencial como características que diferencien a la población? Para realizar este análisis se utilizaron los siguientes recursos:

- a. Determinación de las proporciones en que cada una de las alternativas de las características ocurren en la población;
- b. Elaboración de gráficos en los que se identificaron las alternativas para conjuntos de características, en cada unidad doméstica. Esto permitió identificar de qué manera se combinan las diferentes características en cada unidad doméstica y eventualmente permitió identificar también la mayor o menor homogeneidad entre unidades domésticas.
- c. Distribución de las diferentes características en un croquis del caserío, con el objeto de identificar posibles patrones geográficos en la distribución de los mismos.
- d. Análisis cualitativo de las combinaciones de las características de la diferenciación que se presentaron en la población estudiada.

El producto de este momento del análisis fue una caracterización de la distribución de las características de los procesos de producción, consumo y sociocultural en el Caserío. Esta caracterización sirvió para el siguiente momento del análisis.

- El **segundo momento del análisis: análisis de los patrones de autoatención**. Con la información obtenida sobre autoatención (camino del enfermo) se hizo una descripción y un análisis basado en las técnicas de análisis secuencial⁽³⁵⁾.

El análisis secuencial aplicado al análisis de los patrones de autoatención se basa en el reconocimiento de que las decisiones terapéuticas de las personas pueden ser representadas como series ordenadas de tratamientos usados (secuencias). Hacer un análisis sistemático de estos datos secuenciales puede ayudar a caracterizar los patrones de autoatención usados por las personas. Cada secuencia está compuesta de una serie ordenada de tratamientos.⁽³⁵⁾ En este estudio la cantidad de tratamientos en una secuencia puede variar desde uno hasta ocho tratamientos, es decir que cada secuencia puede tener hasta ocho posiciones.

Se usaron tres unidades de análisis para describir las secuencias de tratamientos (es decir, los patrones de autoatención, o los caminos del enfermo). En *primer lugar* se analizó los datos a nivel de las *categorías de tratamiento*⁽³⁵⁾. Aquí interesó saber qué categorías de tratamiento fueron más frecuentes, si algunas

categorías de tratamiento fueron más frecuentes en ciertas posiciones dentro de la secuencia, si las categorías de tratamiento se repetían dentro de una misma secuencia. Para ello se hizo descripciones de frecuencias y proporciones sobre el uso de las categorías de tratamiento por episodio de enfermedad y como proporción del total de tratamientos usados en el conjunto de los 84 episodios de enfermedad. También se describió la repetición de tratamientos dentro de una misma secuencia o camino del enfermo. Esto se trabajó a través de cuadros y gráficos con el programa Microsoft Excel.

En *segundo lugar* se analizó los datos viendo a *cada secuencia como una unidad* ⁽³⁵⁾. Aquí interesó buscar qué secuencias ocurren y con qué frecuencia, así como qué tan largas son las secuencias que se observaron. Para ello se describieron frecuencias y proporciones del tamaño de las secuencias (es decir, cuántas posiciones o tratamientos se presentaron en cada secuencia), de las categorías de tratamiento que se presentaron en cada posición dentro de la secuencia y de las secuencias de tratamiento que se presentaron. Para esto se usaron cuadros y gráficas elaboradas con el programa Microsoft Excel.

En *tercer lugar* se analizaron las relaciones entre tratamientos adyacentes en una secuencia, es decir, las transiciones entre tratamientos ⁽³⁵⁾. Para esto se adoptó técnicas del análisis de redes). El análisis de redes sociales es una “herramienta que permite conocer las interacciones entre cualquier clase de individuos partiendo de datos de tipo cualitativo más que cuantitativo” ⁽¹⁰⁴⁾. La unidad de análisis que se emplea es la red, no los individuos y se presta particular atención a las interacciones entre los individuos más que a los individuos mismos. Una red está constituida por varios elementos: los “nodos” son los individuos que están en interacción, los “vínculos” son los lazos que existen entre los nodos y el “flujo” es la dirección en que se establece un vínculo. Existen peculiaridades del análisis de redes que hacen que se hayan desarrollado herramientas específicas para su descripción y análisis.

En este estudio se hizo un uso muy básico de algunas técnicas del análisis de redes. Se concibió a cada categoría de tratamiento como un nodo y a las transiciones entre un tratamiento y otro como un vínculo con flujo definido. En primer lugar, las categorías se usaron para construir una “matriz idéntica

unidireccional” (cuadro VI.15), que es un grupo de filas y columnas en las que los encabezados de las filas y las columnas son idénticas y el contenido de las celdas expresa la cantidad de transiciones que hubo de una categoría de tratamiento a otra. La construcción de esta matriz es el elemento básico a partir del cual se puede hacer otros cálculos y representaciones de la red. En este estudio se usó para hacer una representación gráfica de la red de transiciones entre las categorías de tratamiento (figura VI.3), la cual se hizo con el programa NetDraw⁽¹⁰³⁾. Además se usó el programa UCINET⁽¹⁰³⁾ para calcular la densidad de la red (cantidad de transiciones que se dieron como proporción de la cantidad total teórica posible de transiciones), el grado de centralidad de cada categoría de tratamiento (que muestra para cada categoría la cantidad de transiciones en que estuvo involucrada como proporción de la cantidad de transiciones en que pudo estar involucrada) y el grado de intermediación de las categorías de tratamiento (la cantidad de veces que una categoría de tratamiento ocupa una posición intermedia entre otras dos categorías de tratamiento).

- **El tercer momento del análisis: análisis de la relación entre diferenciación social y autoatención.** Originalmente se había planeado hacer este análisis utilizando métodos cualitativos, sin embargo luego de hacer algunas pruebas se decidió combinar en este análisis la metodología cualitativa y la cuantitativa. Las razones fueron que se encontró una diversidad muy grande en los patrones de la diferenciación social y de la autoatención que hicieron imposible buscar las relaciones entre ambas sin usar métodos automatizados. No fue posible encontrar un método tal entre los métodos cualitativos. Esto implicó también un cambio en los instrumentos de recolección y las técnicas de recolección para que fueran acordes a la nueva técnica de análisis. Se decidió utilizar técnicas de análisis bivariado a través de regresión logística, debido a que se ajustaba bien a la naturaleza categórica de los datos de este estudio y a que existía un estudio similar que había utilizado esa técnica. Sin embargo, el uso de métodos cuantitativos hace perder algunos detalles y matices de esta relación, por lo que se conservó un análisis cualitativo.

Para el **análisis cuantitativo** se hizo análisis bivariado usando técnicas de regresión logística. La regresión logística puede usarse para buscar asociación entre variables o para crear modelos predictivos. En el caso de este estudio sólo se buscó asociación entre variables. El uso de la regresión logística en este estudio implica que la información se ajusta a una serie de supuestos que se enumeran a continuación: 1. no se asume una relación lineal entre las variables dependiente e independientes; 2. la variable dependiente no necesita tener una distribución normal, pero se asume que tiene una distribución de tipo exponencial (normal, Poisson, binomial, gamma); 3. no se asume que hay homogeneidad en la varianza de la variable dependiente; 4. no se asume que los errores se distribuyen normalmente; 5. no se requiere que las variables independientes sean de intervalo; 6. no requiere que las variables independientes estén desligadas; 7. la codificación debe ser significativa (+1 en la clase de interés y 0 en las otras); 8. Inclusión de todas las variables relevantes en el modelo y exclusión de todas las variables irrelevantes; 9. se asume muestreo independiente; 10. se asume error mínimo de medición y ausencia de casos nulos; 11. se asume que no hay aditividad, multicolinearidad, ni *outliers*; 12. el tamaño de la muestra debe ser suficientemente grande, para lo que se sugiere que en la variable dependiente, la clase con menos observaciones tenga al menos 10 eventos. 13. muestreo aleatorio. Estos supuestos se cumplen en esta investigación, salvo los últimos dos. En el caso del muestreo, en esta investigación se trabajó con el total de la población. En el caso de la cantidad de eventos para la variable dependiente, éstos no se cumplieron para el caso de los terapeutas tradicionales y los profesionales de la sanación divina.

Los productos de la información sobre diferenciación social y sobre autoatención fueron consolidadas en una base de datos en Excel, la cual fue exportada al programa Stata 6, el cual se utilizó para el análisis cuantitativo. Se exploró la asociación bivariada entre sus características y cada una de las categorías de tratamiento (1. esperar, 2. remedios caseros, 3. compra de productos medicinales, 4. terapeutas tradicionales, 5. profesional de la biomedicina, 6. profesional de la sanación divina, lugar del tratamiento. El producto de este ejercicio fue seleccionar las variables que influyen en la asociación ($p < 0.05$).

Para operativizar el análisis, la variable dependiente (autoatención) se trabajó con variables dicotómicas (sí / no), que correspondieron a cada una de las categorías de tratamiento (esperar, remedios caseros, compra de productos medicinales, terapeuta tradicional, profesional de la biomedicina y profesional de la sanación divina). Es decir, que cada una de las variables independientes se analizaron para cada una de estas seis categorías de tratamiento. En esta parte del análisis no importó en qué momento del camino del enfermo se utilizó cada tratamiento. Sólo interesó si fue usado o no dentro del episodio de enfermedad en estudio.

Además, para la operativización de la variable autoatención se trabajó con las siete secuencias de tratamiento simplificadas más frecuentes, que dan cuenta del 76% de los episodios de enfermedad estudiados. No se trabajó con las otras 19 secuencias de tratamiento porque cada una de ellas fue usada en sólo un episodio de enfermedad.

De manera similar que con las categorías de tratamiento, cada una de las variables independientes se analizó para cada una de estas ocho secuencias de tratamiento. En esta parte del análisis sí se tomó en cuenta en qué momento del camino del enfermo se utilizó cada tratamiento. Aunque la mayoría de las siete secuencias de tratamiento analizadas sólo constan de un tratamiento (por ejemplo, la secuencia más frecuente es en la que se reportó que acudieron “sólo con profesionales de la biomedicina”), el análisis de las secuencias da información diferente a la que da el análisis de las categorías de tratamiento señalado en el párrafo anterior. Es diferente que en un episodio de enfermedad hayan usado los servicios de profesionales de la biomedicina como uno de los pasos dentro del camino del enfermo, a que se haya usado solamente los servicios de profesionales de la biomedicina. El primer caso es considerado cuando se toman en cuenta las categorías de tratamiento y el segundo caso es considerado cuando se toman en cuenta las secuencias de tratamiento.

Para el **análisis cualitativo** se usó una modificación de la técnica de la construcción de modelos etnográficos de decisión (*ethnographic decision models - EDM*)⁽¹⁰⁷⁾. La construcción de modelos etnográficos de decisión consiste en hacer

una representación gráfica o tabular de las decisiones que las personas entrevistadas toman (sobre un aspecto concreto) en circunstancias específicas, es decir según ciertas condiciones. La construcción de estos modelos se hace a través de entrevistas a personas sobre lo que hicieron y no sobre lo que harían y la idea es entrevistar diferentes personas hasta que no se obtengan nuevas circunstancias (condiciones) para agregar al modelo. Posteriormente se buscan similitudes y diferencias en las respuestas que permitan encontrar las respuestas consistentes entre diferentes entrevistados, para construir un modelo de decisiones. Lo que se busca es encontrar cuáles son las “reglas de decisión” y las “condiciones” que llevan a tomar determinadas “decisiones”. Cuando en el modelo las decisiones se toman siguiendo reglas simples pueden presentarse como un árbol de decisiones o como un diagrama de flujo. Cuando las reglas de decisión no son simples el modelo se presenta en las llamadas “tablas de decisión”^(29, 107).

En este estudio se hicieron cuatro modificaciones a esa técnica. En primer lugar las “condiciones” que se tomaron en cuenta fueron las características de los procesos de reproducción social (producción, consumo y sociocultural). En segundo lugar no se entrevistó hasta obtener todas las posibles respuestas, sino que se obtuvo todas las posibles respuestas de la población enferma en el período estudiado. En tercer lugar, entre los 84 episodios de enfermedad se buscó manualmente similitudes y diferencias en las características del proceso de producción, del proceso de consumo, del proceso sociocultural, de las características de la enfermedad, de las características del paciente y de las características de la persona que brindó cuidados. Esta búsqueda manual permitió hacer 24 parejas y 4 tríos de episodios que sirvieron como base para la construcción del modelo de decisión. En la conformación de las parejas y tríos de episodios para su comparación se procuró minimizar el efecto de las características de la enfermedad, del paciente y del cuidador, intentando que éstas fueran similares en las parejas y tríos que se usaron en el análisis. Debido a que la enfermedad más prevalente fue *qulaj* (tos, dolor de garganta, molestia en la garganta), 25 de las parejas y tríos corresponden a esta enfermedad. En cuarto lugar, los modelos de decisión se construyen por lo general para posteriormente probarlos y así medir su capacidad

predictiva. Este estudio no tiene ese alcance, por lo que sólo se utilizó la técnica de construcción de los modelos sin hacer posteriormente pruebas de su capacidad predictiva.

J. Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación

Con el propósito de garantizar los aspectos éticos de la investigación, pero al mismo tiempo contribuir a un clima de confianza en las entrevistas, se decidió NO firmar una ficha de consentimiento informado con cada unidad doméstica, debido a que las personas del Caserío suelen ser recelosas cuando se les pide firmar documentos. Por el contrario, se pidió consentimiento de manera verbal (con base en la guía presentada en el anexo 5) a cada una de las personas entrevistadas, incluyendo informantes clave y miembros de las unidades domésticas seleccionadas. Se fue explícito en que las personas tenían pleno derecho a no aceptar ser entrevistadas. Se llevó un registro de las personas que aceptaron y rechazaron la participación en el estudio.

Capítulo VI. Resultados

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación. Inicialmente se presentan los resultados relacionados con la detección de casos para el estudio. Luego se presenta la caracterización de la diferenciación social y de los patrones de autoatención.

A. Detección de casos para ser estudiados

Se visitó las 229 unidades familiares del Caserío para hacer la encuesta de prevalencia de enfermedades. Se obtuvo una tasa de respuesta de 90% (206 unidades familiares). Las 23 unidades familiares de las que no se obtuvo respuesta se distribuyen así: en 13 (5.7%) no estaban las personas responsables de la unidad familiar durante los dos días que se hizo esta encuesta (habían salido por motivos de trabajo o familiares y no iban a regresar por la noche), en 6 (2.6%) la familia se había cambiado de casa y en 4 (1.7%) rehusaron a contestar la encuesta.

De las 206 unidades familiares encuestadas, 163 (79%) respondieron que sí había habido al menos una persona enferma en los últimos quince días sin importar cuándo inició con los síntomas. En las otras 43 unidades familiares (21%) respondieron que no.

Cuadro VI.1
Número de enfermos reportados por unidad familiar

A. Número de enfermos reportados por unidad familiar	B. Cantidad de unidades familiares	Cantidad de enfermos (AxB)
1 enfermo	68	68
2 enfermos	60	120
3 enfermos	21	63
4 enfermos	9	36
5 enfermos	4	20
6 enfermos	1	6
Total	163	313

Fuente: elaborado con datos consolidados del instrumento #1 (anexo 3)

De aquí en adelante la descripción se centrará en las unidades familiares que respondieron que sí hubo algún enfermo. Como puede verse en el cuadro VI.1 en cada una de estas 163 unidades familiares se reportaron entre 1 y 6 enfermos. El total de personas

enfermas detectadas fue de 313, es decir un promedio de 1.9 personas enfermas en cada una de las unidades familiares en las que se detectó enfermos (N=163) y un promedio de 1.5 personas enfermas entre las unidades familiares encuestadas (N=206).

En cuanto a la distribución por sexo y grupos etéreos se detectó 191 mujeres (61%) y 122 hombres (39%), para una razón de mujeres:hombres de 1.6. La razón de mujeres:hombres es notablemente mayor (2.1) entre las edades de 20 a 70 años. Dicha razón es menor que 1 en los grupos de entre 0 y 4 años (0.8), 15 y 19 años (0.6) y el de 75 a 79 años (0.5).

El 55% de los enfermos detectados es menor de 20 años. De los hombres el 66% es menor de 20 años, mientras que en las mujeres este porcentaje es de sólo 48%. El 35% de las mujeres están comprendidas entre los 20 y 50 años, mientras que sólo el 19% de los hombres están en ese rango de edad. Del total de enfermos detectados el 17% es mayor de 50 años, con porcentajes similares para ambos sexos.

Entre la población total del Caserío se encontró una tasa de prevalencia de enfermedad del 28%. Esta tasa es de 32% entre la población femenina y de 21% entre la población masculina. Las tasas de prevalencia más altas se dan entre la población mayor de 50 años (arriba de 50% de prevalencia), seguida por los menores de 5 años (40%). Las tasas de prevalencia más bajas (menores de 20%) se encontraron en la población entre 15 y 35 años.

Cuadro VI.2 Cantidad de enfermedades detectadas según tiempo de evolución.
(N=313)

Tiempo	Femenino	Masculino	Total
15 días o menos	80	51	131
Más de 15 días menos 1 año	59	37	96
1 año ó más	52	34	86
Total	191	122	313

Fuente: con datos consolidados del instrumento #1 (anexo 3).

Las enfermedades fueron clasificadas de acuerdo con el tiempo de evolución que fue reportado (ver cuadro VI.2) La proporción de mujeres en cada categoría de tiempo de evolución es de 60%. El 42 % de las enfermedades detectadas tenía una evolución de 15 días o menos, proporción que se mantiene al dividir por sexo. El 28 % de las enfermedades ha tenido una duración de un año o más.

Por razones metodológicas la población con la que se trabajó el resto de la investigación es la de las unidades domésticas en las que se detectó enfermos con 15 días o menos de evolución. Los 131 enfermos que caben dentro de esta categoría se detectaron en 90 unidades domésticas, debido a lo cual se seleccionó aleatoriamente a uno de los enfermos de cada una de estas 90 unidades domésticas.

Estas 90 unidades domésticas fueron visitadas nuevamente para investigar con detalle cada una de las variables de interés para este estudio. De estas 90 unidades domésticas hubo 1 que rehusó la segunda entrevista, 3 que no fueron localizadas nuevamente y 2 que al ser entrevistadas se determinó que sus enfermedades tenían una duración mayor a 15 días. Por ello se trabajó finalmente con una población de 84 unidades domésticas.

B. Caracterización de la diferenciación social

En esta sección se presentan los resultados de la variable diferenciación social. Esta presentación está organizada en cuatro partes: inicialmente se presentan por separado las características de los tres procesos de la reproducción social (proceso de producción, proceso de consumo y proceso sociocultural) y en la última sección se presentan características de los tres procesos integradas en la categoría reproducción social.

B1. Resultados para el proceso de producción

La mayoría de características que se usaron en este estudio para explorar el proceso de producción tienen que ver con la actividad laboral principal de las personas. Además de utilizar una clasificación recogida de la literatura de la medicina social, se introdujeron algunas características que se mostraron importantes durante el trabajo de campo: si la madre hace labores de artesanía o no, si la familia contrata a otras personas para distintas tareas esporádicas, si la familia da préstamos de dinero a otras personas, si la familia cuenta con ingresos provenientes de familiares que emigraron a los Estados Unidos de Norteamérica, la extensión de las propiedades de la familia y si la familia tiene algún negocio propio. La distribución de estas características se muestra en el cuadro VI.3.

**Cuadro VI.3. Características del proceso de producción en las unidades familiares estudiadas
(N=228)**

Característica	Proporción en que se presentaron las alternativas												
Actividad Laboral padre	Agrícola propietario familiar	32%	Agrícola con tierra y asalariado Temporal	20%	Agrícola propietario contrata	17%	No agrícola asalariado Servicios	12%	Remesas	4%	Otros	15%	
Actividad Laboral madre	Artesanal Propietaria familiar	43%	Artesanal empleada temporal	16%	No agrícola propietaria comercio	4%	No agrícola asalariada servicios	4%	No agrícola Propietaria contrata	3%	Otros	30%	
Lugar Trabajo padre	En la comunidad		79%		Fuera pero en país		16%		Extranjero		5%		
Lugar Trabajo madre	En la comunidad		94%		Fuera pero en país		6%		Extranjero		0%		
Actividad padre 1	Agrícola		69%		No agrícola		22%		Ns/nr		9%		
Actividad madre 1	Agrícola		5%		No agrícola		74%		Ns/nr		21%		
Actividad padre 2	Propietario		54%		No propietario		37%		Ns/nr		9%		
Actividad Madre 2	Propietaria		55%		No propietara		24%		Ns/nr		21%		
Actividad madre 3	Teje		59%		No teje		20%		Ns/nr		21%		
Actividad padre 4	Propietario contrata	20%	Propietario no contrata	33%	Asalariado permanente	12%	Asalariado temporal	22%	Remesas	4%	Ns/nr	9%	
Actividad madre 4	Propietaria contrata	5%	Propietaria no contrata	50%	Asalariada permanente	4%	Asalariada temporal	17%	Remesas	1%	Ns/nr	23%	
Actividad padre 5	Agrícola propietario	18%	Agrícola no propietario	52%	No agrícola propietario	4%	No agrícola no propietario	17%	Ns/nr		9%		
Actividad Madre 5	Agrícola propietaria	2%	Agrícola no propietaria	3%	No agrícola propietaria	51%	No agrícola no propietaria	23%	Ns/nr		21%		
Cuerdas de terreno	Más de 100	2%		De 11 a 99		75%		De 1 a 10		23%		Ninguna	1%
Negocio propio	Sí			3%			No			97%			
Contrata mozos	Sí			81%			No			9%			
Familia en EEUU	Sí			7%			No			93%			
Dan préstamos	Sí			8%			No			92%			

Fuente: con datos consolidados de los instrumentos anexos 1 y 2.

En cuanto a la actividad laboral principal del padre, casi el 70% se dedican a actividades agrícolas. Cerca de la mitad de éstos (32% del total) son propietarios de sus tierras y la mano de obra que utilizan es de la propia familia. El 20% tienen tierra pero

además venden su fuerza de trabajo temporalmente, mientras el 17% tienen tierra y además contratan personas para trabajarla. El 54% son propietarios de sus medios de producción, sin importar si su actividad es agrícola o no; de los cuales la sexta parte contrata a otras personas. El 34% son asalariados, de los cuales la tercera parte tiene un empleo permanente y el resto temporal. El 80% trabaja en la comunidad y el 5% trabaja en el extranjero. El 4% envía remesas.

El resto de características pueden observarse en el cuadro VI.3.

Cuadro VI.4. Características del proceso de producción según patrones
(N=228)

No.	Patrones (P1,P2,P3,P4)*	f	%	% acumulado
1	2, 1, 2, 1	59	26%	26%
2	1, 1, 2, 1	32	14%	40%
3	4, 1, 2, 1	31	14%	54%
4	3, 1, 2, 1	21	9%	63%
5	2, 1, 2, 2	19	8%	71%
6	2, 2, 2, 1	19	8%	79%
7	2, 2, 2, 2	16	7%	86%
8	4, 2, 2, 1	5	2%	89%
9	1, 2, 2, 1	4	2%	90%
10	1, 1, 1, 1	3	1%	92%
11	1, 2, 2, 2	3	1%	93%
12	0, 1, 2, 1	2	1%	94%
13	0, 2, 2, 1	2	1%	95%
14	3, 1, 1, 1	2	1%	96%
15	3, 2, 2, 1	2	1%	96%
16	4, 1, 2, 2	2	1%	97%
17	1, 1, 2, 2	1	0%	98%
18	1, 2, 1, 1	1	0%	98%
19	2, 1, 1, 1	1	0%	99%
20	3, 2, 2, 2	1	0%	99%
21	4, 1, 1, 1	1	0%	100%
22	4, 2, 2, 2	1	0%	100%
Total		228	100%	

*Clave para interpretar los patrones:

-P1: actividad laboral del jefe de familia: 0=ns/nr;
1=agrícola propietario; 2= agrícola no propietario;
3= no agrícola propietario; 4= no agrícola no propietario.

-P2: extensión de propiedad: 1= más de 10 cuerdas;
2= 10 cuerdas o menos.

-P3: negocio propio: 1=sí; 2= no.

-P4: contratación de mozos: 1= sí; 2= no.

Fuente: con datos consolidados de los instrumentos anexos 1 y 2.

Además de considerar las características por separado, se hizo varios ejercicios para intentar establecer si existen algunos patrones en que las características del proceso de producción se combinaron en el Caserío. Para ello se tomaron en cuenta la actividad laboral principal del jefe de familia, la extensión de la propiedad, si se cuenta o no con negocio propio y si se contrata personas (ver cuadro VI.4).

Por azar se podían obtener 40 diferentes patrones, de los cuales en la realidad se obtuvo 22 (55% de todas las posibilidades teóricas). La combinación de los tres patrones más frecuentes abarca al 54% de las unidades domésticas y el de los nueve más frecuentes abarca al 90% de las unidades domésticas. Esto sugiere que los patrones en que se combinan las características del proceso de producción no son aleatorias, sino que reflejan características concretas de la realidad económica del Caserío.

De estos patrones el más frecuente fue el “2, 1, 2, 1”, que corresponde a familias en que el jefe de familia se dedica al trabajo agrícola sin ser propietario de los medios de producción, tiene una propiedad de más de 10 cuerdas de terreno, no tiene un negocio propio y sí contrata mozos. Este patrón se presentó en un poco más de la cuarta parte de las unidades domésticas (26%). Los cuatro patrones más frecuentes coinciden en P2, P3 Y P4, es decir que tienen una propiedad de más de 10 cuerdas, no tienen negocio propio y sí contratan mozos. Estos cuatro patrones más frecuentes dan cuenta del 63% de las unidades domésticas.

Puede analizarse también cuáles fueron las combinaciones que no aparecieron. En primer lugar no apareció ninguna combinación que tuviera la $P3 = 1$ y al mismo tiempo la $P4 = 2$. Es decir que no se reportó ningún caso en que una unidad doméstica en la que son propietarios de un negocio no contrata mozos. Esto puede mostrar que cuando una familia tiene un negocio propio tiene recursos para contratar mozos y además posiblemente tiene la necesidad de contratar mozos para labores agrícolas, mientras ellos se dedican a las labores propias del negocio. De manera similar las combinaciones en que $P2= 2$, $P3=1$ y $P4= 1$ casi no aparecieron. Estas combinaciones significan que una unidad doméstica tiene 10 cuerdas o menos de terreno, no tiene negocio propio ni contrata mozos. Esto fue consistente en los casos en que la actividad laboral principal fue no agrícola, o agrícola no propietario. Pero sí existió este patrón en unidades domésticas en que la actividad laboral principal fue agrícola con propiedad sobre los medios de producción.

B2. Resultados para el proceso de consumo

El proceso de consumo se refiere a las condiciones de vida, o a las oportunidades, o los servicios a los que tiene acceso una población o unidad doméstica. En el cuadro VI.5 se muestran las características que fueron consideradas para este estudio.

Cuadro VI.5. Características del proceso de consumo en las unidades familiares estudiadas (N=228)

Característica	Proporción en que se presentaron las alternativas					
Fuente de agua	Chorro propio	92%	Otros	8%		
Letrina	Tipo pozo	74%	Lavable	18%	No	8%
Drenaje	Sí	1%	No	99%		
Cocina	Estufa	55%	Fuego alto	32%	Fuego suelo	13%
Cocina ubicación	Dentro	17%	Fuera	83%		
Nivel socioeconómico	Alto	6%	Medio	63%	Bajo	31%
Padre alfabetizada	Sí	78%	No	21%	Ns/nr	1%
Madre alfabetizada	Sí	63%	No	36%	Ns/nr	1%
Escolaridad padre	Más que primaria	28%	Primaria	48%	Ninguna	24%
Escolaridad madre	Más que primaria	14%	primaria	48%	ninguna	38%
Calidad casa	Terraza	3%	Block	47%	Tabla	50%
Hijos estudian	Para maestros	23%	Intermedio	72%	No estudian	5%

Fuente: con datos consolidados de los instrumentos anexos 1 y 2.

Al igual que con el proceso de producción, con el proceso de consumo se hizo ejercicios para buscar patrones en que se combinaron las características de interés. En este caso usamos el tipo de cocina, la escolaridad del jefe de familia, la calidad de la casa y los estudios de los hijos (cuadro VI.6). En este caso había 36 diferentes posibilidades teóricas en que podían combinarse las características del proceso de consumo.

De éstas se encontraron 31 en el Caserío, es decir, el 86% de todas las posibilidades teóricas. Esto habla de que la variedad de patrones es casi igual a lo esperado si se combinaran aleatoriamente las características, sin embargo las frecuencias con que se presentaron cada uno de los patrones siguen reflejando algunas características sociales y económicas de la población del Caserío.

**Cuadro VI.6. Características del proceso de
consumo según patrones
(N=228)**

No.	Patrones (P1,P2,P3,P4)*	f	%	% acumulado
1	1, 2, 2, 2	35	15%	15%
2	2, 2, 2, 2	27	10%	25%
3	1, 1, 1, 1	19	8%	33%
4	1, 3, 1, 2	18	8%	41%
5	1, 2, 1, 2	15	5%	46%
6	2, 3, 2, 2	11	5%	51%
7	3, 3, 2, 2	11	4%	55%
8	1, 2, 1, 1	11	4%	60%
9	2, 2, 1, 2	11	4%	64%
10	3, 2, 2, 2	8	3%	67%
11	1, 3, 1, 1	8	3%	69%
12	1, 3, 2, 2	6	3%	72%
13	1, 1, 1, 2	6	3%	75%
14	2, 3, 1, 2	6	2%	77%
15	2, 1, 2, 2	5	2%	79%
16	1, 1, 2, 2	4	2%	81%
17	2, 3, 1, 1	4	2%	82%
18	3, 2, 1, 2	4	2%	84%
19	2, 1, 1, 2	3	2%	86%
20	2, 1, 1, 1	3	1%	87%
21	3, 1, 2, 2	2	1%	89%
22	3, 3, 1, 2	2	1%	90%
23	1, 1, 2, 1	1	1%	91%
24	1, 2, 2, 1	1	1%	92%
25	1, 3, 2, 1	1	1%	93%
26	2, 3, 2, 1	1	1%	94%
27	2, 1, 2, 1	1	1%	95%
28	2, 2, 2, 1	1	1%	96%
29	3, 2, 1, 1	1	1%	97%
30	2, 2, 1, 1	1	1%	98%
31	3, 1, 1, 2	1	1%	99%
Total		228	100%	

*Clave para interpretar los patrones:

-P1: tipo de cocina: 1=estufa; 2=fuego en alto; 3=fuego en el suelo.

-P2: escolaridad jefe de familia: 1= más que primaria; 2= primaria; 3= no escolarizado.

-P3: calidad de casa: 1=terrazza; 2= block; 3= tabla.

-P4: estudios para los hijos: 1= diversificado; 2= menos que diversificado; 3=no estudios.

Fuente: con datos consolidados de los instrumentos anexos 1 y 2.

Los dos patrones que se presentaron con más frecuencia son similares y dan cuenta de un total del 25% de las unidades domésticas estudiadas (1,2,2,2 y 2,2,2,2). Este patrón corresponde a familias que no cocinan en el suelo (tienen estufa o juntan fuego en un punto alto), el jefe de familia estudió en el nivel primario, tienen casa de block y los hijos están

estudiando pero un nivel inferior al diversificado. El tercer y cuarto patrones más frecuentes representan cada uno el 8% de las unidades domésticas estudiadas son los siguientes. El primero (1,1,1,1) es el de unidades domésticas con estufa, con jefe de familia que estudió más que primaria, casa de terraza y cuyos hijos están estudiando el nivel diversificado. El otro (1,3,1,2) es de unidades domésticas con estufa, cuyos jefes de familia no están escolarizados, tienen casa de terraza y los hijos están estudiando pero hasta un nivel inferior al diversificado.

Los 5 patrones más frecuentes representan el 46% de las unidades domésticas. Los 10 patrones más frecuentes representan el 67%. Para alcanzar el 90% de las unidades domésticas se necesita tomar en cuenta los primeros 22 patrones. Esto habla de una diversidad de patrones alta, más alta que la encontrada en el proceso de producción.

Los patrones que no se presentaron aunque eran teóricamente posibles fueron “3,1,1,1”, “3,1,2,1”, “3,3,1,1” y “3,3,2,1”. Esto indica que en las unidades domésticas cuya cocina es en base a fuego ubicado en el suelo, todos los jefes de familia han estado escolarizados pero ninguno ha estudiado más allá del nivel primario. Además, de las unidades domésticas que cocinan con fuego en el suelo, todas viven en casas de tablas y en ninguna los hijos están estudiando el nivel diversificado.

B3. Resultados para el proceso sociocultural

El proceso sociocultural de la reproducción social se refiere a las características de las personas, las unidades domésticas y los grupos humanos que moldean sus percepciones, interpretaciones y la atribución de significados a las actividades de la reproducción material (procesos de producción y de consumo). En el cuadro VI.7 se muestran las características del proceso sociocultural que se tomaron en cuenta para este estudio.

Al igual que para los procesos de producción y consumo, se buscó patrones de combinación de las características del proceso sociocultural en la población del Caserío. Los patrones encontrados se presentan en el cuadro VI.8.

**Cuadro VI.7. Características del proceso sociocultural en las unidades domésticas estudiadas
(N=228)**

Característica	Proporción en que se presentaron las alternativas									
Idioma padre	K'iche' y castellano	63%	K'iche'	25%	Ns/nr	12%				
Idioma madre	K'iche' y castellano	33%	K'iche'	64%	Ns/nr	3%				
Tipo de familia	Nuclear	75%	Extensa	15%	Monoparental	8%	Otros	2%		
Iglesia	Católica	53%	Pentecostales	31%	Ninguna	15%	Histórica	0.5%	Maya	0.5%
Participación organización padre	Sí		31%		No		69%			
Participación organización madre	Sí		12%		No		88%			
Sexo jefatura	Femenino		15%		Masculino		85%			
Viven catequistas/pastores	Sí		9%		No		92%			
Viven líderes	Sí		34%		No		66%			
Viven profetas	Sí		5%		No		95%			

Fuente: con datos consolidados de los instrumentos anexos 1 y 2.

Las combinaciones teóricas que podrían haberse presentado son 36 y en el estudio se encontraron 28, es decir, el 78% de todas las posibilidades. Esto muestra mayor diversidad que en el caso del proceso de producción y menor que en el proceso de consumo. La frecuencia con que se presentó cada uno de los patrones refleja algunas características de la población del Caserío. Los tres patrones que se presentaron con mayor frecuencia guardan gran similitud y representan al 53% de las unidades domésticas. Estos tres patrones sólo se diferencian en la iglesia a la que asisten. Corresponden a unidades familiares con jefes de familia varones, que hablan *k'iche'* y castellano y pertenecen a una familia nuclear, pudiendo asistir a una iglesia católica (patrón “1,1,1,1”), pentecostal (patrón “1,1,1,2”) o a ninguna (patrón “1,1,1,3”).

De nuevo es interesante revisar las combinaciones teóricas que no se presentaron en el Caserío. Hubo ocho de estas combinaciones. De todas las combinaciones sólo una corresponde a unidades domésticas con jefe varón (P1=1). Esta combinación fue “1,1,3,1”, lo que muestra que no hubo ninguna unidad doméstica con jefe masculino, que hablara *k'iche'* y castellano, que fuera monoparental y católica.

**Cuadro VI.8. Características del proceso
sociocultural según patrones
(N=228)**

No.	Patrones (P1,P2,P3,P4)*	f	%	% acumulado
1	1, 1, 1, 1	69	30%	30%
2	1, 1, 1, 2	30	13%	43%
3	1, 1, 1, 3	22	10%	53%
4	1, 2, 1, 1	17	7%	61%
5	1, 2, 1, 2	14	6%	67%
6	1, 1, 2, 1	9	4%	71%
7	1, 2, 2, 1	8	4%	74%
8	2, 2, 3, 2	7	3%	77%
9	1, 2, 1, 3	6	3%	80%
10	2, 2, 1, 2	6	3%	82%
11	1, 2, 2, 2	5	2%	85%
12	2, 2, 1, 1	5	2%	87%
13	2, 2, 3, 1	5	2%	89%
14	1, 1, 2, 2	4	2%	91%
15	2, 1, 1, 2	3	1%	92%
16	2, 1, 3, 1	3	1%	93%
17	1, 1, 2, 3	2	1%	94%
18	1, 2, 3, 1	2	1%	95%
19	2, 2, 2, 1	2	1%	96%
20	1, 1, 3, 2	1	0%	96%
21	1, 1, 3, 3	1	0%	97%
22	1, 2, 2, 3	1	0%	97%
23	1, 2, 3, 2	1	0%	98%
24	1, 2, 3, 3	1	0%	98%
25	2, 1, 2, 2	1	0%	99%
26	2, 1, 3, 3	1	0%	99%
27	2, 2, 2, 2	1	0%	100%
28	2, 2, 3, 3	1	0%	100%
Total		228	100%	

*Clave para interpretar los patrones:

-P1: sexo del jefe de hogar: 1=masculino; 2=femenino.

-P2: idioma del jefe de hogar: 1= *k'iche'* y castellano; 2= *k'iche'*.

-P3: tipo de familia: 1=nuclear; 2= extensa; 3= otros.

-P4: iglesia: 1= católica; 2= pentecostal; 3= ninguna.

Fuente: con datos consolidados de los instrumentos anexos 1 y 2.

Los otros siete patrones que no se presentaron corresponden a unidades domésticas con una mujer como jefa. Esto puede deberse a la poca frecuencia de familias con jefatura de hogar femenina (15% del total, es decir 34 unidades familiares). Sin embargo vale la pena revisar estos patrones, que son los siguientes: “2,1,1,1”, “2,1,1,3”, “2,1,2,1”, “2,1,2,3”,

“2,1,3,2”, “2,2,1,3”, “2,2,2,3”. Cinco de los ocho patrones que no se presentaron corresponden a unidades domésticas en que una mujer funge como jefe de familia y en que el jefe de familia habla castellano y *k’iche’*. Dicho de otra manera, hubo muy pocas unidades domésticas (sólo 6) en que el jefe de familia, siendo mujer, fuera bilingüe.

B4. Resultados para la reproducción social (combinando los tres procesos)

Cuadro VI.9. Características de la reproducción social según patrones (N=228)

No.	Patrones (P1,P2,P3)*	f	%	% acumulado
1	2, 2, 1	35	15%	15%
2	2, 2, 2	25	11%	26%
3	2, 1, 1	23	10%	36%
4	1, 1, 1	20	9%	45%
5	2, 2, 3	14	6%	51%
6	2, 1, 2	11	5%	56%
7	4, 1, 1	11	5%	61%
8	3, 1, 1	10	4%	65%
9	4, 1, 2	9	4%	69%
10	1, 1, 2	8	4%	73%
11	4, 2, 2	8	3%	76%
12	1, 2, 1	7	3%	79%
13	2, 1, 3	6	3%	82%
14	3, 2, 1	6	3%	85%
15	1, 1, 3	5	2%	87%
16	3, 1, 2	5	2%	89%
17	4, 2, 3	5	2%	91%
18	3, 2, 2	4	2%	93%
19	4, 2, 1	4	2%	95%
20	0, 2, 1	3	1%	96%
21	1, 2, 2	3	1%	97%
22	4, 1, 3	3	1%	99%
23	0, 1, 1	1	0%	99%
24	1, 2, 3	1	0%	100%
25	3, 1, 3	1	0%	100%
Total		228	100%	

*Clave para interpretar los patrones:

-P1: Producción-actividad laboral principal del jefe de familia: 0=ns/nr; 1=agrícola propietario; 2=agrícola no propietario; 3= no agrícola propietario; 4= no agrícola no propietario.

-P2: Consumo-calidad de casa: 1= block; 2= tabla.

-P3: Sociocultural-iglesia: 1= católica; 2= pentecostal; 3= ninguna.

Fuente: con datos consolidados de los instrumentos anexos 1 y 2.

Se hizo un ejercicio simplificado de búsqueda de patrones de combinación entre características de los procesos de producción, consumo y sociocultural. Se seleccionaron para esto las características que se presentan en el cuadro VI.9.

Los cinco patrones más frecuentes dan cuenta del 51% de las unidades domésticas y para abarcar el 90% de las unidades domésticas se debe tomar en cuenta los primeros 17 patrones.

Había 30 posibles combinaciones teóricas para estas combinaciones de características. Hubo cinco patrones teóricos que no se presentaron en ninguna unidad doméstica, sin embargo la mayoría de estos corresponden a combinaciones en que no se obtuvo respuesta de la unidad familiar (en el cuadro VI.9 corresponden al valor “0 = ns/nr” [no sabe/no responde]), por lo que no tienen mayor interés. La única otra combinación que no se presentó es la “3,2,3”, que corresponde a unidades familiares en que la actividad laboral principal del jefe de familia es no agrícola con propiedad sobre los medios de producción, viven en una casa de tabla y no asisten a ninguna iglesia.

El análisis cualitativo permitió identificar algunas combinaciones que se presentan como patrones generales en la población estudiada. En los párrafos siguientes se describen algunos de estos patrones, que podrían constituir conjuntos socioculturales del Caserío.

En lo más alto de la diferenciación social del Caserío se encuentran dos conjuntos socioculturales. Por un lado está el que puede identificarse por que la actividad laboral principal del padre es no agrícola asalariado en servicios. Esta actividad laboral corresponde generalmente a trabajadores de instituciones gubernamentales o no gubernamentales, con un nivel de escolaridad de diversificado o más y con desempeños laborales técnicos diversos (supervisores, maestros, contadores, administradores de proyectos, técnicos de campo, etcétera). Casi todos trabajan fuera de la comunidad. En todos los casos estas unidades familiares tienen madres que son artesanas propietarias. La mayoría de estas familias tiene propiedades de más de 10 cuerdas de terreno y muchas tienen negocios propios (molino, tienda, vehículo, préstamos de dinero). Sus viviendas pueden ser de tabla o block. La escolaridad de las madres en estas familias es por lo menos de primaria completa y sus hijos están estudiando el nivel diversificado. Ambos padres son bilingües. La mayoría asisten con regularidad a una iglesia católica o evangélica y un

número considerable de catequistas, pastores y profetas pertenecen a este grupo. El 12% de las unidades familiares del Caserío pertenecen a este conjunto sociocultural.

El otro conjunto sociocultural que se encuentra en lo más alto de la diferenciación social del caserío puede identificarse porque la actividad laboral principal del padre es agrícola propietario que contrata a otras personas. La actividad laboral de la madre puede variar, pero en estas familias invariablemente poseen propiedades de más de 10 cuerdas de terreno. Muchos tienen negocios propios (principalmente vehículos y camiones) y la mayoría de los que prestan dinero a otras personas se encuentran en este grupo. Las viviendas pueden ser de tabla o de block y la mayoría de las casas de terraza pertenecen a este grupo. En la mayoría de casos los padres estudiaron algunos grados del nivel primario y las madres no son escolarizadas o estudiaron la primaria incompleta. La mayoría de los hijos han estudiado el nivel primario, aunque algunos estudian el diversificado. La mayoría de los padres son bilingües, mientras que la mayoría de las madres son monolingües. Generalmente asisten a alguna iglesia católica o evangélica, pero un número considerable de los que dijeron no asistir a ninguna iglesia pertenece a este grupo. Algunos catequistas y pastores pertenecen a este grupo, así como profetas. Este conjunto sociocultural comprende el 17% de las unidades familiares del caserío.

Más abajo en la escala de diferenciación social está el más numeroso de los conjuntos socioculturales del Caserío. Se identifica porque la actividad laboral principal del padre es agrícola propietario con mano de obra familiar. La mayoría es propietario de más de 10 cuerdas de terreno, en cuyo caso se da el hecho de que la actividad laboral de la madre es de artesana propietaria. Hay un grupo significativo que son propietarios de menos de 10 cuerdas de terreno y en estos casos la madre es artesana empleada temporal. Algunos tienen pequeños negocios (tiendas). Sus viviendas pueden ser de tabla o block. Casi todos los padres y madres fueron escolarizados y la mayoría han estudiado al menos la primaria completa. La mayoría de sus hijos estudian, muchos de ellos en diversificado. Casi todos los padres y madres son bilingües. Muchos asisten a iglesias católicas o evangélicas, pero un grupo considerable dijo no asistir a ninguna iglesia. Hay algunos catequistas, pastores y profetas, pero en proporción menor que los conjuntos socioculturales anteriores. Constituyen el 32% de las unidades familiares del Caserío.

Al bajar un poco más en la escala de diferenciación social del Caserío se encuentra otro conjunto sociocultural numeroso, que es el más heterogéneo de los identificados. Se identifica porque la actividad laboral del padre es agrícola, tiene tierra propia pero principalmente es trabajador agrícola temporal para otros. La actividad laboral de las madres es principalmente la de artesana empleada temporal, pero un grupo importante son artesanas propietarias. Pueden ser propietarios de más de 10 cuerdas de terreno, o de menos. No son propietarios de negocios. La mayoría de padres y madres estudiaron algún grado del nivel primario, pero ninguno estudió el nivel diversificado. Casi todos los hijos estudian. La mayoría de padres son bilingües y la mayoría de las madres son monolingües. La mayoría son católicos, pero también hay quienes asisten a iglesias evangélicas y quienes dijeron no asistir a ninguna. Hay unos pocos catequistas. Este conjunto sociocultural representa el 20% de las unidades familiares del Caserío.

Las familias que no pertenecen a ninguno de los cuatro conjuntos socioculturales descritos constituyen el 19% de las unidades familiares del Caserío. Estas se distribuyen de manera heterogénea en diferentes grupos en los que no fue posible encontrar patrones generales de acuerdo a algunas características de la reproducción social.

C. Caracterización de los patrones de autoatención

Las decisiones terapéuticas tomadas en cada uno de los 84 episodios de enfermedad estudiados se trabajaron como una secuencia de decisiones la cual se describe y se analiza como datos secuenciales. Se utilizaron tres unidades de análisis para describir los patrones de autoatención. En primer lugar se examinan los datos al nivel de las categorías de tratamiento, en segundo lugar se examina cada secuencia como una unidad en sí misma y finalmente se examinan las relaciones entre los tratamientos adyacentes en una secuencia, es decir las transiciones de un tratamiento a otro en la secuencia.

C1. Resultados por categorías de tratamiento

Existen varias formas de describir los resultados atendiendo a las categorías de tratamiento. En primer lugar se describen las proporciones por episodio de enfermedad, para poder aproximarse a la probabilidad con que un tratamiento se presentó en una secuencia de tratamientos específica. En este momento no interesa saber cuántas veces ocurrió un tratamiento dentro de una secuencia, sino simplemente si ocurrió o no.

Tampoco interesa en qué posición dentro de la secuencia ocurrió. En segundo lugar se describen las proporciones para el total de tratamientos, para examinar la probabilidad de que un tratamiento se haya utilizado por la población de estudio. En este momento sí se le da peso a las repeticiones de tratamientos dentro de una misma secuencia. En tercer lugar se describen las repeticiones de tratamientos dentro de una secuencia, para examinar qué tanto las personas tienden a repetir o no tratamientos de una misma categoría y para conocer la probabilidad de que un tratamiento sea usado más de una vez.

Proporciones por episodio de enfermedad: En el cuadro VI.10 se observa que la única categoría de tratamiento que fue reportada en más de la mitad de los episodios de enfermedad estudiados fue el esperar, que se presentó en el 54% de los episodios. Los remedios caseros y la consulta con profesionales de la biomedicina fueron reportadas cada una en el 44% de los episodios.

En el 29% de casos se reportó haber acudido a algún vendedor de productos medicinales. Sólo se reportó haber acudido a profesionales de la sanación divina en el 8% de los episodios y a terapeutas tradicionales en el 5% de los casos.

Cuadro VI.10. Categorías de tratamiento usados por episodio de enfermedad
(N=84)

Categorías de tratamiento	F	%
Esperar	45	54
Remedios caseros	37	44
Comprar productos medicinales	24	29
Terapeutas tradicionales	4	5
Profesionales de la biomedicina	37	44
Profesionales de sanación divina	7	8

Fuente: con datos consolidados del instrumento #7 (anexo 4).

El cuadro VI.10 no permite responder algunas preguntas, como ¿en qué proporción de los episodios se resolvió sin acudir a profesionales?, ¿en qué proporción de episodios sólo se esperó? Para responder este tipo de preguntas se hizo algunas nuevas categorías que agruparan más de una de las originales categorías de tratamiento, por ejemplo, una categoría que incluyera a todos los terapeutas profesionales, o una que incluya a los tratamientos que se hicieron sin acudir a profesionales. En los siguientes párrafos se presentan algunas proporciones, cuyos datos no pueden extraerse del cuadro VI.10.

En 50 casos (60%) se recurrió a tratamientos caseros o comprados sin la intervención de un profesional, lo cual implica que 34 casos (40%) se resolvieron con sólo con la espera o con algún profesional (terapeuta tradicional, de la biomedicina o de la sanación divina), sin tratamientos caseros o comprados.

En 42 casos (50%) se reportó haber acudido por lo menos a un profesional (terapeuta tradicional, de la biomedicina o de la sanación divina), lo cual significa que el 50% de episodios se resolvieron sólo con la espera, los remedios caseros o los remedios comprados, sin profesionales.

En 9 casos (11%) sólo se esperó, es decir, no se usó ningún tratamiento casero, ni comprado, ni se acudió a ningún profesional. En 18 casos (21%) sólo se recurrió a tratamientos caseros y comprados (sin espera y sin profesionales). En 10 casos (12%) sólo se acudió a profesionales (sin espera, sin tratamientos caseros ni comprados).

Proporciones del total de tratamientos: El promedio de tratamientos que se usaron por episodio de enfermedad fue de 2.1 (desviación estándar de 1.2), por lo que la suma total de tratamientos usados fue de 181. En el cuadro VI.11 puede verse que casi las tres cuartas partes de tratamientos se distribuyen equitativamente entre las categorías de esperar (27%), remedios caseros (27%) y profesionales de la biomedicina (25%).

Cuadro VI.11. Tratamientos reportados

Categorías de tratamiento	F	% (n=181)
Esperar	48	27
Remedios Caseros	48	27
Compra de productos medicinales	27	15
Terapeutas tradicionales	4	2
Profesionales de la biomedicina	45	25
Profesionales de la sanación divina	9	5
Total	181	100

Fuente: con datos consolidados del instrumento #6y7 (anexo 4).

Cuando se excluye la categoría de esperar, la suma total de tratamientos es de 133. En este caso el 70% de los tratamientos se distribuyen equitativamente entre los remedios caseros y los profesionales de la biomedicina. La quinta parte corresponde a la compra de

productos medicinales y el 10% restante a los terapeutas tradicionales y de la sanación divina.

Repeticiones de tratamientos dentro de una secuencia: Debido a que en algunos episodios de enfermedad se reportó una categoría de tratamiento más de una vez, se calculó unas “tasas de repetición” para cada categoría de tratamiento. Para esto se contó los episodios en que cada categoría se repitió más de una vez y se dividió entre la cantidad de episodios que usaron esa modalidad. Los resultados se presentan en el cuadro VI.12.

Cuadro VI.12. Repeticiones de tratamientos dentro de las secuencias

Categorías de tratamiento	A. # de episodios en que se reportó	B. # de episodios en que se usó más de una vez	Tasa de repetición (B/A) %
Esperar	45	3	7
Remedios Caseros	37	11	30
Compra de productos medicinales	24	3	13
Terapeutas tradicionales	4	0	0
Profesionales de la biomedicina	37	8	22
Profesionales de la sanación divina	7	2	29
Todas las categorías	84	20	24

Fuente: con datos consolidados del instrumento #6y7 (anexo 4).

En el 24% de los episodios se repitió por lo menos un tratamiento. La mayoría de tasas de repetición se ubicaron entre 20 y 30%, es decir que si una persona usó un tratamiento para un episodio de enfermedad, la probabilidad de que lo vuelva a usar es aproximadamente de una en cuatro.

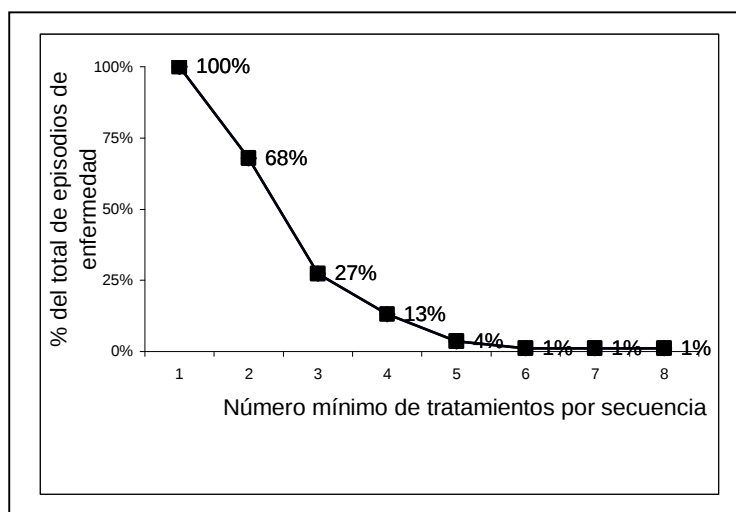
La repetición de los tratamientos se relacionó con el tamaño de la secuencia de tratamientos. Hubo 20 episodios en los que se repitió al menos un tratamiento. De estos la mitad sucedieron en secuencias de tratamientos menores de 4. La probabilidad de que en un episodio se hayan repetido tratamientos fue de 90% (10 de 11) cuando la secuencia de tratamientos fue de 4 ó más. La probabilidad en secuencias menores 4 fue de 14% (10 de 73).

C2. Resultados por secuencias de tratamiento

Se describirán el tamaño de las secuencias, las categorías de tratamiento por posición dentro de la secuencia y las secuencias únicas.

Número de tratamientos en las secuencias de tratamiento: El promedio de tratamientos reportados por episodio de enfermedad fue de 2.15. El rango osciló entre 1 y 8 tratamientos por episodio de enfermedad. Hubo sólo 1 episodio de enfermedad en el que se usó 8 tratamientos. No hubo ningún episodio en que se usaran 6 ó 7 tratamientos. En la figura VI.1 se muestra el decremento en la cantidad de episodios. En esta figura se muestran las posiciones de tratamiento dentro de cada secuencia (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) y para cada una se muestra la cantidad de episodios en los que estuvo “llena” dicha posición. Casi el 70% de los episodios de enfermedad fueron tratados con 2 tratamientos o menos y sólo el 5% tuvo más de 4 tratamientos.

Figura VI.1. Número de tratamientos por secuencia (n=84)

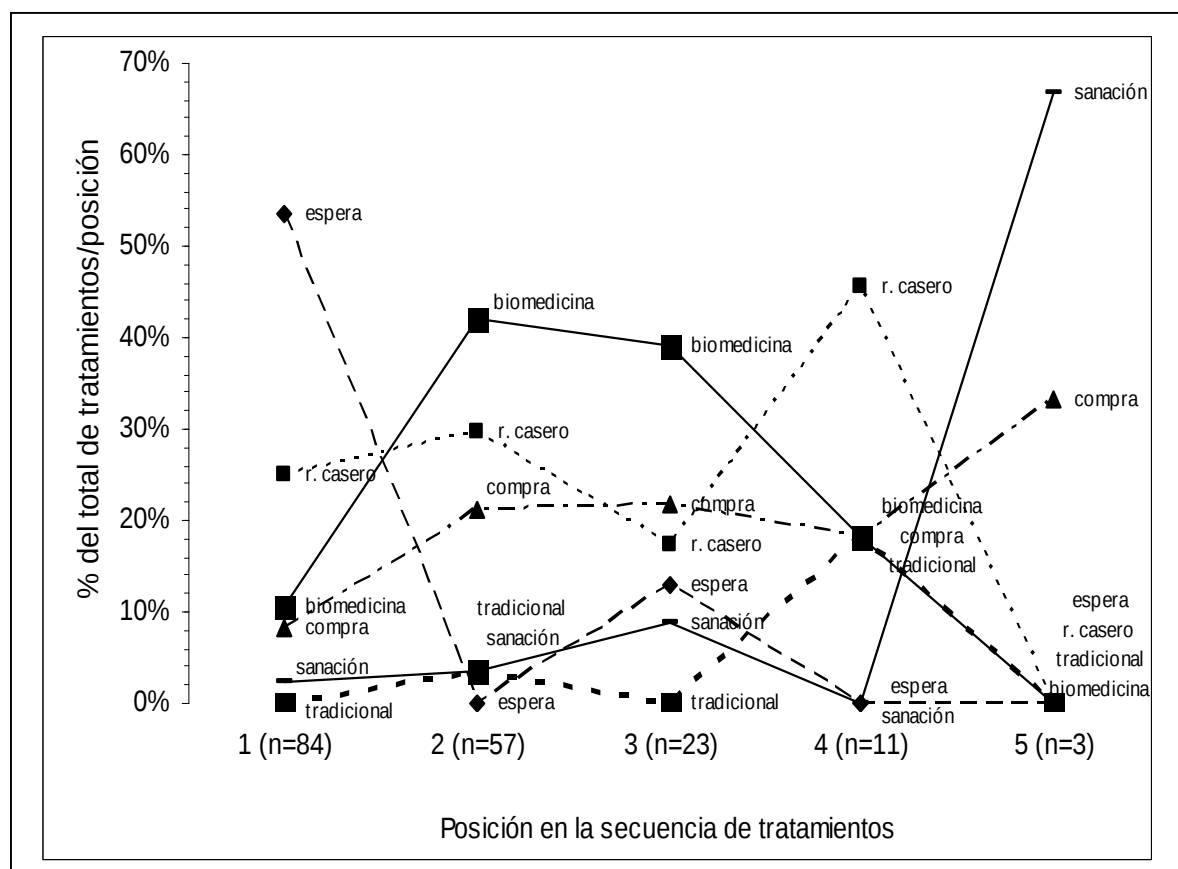


Fuente: con datos consolidados del instrumento #6y7 (anexo 4).

Categorías de tratamiento por posición dentro de la secuencia: La figura VI.2 muestra que en la primera posición de las secuencias de tratamientos en la mayoría de los episodios se esperó sin aplicar algún tratamiento (54%), en la cuarta parte de episodios se

usó remedios caseros. El 11% de los episodios iniciaron acudiendo a un profesional de la biomedicina, 8% compraron productos medicinales, 2% acudieron a profesionales de la sanación divina y ninguno reportó haber acudido a un terapeuta tradicional.

Figura VI.2. Proporción de categorías de tratamiento usadas por posición de tratamiento



Fuente: con datos consolidados del instrumento #6y7 (anexo 4).

Conforme se avanza en posiciones de tratamiento las proporciones van cambiando. La espera, por ejemplo sólo fue mencionada otra vez en el 13% de la tercera posición de tratamientos y no fue mencionada en ninguna otra posición. Acudir a profesionales de la sanación divina, aunque siempre se mantuvo con frecuencias absolutas bajas, va aumentando constantemente su proporción dentro de los tratamientos usados. Los remedios caseros representan entre una quinta parte y la mitad de los tratamientos en las primeras cuatro posiciones de tratamiento. Acudir a profesionales de la biomedicina sólo ocupa entre el 10 y 15% en las posiciones 1 y 4, pero es el tratamiento con mayor

proporción en las posiciones 2 y 3 (cerca del 40% de los tratamientos). La compra de productos medicinales se mantiene entre el 10 y el 20% en las primeras cuatro posiciones, describiendo una curva similar a la de la consulta con profesionales de la biomedicina. La consulta con terapeutas tradicionales mantiene porcentajes bajos o ausentes en todas las posiciones.

A partir de la posición 6 sólo se tiene 1 episodio, por lo que no se incluye en la gráfica. En la posición 6 acudió a profesionales de la biomedicina, en la posición 7 utilizó remedios caseros y en la posición 8 acudió a profesionales de la sanación divina.

Secuencias de tratamiento seguidas por los pacientes: Si las secuencias ocurrieran de manera aleatoria, existirían 1,679,616 combinaciones diferentes (8 posibles posiciones en cada secuencia y en cada una de las posiciones había 6 opciones de tratamiento).

Sin embargo se observaron sólo 37 diferentes secuencias. Esto es el 0.0022% de las posibilidades teóricas. El cuadro VI.13 muestra una tabla de frecuencias de las secuencias de tratamiento que se presentaron en este estudio. De cualquier manera hubo una gran variedad de secuencias ya que 25 de las 37 secuencias sólo se presentaron una vez (68% de las secuencias).

La secuencia que se presentó con mayor frecuencia (“2,6” = esperar, profesional de la biomedicina) sólo se presentó en el 12% de los episodios de enfermedad. La siguiente secuencia más frecuente (“2” = esperar) se presentó en el 11% de episodios. Todas las demás se presentaron en menos del 10% de los episodios.

Cuadro VI.13. Secuencias originales de tratamiento seguidas por los pacientes

No.	Secuencias de	f	%	% acumulado
1	2, 6, , , , ,	10	12%	12%
2	2, , , , , ,	9	11%	23%
3	3, , , , , ,	7	8%	31%
4	6, , , , , ,	6	7%	38%
5	2, 3, , , , ,	5	6%	44%
6	2, 4, , , , ,	5	6%	50%
7	3, 6, , , , ,	5	6%	56%
8	4, , , , , ,	4	5%	61%
9	3, 3, , , , ,	3	4%	64%
10	2, 3, 4, , , ,	2	2%	67%
11	2, 5, , , , ,	2	2%	69%
12	2, 3, 2, 3, , ,	1	1%	70%
13	2, 3, 2, 6, , ,	1	1%	71%
14	2, 3, 4, 3, , ,	1	1%	73%
15	2, 3, 6, , , ,	1	1%	74%
16	2, 4, 3, , , ,	1	1%	75%
17	2, 4, 6, 4, , ,	1	1%	76%
18	2, 4, 7, , , ,	1	1%	77%
19	2, 6, 2, 5, , ,	1	1%	79%
20	2, 6, 6, , , ,	1	1%	80%
21	2, 6, 6, 3, 7, 6, 3, 7	1	1%	81%
22	2, 6, 6, 6, , ,	1	1%	82%
23	2, 6, 7, 4, , ,	1	1%	83%
24	3, 3, 4, , , ,	1	1%	85%
25	3, 4, , , , ,	1	1%	86%
26	3, 4, 4, 3, 4, , ,	1	1%	87%
27	3, 4, 6, 3, , , ,	1	1%	88%
28	3, 6, 3, , , ,	1	1%	89%
29	4, 3, , , , ,	1	1%	90%
30	4, 6, , , , ,	1	1%	92%
31	4, 6, 3, , , ,	1	1%	93%
32	6, 3, 6, , , ,	1	1%	94%
33	6, 6, , , , ,	1	1%	95%
34	6, 7, 6, , , ,	1	1%	96%
35	7, , , , , ,	1	1%	98%
36	3, 4, 3, 5, 7, 8, ,	1	1%	99%
37	7, 7, 6, , , ,	1	1%	100%
Total general		84	--	--

Clave: 2=esperar; 3=remedios caseros; 4=compra de productos medicinales; 5=terapeuta tradicional; 6=profesional de la biomedicina; 7=profesional de la sanación divina.

Fuente: con datos consolidados del instrumento #6y7 (anexo 4).

Por otro lado, un número relativamente pequeño de secuencias da cuenta de los tratamientos utilizados en la mayoría de episodios. Las seis secuencias más frecuentes (6 de 37, 16% de las secuencias) describen los tratamientos usados por la mitad de la

población. De igual forma, el 67% de los episodios de enfermedad son descritos por únicamente 10 secuencias de tratamientos.

En el cuadro VI.14 se muestra un listado de secuencias simplificadas. Esto se hizo como un intento de reducir la cantidad de secuencias con frecuencia 1, para aumentar la utilidad de estas secuencias para la parte analítica de este estudio (análisis bivariado y multivariado). El mecanismo empleado fue anular la categoría “2=esperar” en todos los casos en que aparecía, salvo en el que esta categoría era la única presente en una secuencia. También se simplificó a través de eliminar las categorías repetidas en posiciones adyacentes dentro de la misma secuencia (por ejemplo, “3, 7, 7” fue simplificada a “3, 7”). En total se simplificaron 42 secuencias (la mitad del total). Seis de las 42 secuencias simplificadas perdieron 2 de sus posiciones. El resto de secuencias simplificadas perdieron 1 posición. El promedio de pérdida por secuencia es de 0.57.

Cuadro VI.14. Secuencias simplificadas de tratamiento seguidas por los pacientes

No.	Secuencias de tratamientos	f	%	% acumulado
1	6	19	23%	23%
2	3	15	18%	40%
3	2	9	11%	51%
4	4	9	11%	62%
5	36	7	8%	70%
6	34	3	4%	74%
7	5	2	2%	76%
8	43	2	2%	79%
9	7	1	1%	80%
10	33	1	1%	81%
11	46	1	1%	82%
12	47	1	1%	83%
13	65	1	1%	85%
14	76	1	1%	86%
15	334	1	1%	87%
16	343	1	1%	88%
17	363	1	1%	89%
18	463	1	1%	90%
19	464	1	1%	92%
20	636	1	1%	93%
21	674	1	1%	94%
22	676	1	1%	95%
23	3434	1	1%	96%
24	3463	1	1%	98%
25	343578	1	1%	99%
26	637637	1	1%	100%

Las secuencias se simplificaron a través de:

- Eliminar la categoría 2=esperar, en todos los casos salvo cuando fuera la única categoría en una secuencia.
- Eliminar las repeticiones de una misma categoría en posiciones adyacentes de una misma secuencia. Ejemplo, el No.37 de las secuencias originales es “7, 7, 6”. Ésta se simplificó a “7, 6”, que está en el No. 14 en las secuencias simplificadas.

Clave: 2=esperar; 3=remedios caseros; 4=compra de productos medicinales; 5=terapeuta tradicional; 6=profesional de la biomedicina; 7=profesional de la sanación divina.

Fuente: con datos consolidados del instrumento #6y7 (anexo 4).

C3. Resultados por transiciones entre tratamientos

El cuadro VI.15 muestra las frecuencias con que se dieron las transiciones entre un tratamiento y otro.

Cuadro VI.15. Frecuencia de transiciones de una categoría de tratamiento a otra para episodios de enfermedad (N=84)

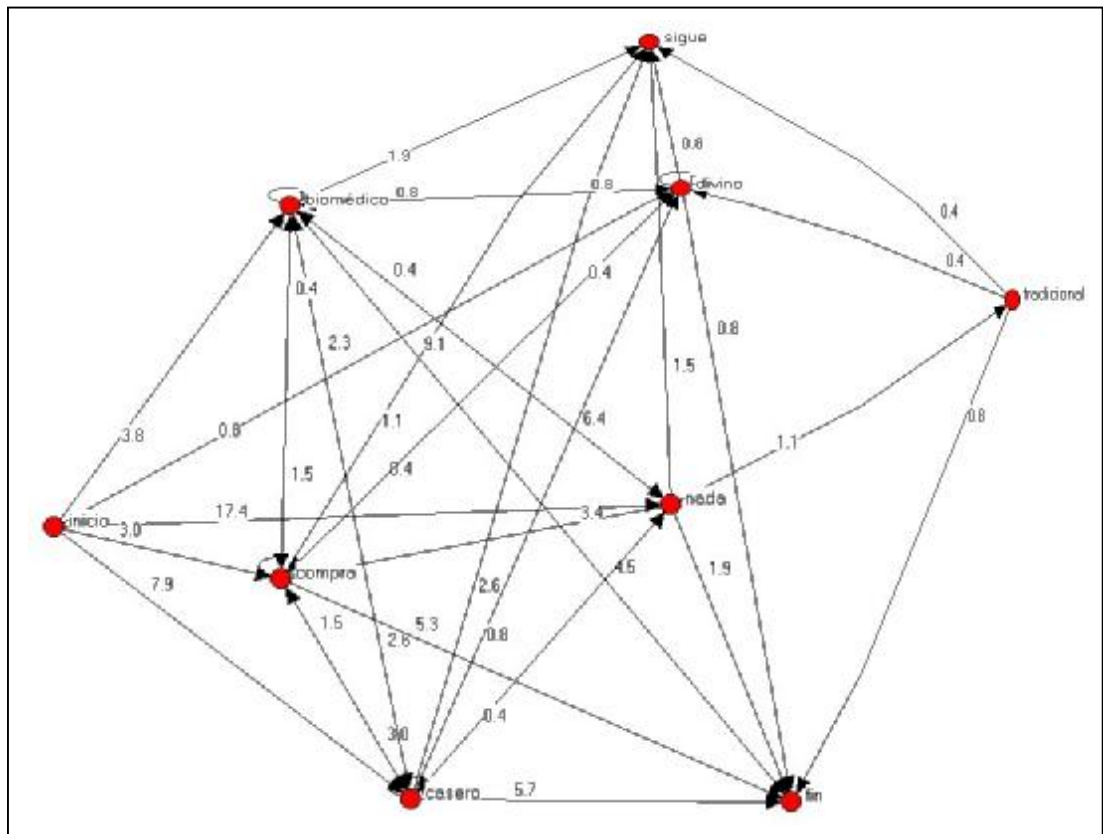
De esta categoría de tratamiento	A esta categoría de tratamiento:								Total
	Inicio	Esperar	Remedios Caseros	Compra De Medicinas	Terapeutas tradicionales	Profesionales biomedicina	Profesionales sanación divina	Fin	
Inicio	0	45	20	8	0	9	2	0	84
Esperar	0	0	12	9	3	17	0	9	50
Remedios Caseros	0	1	5	8	0	7	2	22	45
Compra de medicinas	0	0	4	1	0	4	1	17	27
Terapeutas tradicionales	0	0	0	0	0	0	1	3	4
Profesionales Biomedicina	0	1	6	1	0	5	2	29	44
Profesionales sanación divina	0	0	0	1	0	2	1	2	8
Fin	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	47	47	28	3	44	9	84	262

Fuente: con datos consolidados del instrumento #6y7 (anexo 4).

En el cuadro se representa la cantidad de veces que las personas que brindaron cuidados se movieron de una categoría de tratamiento ubicada en filas a una categoría de tratamiento ubicada en columnas. Por ejemplo, la celda que aparece sombreada debe interpretarse de la siguiente forma: hubo 8 veces en que luego de estar administrando remedios caseros se pasó a comprar productos medicinales.

La figura VI.3 es una representación gráfica del cuadro VI.15, hecha con un programa especial para análisis de redes sociales ⁽¹⁰³⁾, sólo que en esta figura los números representan porcentajes en que se pasó de una categoría de tratamiento a otra (porcentajes con base a las 262 transiciones que se registraron en total entre todos los episodios de enfermedad).

Figura VI.3. Transiciones entre modalidades de tratamiento
los números representan porcentajes en que sucedió dicha transición
 (N=262)



Fuente: con datos consolidados del instrumento #6y7 (anexo 4).

Por ejemplo, se observa el nodo en la parte inferior izquierda marcado como “inicio”. Éste tiene sólo flechas de salida porque representa el inicio del episodio de la enfermedad. Las conexiones que se muestran para este nodo son las siguientes: hacia biomédico (profesional de la biomedicina, 3.8% de todas las transiciones), hacia divino (profesional de la sanación divina, 0.8% de todas las transiciones), hacia nada (esperar, 17.4% de todas las transiciones), hacia compra (compra de productos medicinales, 3.0% de todas las transiciones) y hacia casero (remedios caseros, 7.9% de todas las transiciones). De aquí podemos interpretar varios hechos. En primer lugar, no hubo nadie que acudiera inmediatamente después del inicio de la enfermedad a un terapeuta tradicional. Además, la mayoría de las veces la gente lo que hizo fue esperar o recurrir a tratamientos caseros.

En la figura VI.3 el nodo que está hacia la derecha, marcado como “terapeuta”, puede advertirse que tiene cuatro conexiones, todas ellas unidireccionales. Hay sólo una

flecha que llega hasta el nodo “terapeuta” y viene desde el nodo “nada”. Hay tres flechas que salen del nodo “terapeuta” y van respectivamente a los nodos “divino”, “sigue” y “fin”. Esto puede interpretarse como que en este estudio las personas que acudieron a los terapeutas tradicionales lo hicieron después de estar esperando y nunca inmediatamente después de estar usando otro tratamiento. Algunos de los episodios de enfermedad llegaron a su fin luego de acudir al terapeuta tradicional, otros continuaban cuando se hizo la entrevista y otros continuaron después acudiendo a un profesional de la sanación divina. También se puede ver que el nodo de los terapeutas tradicionales es el único de los nodos de tratamientos que no tiene una conexión con forma de asa (una flecha que sale y regresa al mismo nodo). Es decir que es el único tratamiento que no se repite a sí mismo.

Tanto en el cuadro VI.15 como en la figura VI.3 se observa que existen 48 posibles transiciones, pero no todas ocurren. De hecho sólo ocurren 39 transiciones, o sea el 80% de las que en teoría podrían ocurrir. Esto puede indicar que las decisiones precedentes pueden influir en las subsecuentes y que las personas escogen ciertas transiciones o evitan algunas en particular. Por ejemplo, puede verse que el nodo de profesional de la sanación divina, aunque muestra frecuencias bajas, es el único que recibe conexiones de todas las demás categorías de tratamiento y también que sólo tiene dos flechas que salen hacia otras categorías de tratamiento.

Si se concibe estas transiciones como una red de relaciones entre las diferentes categorías de tratamiento (como se está haciendo en esta sección), es posible calcular algunos indicadores que describan la red de relaciones.

La densidad de la red es la proporción de las relaciones observadas entre el total de relaciones posibles. En el caso de este estudio la densidad es de 98% (desviación estándar de 1.4).

El grado de centralidad de cada uno de los nodos (categorías de tratamiento) está dado por el número de relaciones que posee con otros nodos de la red. En el caso de la red que se está describiendo se habla de la centralidad hacia fuera y centralidad hacia dentro, por el hecho de tener conexiones dirigidas (no interesa únicamente que hay una conexión entre una categoría de tratamiento y otra, sino desde qué categoría y hacia cuál). En la centralidad hacia fuera el nodo “nada” tiene un grado de centralidad de 40%, es decir que utilizó 4 de cada 10 de la totalidad de posibles nexos hacia fuera. Le siguen “casero”, con

22%, “biomédico” con 15%, “compra” con 10%, “divino” con 4% y “tradicional” con 1%. Si se ve la totalidad de la red de relaciones, el grado de centralidad hacia fuera fue de 35%. Esto puede interpretarse como que el esperar o los remedios caseros con mucha frecuencia fueron seguidos del uso de otros tratamientos, mientras que los demás generalmente fueron seguidos relativamente menos por otros tratamientos (bien por no ser usados mucho, o porque fueron los últimos usados en el episodio de enfermedad). Respecto a la centralidad hacia dentro, “biomédico” usó el 34% de sus posibles conexiones, “casero” usó 26%, “compra” usó 20%, “divino” usó 7%, tradicional usó 3% y “nada” el 2%. El grado de centralidad hacia dentro de toda la red fue de 27%. Esto puede interpretarse como que muchas veces de otros tratamientos se pasó a profesionales de la biomedicina o a remedios caseros, o a comprar productos medicinales. Pocas veces se pasó a profesionales de la sanación divina o a terapeutas tradicionales, o a esperar.

El grado de intermediación es la suma de nodos por el que un nodo tiene que pasar para llegar a otro. Observando la figura VI.3 puede notarse que entre el nodo “inicio” y el nodo “casero” hay una conexión directa, mientras que entre el nodo “inicio” y el nodo “terapeuta” no hay una conexión directa sino a través del nodo “nada”. El grado de intermediación pone medidas a esta diferencia de conexión entre “inicio” y los otros dos nodos. Con los datos de este estudio, el grado de intermediación presenta los siguientes valores: “biomédico”, 26%; “nada”, 20%; “divino”, 20%; “casero”, 6%; “compra”, 6%; “tradicional”, 1%. Esto significa que muchas veces entre el cambio de un tratamiento a otro se hizo un “tratamiento intermedio”. La mayoría de las veces en que esto sucedió ese tratamiento intermedio fue el profesional biomédico, o el esperar, o el profesional de la sanación divina. Recordar que estos porcentajes se refieren al total de las posibilidades teóricas en que cada uno de estos tratamientos pudo haber sido tratamiento intermedio.

C4. Caracterización de las dimensiones que pueden modificar la autoatención

C4.1. Características de los episodios de enfermedad

Se investigaron 84 episodios de enfermedad. Inicialmente se preguntó de qué se había enfermado el paciente y se obtuvieron las enfermedades que se detallan en el cuadro VI.16^(†).

Cuadro VI.16. Enfermedades reportadas
(N=84)

Enfermedad*	f	%
Qulaj	30	35.71%
Jolomaj	9	10.71%
q'aq'	9	10.71%
kaq'oxow upam	6	7.14%
ch'ak	5	5.95%
atixna'b'	4	4.76%
kalemlot ranima'	3	3.57%
Kumatz	3	3.57%
b'aq'woch	2	2.38%
q'oxom	2	2.38%
aji't	1	1.19%
k'aqat	1	1.19%
kasipoj upam	1	1.19%
k'atinaq	1	1.19%
k'ax nuware'	1	1.19%
k'ik' pa nutzam	1	1.19%
xib'imib'	1	1.19%
kawa' taj	1	1.19%
q'aq a pamaj	1	1.19%
k'ax wachaj	1	1.19%
Raqan	1	1.19%
Total	84	100.00%

*ver anexo 4 para traducción de las enfermedades

Fuente: con datos consolidados del instrumento #4 (anexo 4).

[†] A lo largo de este trabajo se utilizan los nombres de las enfermedades y síntomas en idioma k'iche'. No se usan traducciones al castellano porque en muchos casos las traducciones no son simples ni directas. Para el lector interesado se presentan traducciones aproximadas para cada término en el anexo 4. Además, se podrá comprobar que se presentan en el mismo listado nombres de síntomas, signos, síndromes y enfermedades. Esto es un rasgo común en el uso de términos acerca de enfermedades entre personas que no son profesionales de la salud.

La duración media de los episodios de enfermedad fue de 9.0 días. El rango de duración osciló entre los 2 y los 19 días.

En todos los casos se preguntó a la persona que brindó cuidados si consideraba que la enfermedad había sido grave. Dos terceras partes (56 episodios) contestaron que sí.

Cuadro VI.17. Síntomas reportados

Síntoma*	f	% de los síntomas (n=253)	% de los episodios de enfermedad (n=84)
Qulaj	47	19%	56%
Atixna'b'	35	14%	42%
Q'aq'	33	13%	39%
Q'oxom	31	12%	37%
K'ulum	16	6%	19%
Kawa' taj	13	5%	15%
Xa'oj	11	4%	13%
Kumatx	9	4%	11%
Pamaj	9	4%	11%
Ch'ak	8	3%	10%
Kajulowik	5	2%	6%
Kalemlot ranima'	5	2%	6%
aji't / tikinaq aji't	4	2%	5%
Xib'imib'	4	2%	5%
K'aqat	3	1%	4%
Sipoj na'k pamaj	3	1%	4%
B'aq'woch / uwowinaq	2	1%	2%
K'ax wachaj	2	1%	2%
k'ik' kel putzam	2	1%	2%
Atzamaj	2	1%	2%
kajnak uwi / kajnak uja'j	1	0%	1%
K'atem	1	0%	1%
Q'oxom upam	1	0%	1%
Sipoj	1	0%	1%
Kutij le joron	1	0%	1%
q'aq'atew	1	0%	1%
xa kol koqik	1	0%	1%
Varicela	1	0%	1%
uware'	1	0%	1%
Total	253	100%	---

* ver anexo 4 para las traducciones de los síntomas

Fuente: con datos consolidados del instrumento #4 (anexo 4).

En todos los casos se preguntó acerca de síntomas asociados, los cuales fueron reportados en la mayoría de episodios de enfermedad. El promedio de síntomas reportados fue de 3.0. El rango de síntomas reportados osciló entre 1 y 9 síntomas. Hubo 29

diferentes síntomas que fueron reportados y la suma total de síntomas reportados fue de 253.

En el cuadro VI.17 puede verse las frecuencias y porcentajes de síntomas reportados por las personas que brindaron cuidados.

Hubo variedad de síntomas y la mayoría de los mismos se mencionaron relativamente poco. Por ejemplo, 23 de los 29 síntomas tienen una frecuencia equivalente a menos del 5% de los síntomas mencionados. Los 4 síntomas más mencionados (*qulaj*, *atixna'b'*, *q'aq'* y *q'oxom*) tienen una frecuencia equivalente a más del 58% de los síntomas reportados. Los otros 25 síntomas suman el 42% restante. Por otro lado, cuando se analiza la frecuencia con que los síntomas fueron reportados en cada episodio de enfermedad, puede apreciarse que *qulaj* fue reportado en más de la mitad de los episodios, seguido por *atixna'b'* (42%), *q'aq'* (39%) y *q'oxom* (37%). El resto de síntomas fueron reportados en menos del 20% de los episodios de enfermedad. Hubo 15 síntomas que fueron reportados en menos del 5 % de los episodios de enfermedad.

En todas las entrevistas se indagó acerca de las causas que provocaron la enfermedad, de acuerdo al criterio de la persona que brindó los cuidados. En las 84 entrevistas se reportó un total de 135 causas, debido a que en algunos casos se mencionó más de una.

El promedio de causas reportadas por episodio fue de 1.6. El rango de causas reportadas osciló entre 0 y 5 causas por episodio de enfermedad.

En el cuadro VI.18 se muestran las causas reportadas, en donde se observa la alta prevalencia con que se reportó el desequilibrio frío caliente como causa de enfermedades, ocupando casi la mitad de todas las causas reportadas. Fue mencionada en tres cuartas partes de los episodios de enfermedad. Las siguen la debilidad y la falta de alimento.

Al clasificar estas enfermedades en categorías más amplias⁽¹⁰²⁾ (ver anexo 4), se tiene que el 62% corresponden a causas popular-tradicionales naturales, 11% a causas biomédicas no infecciosas, 8% a causas biomédicas infecciosas, el 6% para causas populares tradicionales sobrenaturales, el 6% para causas que caben en lo popular tradicional natural o biomédico infeccioso y el 4% para causas que caben en lo popular-tradicional natural o biomédico no infeccioso.

Cuadro VI.18. Causas de enfermedad reportadas

Causas	f	% de las causas (n=135)	% de los episodios de enfermedad (n=84)
Frío-caliente	62	46%	74%
Debilidad	15	11%	18%
Falta de alimento	10	7%	12%
Cargas de trabajo	9	7%	11%
Parásito	8	6%	10%
Contagio	5	4%	6%
Emociones	5	4%	6%
Infección	4	3%	5%
Problemas familiares/comunales	4	3%	5%
Falla de un órgano	3	2%	4%
Accidente	3	2%	4%
Alimentación	2	1%	2%
No sabe	1	1%	1%
Herencia	1	1%	1%
Maldad	1	1%	1%
Pérdida de espíritu	1	1%	1%
Por el crecimiento	1	1%	1%
Total	135	100%	--

Fuente: con datos consolidados del instrumento #5 (anexo 4).

C4.2. Características de los pacientes

Cuadro VI.19. Características de los pacientes
(N=84)

Grupo etáreo	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
0 menor de 1 año	4	4.76	4	4.76	8	9.52
1 a 4 años	7	8.33	13	15.48	20	23.81
5 a 9 años	6	7.14	10	11.90	16	19.05
10 a 14 años	9	10.71	-	-	9	10.71
15 a 19 años	3	3.57	-	-	3	3.57
20 a 24 años	2	2.38	1	1.19	3	3.57
30 a 34 años	5	5.95	-	-	5	5.95
35 a 39 años	4	4.76	-	-	4	4.76
40 a 44 años	3	3.57	1	1.19	4	4.76
45 a 49 años	2	2.38	-	-	2	2.38
55 a 59 años	3	3.57	2	2.38	5	5.95
60 a 64 años	1	1.19	-	-	1	1.19
65 a 69 años	2	2.38	-	-	2	2.38
70 a 74 años	1	1.19	-	-	1	1.19
80 a 84 años	1	1.19	-	-	1	1.19
Total general	53	63.10	31	36.90	84	100.00

Fuente: con datos consolidados del instrumento #2 y 3 (anexo 4).

El rango de edad de los pacientes fue de 2 meses a 82 años, con una media de 18.9. El 50% de los pacientes es menor de 15 años y el 10% es mayor de 45 años. El 63% de los pacientes fue femenino, sin embargo en la población menor de 10 años sólo el 39% fue femenino.

En el cuadro VI.19 se muestran las características de los pacientes investigados.

C4.3. Características de las personas que brindaron cuidados

La edad de las personas que brindaron cuidados se encontró entre 13 y 82 años, con una media de 34.8, una mediana de 34, una moda de 22 y una desviación estándar de 12.5. El 65% tenían entre 20 y 39 años. El 96% de las personas que brindaron cuidados fueron mujeres. El 6% tenían menos de 20 años. En el cuadro VI.20 se muestra la distribución de sexo y grupos etáreos de las personas que brindaron cuidados.

Cuadro VI.20. Características de las personas que brindaron cuidados
(N=84)

Grupo etáreo	Femenino		Masculino		Total	
	F	%	f	%	f	%
10 a 14 años	1	1.19	-	-	1	1.19
15 a 19 años	4	4.76	-	-	4	4.76
20 a 24 años	15	17.86	1	1.19	16	19.05
25 a 29 años	12	14.29	-	-	12	14.29
30 a 34 años	11	13.10	-	-	11	13.10
35 a 39 años	15	17.86	1	1.19	16	19.05
40 a 44 años	5	5.95	1	1.19	6	7.14
45 a 49 años	7	8.33	-	-	7	8.33
50 a 54 años	5	5.95	-	-	5	5.95
55 a 59 años	2	2.38	-	-	2	2.38
60 a 64 años	2	2.38	-	-	2	2.38
65 a 69 años	1	1.19	-	-	1	1.19
80 a 84 años	1	1.19	-	-	1	1.19
Total general	81	96.43	3	3.57	84	100.00

Fuente: con datos consolidados del instrumento #2 y 3 (anexo 4).

En el 64% de los casos la persona que brindó los cuidados fue la madre del paciente, en 12% de los casos fue la hija del paciente, en 10% de los casos fue la paciente misma, en 4% fue la abuela, en 4% fue la esposa y en el resto de casos fue el padre, el esposo o una amiga.

La mitad de personas que brindaron cuidados hablaban sólo *k'iche'* y la mitad hablaban *k'iche'* y castellano.

El 33% era analfabeta, el 35% había estudiado la primaria incompleta, el 21% había completado la primaria, el 6% había estudiado algún grado de educación básica y el 5% algún grado de diversificado.

El 51% dijeron ser católicas, el 31% pertenecían a alguna iglesia pentecostal, el 15% dijeron no pertenecer a ninguna religión y el 3% pertenecían a alguna iglesia evangélica histórica.

El 87% de las personas que brindaron cuidados vivían en la misma casa que el paciente. El resto correspondió a madres que cuidaban a sus hijas adultas o hijas que cuidaban a sus madres mayores.

Sólo 7 personas (8%) dijeron ser terapeutas, definido como alguien que sabe curar enfermedades y personas de otras familias la solicitan buscando curación de sus enfermedades.

El tamaño promedio de las unidades domésticas fue de 6.0 miembros (rango de 1 a 15, desviación estándar de 2.7, mediana 6, moda 5).

Para tener una aproximación a los conocimientos sobre remedios y terapeutas se preguntó a las personas que brindaron cuidados si consideraban grave o no cada una de un listado de seis enfermedades (1. *aji't* / *tukinaq aji't*; 2. *b'aq'woch* / *uwowinaq*; 3. *qulaj*; 4. *pamaj*; 5. *q'ajik*; 6. *q'aq'*). También se les preguntó para las mismas enfermedades si saben curarla y si conocen a alguien que sabe curarla. En el caso de que conocieran a alguien que sabe curar alguna de estas enfermedades se le preguntó si esa persona es terapeuta, si es familiar y si vive en la misma unidad doméstica. Las respuestas positivas a estas preguntas fueron contadas para cada persona que brindó cuidados. El cuadro VI.21 presenta un resumen de la información obtenida para este aspecto.

Cuadro VI.21. Resumen de información acerca de conocimientos sobre remedios y terapeutas
(N=84)

Criterio	Media	D.E.	Rango
Percepción de gravedad de 6 enfermedades	4.9	1.2	6
Sabe curar 6 enfermedades	2.9	1.9	6
Conoce alguien que sabe curar 6 enfermedades	4.6	1.7	6
El que conoce es terapeuta	4.4	1.8	6
El que conoce es familiar	0.3	0.6	3
El que conoce vive en la misma unidad doméstica	1.1	1.1	4

Fuente: con datos consolidados del instrumento #2 y 3 (anexo 4).

También se obtuvieron respuestas para hacer una aproximación a las preferencias terapéuticas de las personas que brindaron cuidados. Se preguntó a cada una lo que harían en primero, en segundo y en tercer lugar si alguien en su familia se enfermara de cada una de las seis enfermedades mencionadas arriba. Se codificaron las respuestas de acuerdo a la categoría de tratamiento a la que correspondían y se hizo un conteo de la cantidad de veces que cada persona mencionó tratamientos de cada categoría. En el cuadro VI.22 se presenta un resumen de las respuestas obtenidas para este aspecto.

Cuadro VI.22. Resumen de información sobre preferencias de tratamientos
(N=84)

Criterio	Media	D.E.	Rango
Tratamiento casero como primera opción en 6 enfermedades	2.2	1.6	6
Compra de productos como primera opción en 6 enfermedades	1.4	1.2	4
Terapeutas tradicionales como primera opción en 6 enfermedades	0.5	0.7	2
Terapeutas biomédicos como primera opción en 6 enfermedades	0.7	1.1	5
Sanación divina como primera opción en 6 enfermedades	0	0	0
Tratamiento casero entre 3 primeras opciones en 6 enfermedades	3.1	2.8	11
Compra de productos entre 3 primeras opciones en 6 enfermedades	2.0	1.7	6
Terapeutas tradicionales entre 3 primeras opciones en 6 enfermedades	0.7	0.8	3
Terapeutas biomédicos entre 3 primeras opciones en 6 enfermedades	1.5	1.7	7
Sanación divina entre 3 primeras opciones en 6 enfermedades	0	0	0

Fuente: con datos consolidados del instrumento #2 y 3 (anexo 4).

Para investigar el tamaño y composición de la red de apoyo social de cada persona que brindó cuidados se presentaron situaciones hipotéticas a las personas y se les pidió nombrar a las personas a las que acudirían para pedir apoyo en dichas situaciones.

Cuadro VI.23. Resumen de información sobre tamaño y composición de red de apoyo social
(N=84)

Criterio	Media	D.E.	Rango
Tamaño de red de apoyo social percibida	5.1	1.8	10
Tamaño de soluciones de apoyo social	7.6	2.4	14
Familiares en la red de apoyo social	4.5	1.7	9
Personas de confianza en la red de apoyo social	0.6	0.8	3
Personas sólo conocidas en la red de apoyo social	0.5	0.3	2
Mujeres en la red de apoyo social	3.2	1.4	7
Personas de la red que viven fuera del Caserío	0.2	0.5	2

Fuente: con datos consolidados del instrumento #2 y 3 (anexo 4).

Se hizo un conteo de la cantidad total de personas que fueron nombradas y esto se registró como el tamaño de la red de apoyo social percibida. Debido a que las personas podían estar nombradas más de una vez y en el tamaño de la red de apoyo sólo se tomaron en cuenta una vez, se hizo también un conteo de la cantidad de veces que las personas tendrían a quién acudir para resolver las situaciones hipotéticas. El conteo de esto se identificó como tamaño de soluciones de apoyo social. Acerca de las personas nombradas dentro de la red de apoyo social se preguntó cuántos de ellos eran familiares de la persona, o personas de confianza o sólo conocidos pero no de confianza. También se preguntó el sexo de las personas y si éstas vivían dentro o fuera del Caserío. La síntesis de esta información está incluida en el cuadro VI.23.

D. Relación entre la diferenciación social y la autoatención

En esta sección se presentan los resultados del análisis de la asociación entre las variables independientes y la variable dependiente. La exposición está organizada por cada variable independiente y los cuadros VI.24 a VI.33 siguen esta misma lógica. En los cuadros VI.34 y VI.35 se presenta la información de manera que permita al lector integrar características de diferentes variables independientes y su asociación con las diferentes categorías de tratamiento y secuencias de tratamiento.

D1. Características del proceso de producción

En el cuadro VI.24 se muestran las asociaciones bivariadas entre las características del proceso de producción y las seis categorías de tratamiento. Sólo se muestran las características que mostraron significancia en el análisis bivariado.

Cuadro VI.24. Asociaciones bivariadas entre características del proceso de Producción y categorías de tratamiento
(N=84)

Características con significancia	Esperar	Remedio casero	Comprar medicinas	Terapeuta tradicional	Profesional biomedicina	Sanación divina
Padre con trabajo agrícola propietario con mano de obra familiar					-	
Padre con trabajo agrícola con tierra y asalariado temporal					--	
Padre propietario de fuente de trabajo sin contratación de personal					-	
Padre asalariado temporal					---	
Padre con trabajo agrícola y propietario					++	
Padre con trabajo no agrícola y no propietario					++	
Madre propietaria de fuente de trabajo		-				
Cuentan con negocio propio				+		+++
Contratan mozos		--				
Dan préstamos de dinero a otras familias			++			+++
Familia con jefe de familia agricultor no propietario, con más de 10 cuerdas de terreno, sin negocio propio, que sí contrata mozos					--	
Clave de interpretación: Basado en regresión logística. Asociaciones + y - (p<0.1); ++ y - - (p<0.05); +++ y - - - (p<0.01). Los signos + y - indican la dirección de la asociación.						
Fuente: con datos consolidados de los instrumentos anexos 1, 2, 4.						

Hubo seis características que tienen que ver con la actividad laboral principal del padre que mostraron asociaciones significativas, todas ellas con el haber o no consultado a profesionales de la biomedicina. La otra asociación significativa con esta categoría de tratamiento es el patrón “2,1,2,1”, que corresponde a familias con jefe de familia agricultor no propietario, con más de 10 cuerdas de terreno, sin negocio propio, que sí contrata mozos. En general en las familias donde el padre se dedica al trabajo agrícola y es propietario de los medios de producción se tuvo la tendencia a consultar a un profesional de

la biomedicina. Las familias con padres que tienen trabajo agrícola pero que no son dueños de los medios de producción tendieron a no consultar a profesionales de la biomedicina. En el caso de los padres con trabajo no agrícola que no son propietarios de la fuente de trabajo también hubo una asociación significativa para consultar a profesionales de la biomedicina.

En cuanto a la actividad laboral principal de la madre, la única característica con una asociación significativa fue si la madre es propietaria de la fuente de trabajo. En estos casos la tendencia fue a no utilizar remedios caseros. También se observó esta misma tendencia en familias que contratan mozos.

Entre las familias que tienen un negocio propio hubo tendencia a consultar terapeutas tradicionales y profesionales de la sanación divina. Las familias que dan préstamos monetarios a otras también tuvieron tendencia a consultar a profesionales de la sanación divina y a la compra de productos medicinales.

En el cuadro VI.25 se muestran las asociaciones bivariadas entre las características del proceso de producción y los siete patrones de tratamiento más frecuentes. Sólo se muestran las asociaciones significativas.

Puede identificarse que sólo se presentaron asociaciones significativas con el patrón “sólo remedio casero” y con el patrón “remedio casero seguido de compra de medicinas”. Hay cinco asociaciones relacionadas con la actividad laboral principal de la madre. Todas estas características tienen que ver con madres que tienen actividades laborales principales no agrícolas. Tres de las cinco corresponden a madres que son propietarias de su fuente de trabajo. Todas estas se relacionan de manera negativa con estos patrones de tratamiento.

Las familias que contratan mozos también mostraron una tendencia a no recurrir a estos dos patrones de tratamiento.

Uno de los patrones del proceso de producción se asoció significativamente con recurrir sólo a remedios caseros. Este fue el patrón “2,2,2,2”, que corresponde a familias cuyo jefe es agricultor no propietario, que poseen menos de 10 cuerdas de terreno, que no tienen negocio propio y que no contratan mozos.

Cuadro VI.25. Asociaciones bivariadas entre características del proceso de Producción y los patrones de tratamiento más frecuentes (N=84)

Características con significancia	Sólo profesional biomédica	Sólo remedio casero	Sólo esperar	Sólo compra de medicinas	Remedio casero seguido de profesional biomédico	Remedio casero seguido de compra de medicinas	Sólo terapia tradicional
Madre con trabajo en artesanías, propietaria con mano de obra familiar		-					
Madre con trabajo no agrícola						--	
Madre propietaria de fuente de trabajo		---					
Madre artesana tejedora						--	
Madre propietaria de fuente de trabajo sin contratación de personal						-	
Contratan mozos		-				-	
Familia con jefe de familia agricultor no propietario, con menos de 10 cuerdas de terreno, sin negocio propio, que no contrata mozos		++					

Clave de interpretación:

Basado en regresión logística. Asociaciones + y - ($p < 0.1$); ++ y -- ($p < 0.05$); +++ y --- ($p < 0.01$). Los signos + y - indican la dirección de la asociación.

Fuente: con datos consolidados de los instrumentos anexos 1, 2, 4.

D2. Características del proceso de consumo

Sólo hubo cuatro características del proceso de consumo que mostraron asociaciones significativas con las categorías de tratamiento que las unidades familiares usaron. Estas se presentan en el cuadro VI.26.

Las familias que viven en casas de tablas tendieron a esperar, mientras que las que tienen la cocina separada de los dormitorios tendieron a usar remedios caseros. Hubo una asociación negativa entre las familias que cocinan con fuego en el suelo y el uso de remedios caseros, al igual que entre las familias clasificadas como de bajo nivel socioeconómico y la utilización de profesionales de la biomedicina.

Cuadro VI.26. Asociaciones bivariadas entre características del proceso de Consumo y categorías de tratamiento
(N=84)

Características con significancia	Esperar	Remedio casero	Comprar medicinas	Terapeuta tradicional	Profesional biomedicina	Sanación divina
Cocinan con fuego en el suelo		-				
Cocina separada de dormitorios		+++				
Nivel socioeconómico bajo					-	
Casa de tablas	+++					
Clave de interpretación: Basado en regresión logística. Asociaciones + y - (p<0.1); ++ y - - (p<0.05); +++ y - - - (p<0.01). Los signos + y - indican la dirección de la asociación.						
Fuente: con datos consolidados de los instrumentos anexos 1, 2, 4.						

Algo interesante si se compara el cuadro VI. 24 con el VI.26 es que la mayoría de asociaciones que muestra el segundo se concentran en las categorías de “esperar” y “remedios caseros”, mientras que la mayoría de las que muestra el primero se concentran en las categorías que tienen que ver con terapeutas profesionales.

Cuadro VI.27. Asociaciones bivariadas entre características del proceso de Consumo y los patrones de tratamiento más frecuentes
(N=84)

Características con significancia	Sólo profesional biomedicina	Sólo remedio casero	Sólo esperar	Sólo compra de medicinas	Remedio casero seguido de profesional biomédico	Remedio casero seguido de compra de medicinas	Sólo terapeuta tradicional
Cocinan con fuego en el suelo			++				
Cocina separada de dormitorios	-						
Hijos en edad escolar no estudian			+				
Clave de interpretación: Basado en regresión logística. Asociaciones + y - (p<0.1); ++ y - - (p<0.05); +++ y - - - (p<0.01). Los signos + y - indican la dirección de la asociación.							
Fuente: con datos consolidados de los instrumentos anexos 1, 2, 4.							

Hubo tres asociaciones bivariadas significativas entre las características del proceso de consumo y los siete patrones de tratamiento más frecuentes, las cuales se muestran en el cuadro VI.27.

Las familias que cocinan con fuego en el suelo y las que no tienen estudiando a sus hijos tuvieron tendencia a sólo esperar ante sus episodios de enfermedad. Las que tienen la cocina separada de los dormitorios tendieron a no ir sólo con un profesional de la biomedicina.

D3. Características del proceso sociocultural

Las siete características del proceso sociocultural que mostraron asociaciones significativas con las categorías de tratamiento se muestran en el cuadro VI.28. Puede identificarse que las familias que no son monoparentales tuvieron tendencia a esperar.

Cuadro VI.28. Asociaciones bivariadas entre características del proceso Sociocultural y categorías de tratamiento
(N=84)

Características con significancia	Esperar	Remedio casero	Comprar medicinas	Terapeuta tradicional	Profesional biomedicina	Sanación divina
Familia extensa	++					
Familia nuclear	+		-			
Jefe de familia masculino				--		
En la unidad familiar hay catequistas o pastores				+		
Madre habla sólo idioma <i>k'iche'</i>					--	
Familia que no asiste a ninguna iglesia						+
Número de miembros en la unidad familiar						-

Clave de interpretación:

Basado en regresión logística. Asociaciones + y - ($p < 0.1$); ++ y -- ($p < 0.05$); +++ y --- ($p < 0.01$). Los signos + y - indican la dirección de la asociación.

Fuente: con datos consolidados de los instrumentos anexos 1, 2, 4.

Cuando el jefe de familia es masculino hubo tendencia a no consultar con terapeutas tradicionales, mientras que en las familias en que hay catequistas o pastores evangélicos hubo tendencia a consultar a estos terapeutas.

Las familias donde la madre habla sólo *k'iche'* tendieron a no consultar con profesionales de la biomedicina.

También se muestra que entre más miembros hay en una familia se tiende a no acudir a los profesionales de la sanación divina, mientras que las familias que reportaron que no asisten a ninguna iglesia tendieron a acudir a estos profesionales.

En el cuadro VI.29 se muestran las asociaciones bivariadas significativas entre las características del proceso sociocultural y los patrones más frecuentes de tratamiento.

Cuadro VI.29. Asociaciones bivariadas entre características del proceso Sociocultural y los patrones de tratamiento más frecuentes (N=84)

Características con significancia	Sólo profesional biomédica	Sólo remedio casero	Sólo esperar	Sólo compra de medicinas	Remedio casero seguido de profesional biomédico	Remedio casero seguido de compra de medicinas	Sólo terapia tradicional
Participan en organización comunitaria	++						
Jefe de familia masculino			-				
En la unidad familiar hay catequistas o pastores							++

Clave de interpretación:

Basado en regresión logística. Asociaciones + y - ($p < 0.1$); ++ y - - ($p < 0.05$); +++ y - - - ($p < 0.01$). Los signos + y - indican la dirección de la asociación.

Fuente: con datos consolidados de los instrumentos anexos 1, 2, 4.

En las familias con miembros que participan en organizaciones comunitarias hubo tendencia a acudir sólo a profesionales de la biomedicina.

En las familias en las que vive algún catequista o pastor evangélico hubo tendencia a consultar sólo con el terapeuta tradicional.

En las familias con jefatura masculina hubo tendencia a seguir caminos del enfermo diferentes a “sólo esperar”.

D4. Características de las dimensiones que pueden modificar la autoatención

D4.1. Características del episodio de enfermedad

El cuadro VI.30 presenta las asociaciones bivariadas significativas entre las características de la enfermedad y las categorías de tratamiento usadas en las unidades domésticas estudiadas.

Cuadro VI.30. Asociaciones bivariadas entre características de la Enfermedad y categorías de tratamiento (N=84)

Características con significancia	Esperar	Remedio casero	Comprar medicinas	Terapeuta tradicional	Profesional biomedicina	Sanación divina
Número de días que duró el episodio de enfermedad	+					
Episodio de enfermedad que duró menos de 5 días	--					
<i>K'ulum</i> como síntoma	-					
Número de síntomas presentes en el episodio	-					+
Número de causas mencionadas en el episodio		+				+
Causas biomédicas infecciosas			+			
Número de clases de causas mencionadas en el episodio			++			
Contagio como causa			++			
<i>Q'aq'</i> como síntoma			+		+++	
Problemas familiares como causa			+	+		++
Infección como causa				+		
Golpes o accidentes como causa				+		
Causas popular tradicionales naturales y/o biomédicas no infecciosas				+		
Desequilibrio frío-caliente como causa					+	
Causas popular-tradicionales sobrenaturales						+++
<i>Ch'ak</i> como síntoma						+
Clave de interpretación:						
Basado en regresión logística. Asociaciones + y - (p<0.1); ++ y -- (p<0.05); +++ y --- (p<0.01). Los signos + y - indican la dirección de la asociación.						

Fuente: con datos consolidados de los instrumentos anexos 1, 2, 4.

La cantidad de días que duró la enfermedad se asocia positivamente con la categoría “esperar”. La cantidad de síntomas identificados en la enfermedad se asoció negativamente

con esta categoría. Haber presentado *k'ulum* como síntoma también se asocia negativamente con esta categoría.

La cantidad de causas de la enfermedad mencionadas por la cuidadora se asoció positivamente con el uso de remedios caseros.

El haber comprado productos medicinales se asoció positivamente con haber identificado muchos diferentes tipos de causas del episodio de enfermedad, con haber identificado causas como la infección, el contagio o los problemas familiares. También se asoció con haber presentado el síntoma *q'aq'*.

El haber acudido con terapeutas tradicionales se asoció positivamente con la percepción por parte de la cuidadora de las siguientes causas del episodio de enfermedad: problemas familiares, infección, golpes.

Los episodios en que se acudió con profesionales de la biomedicina se asocian con haber presentado *q'aq'* como síntoma y desequilibrio frío-caliente como causa.

Se recurrió a la sanación divina en proporción al número de síntomas y al número de causas mencionadas por la cuidadora. También se asoció positivamente con problemas familiares como causa del episodio de la enfermedad o con causas sobrenaturales.

En el cuadro VI.31 se presentan las asociaciones bivariadas significativas entre las características de la enfermedad y los patrones de tratamiento más frecuentes.

Los episodios en que se recurrió sólo a profesionales de la biomedicina se asociaron a presentar el síntoma *ranima'*. Entre más causas del episodio mencionó la cuidadora hubo tendencia a no recurrir sólo a profesional de la biomedicina.

El haber usado sólo remedios caseros se asoció positivamente con haber presentado *aji't* o *k'aqat* como síntomas. Se asoció negativamente con enfermedades reportadas como graves por los cuidadores y con mayor número de síntomas presentes en el episodio de enfermedad. También se asoció negativamente con *le jab'* y *le uk'ikel* como causas finales del episodio de enfermedad.

El patrón “sólo esperar” se asoció positivamente con haber mencionado la falta de alimento o la debilidad como causa del episodio de enfermedad. Se asoció negativamente con episodios en que la causa fue el desequilibrio frío-caliente y con episodios en que la causa era desconocida para la cuidadora.

En los episodios en que hubo mayor número de síntomas hubo tendencia a no recurrir sólo a la compra de medicinas.

La cantidad de diferentes tipos de causas mencionadas por la cuidadora se asoció negativamente con haber consultado sólo con terapeutas tradicionales.

Cuadro VI.31. Asociaciones bivariadas entre características de la Enfermedad y los patrones de tratamiento más frecuentes (N=84)

Características con significancia	Sólo profesional biomédica	Sólo remedio casero	Sólo esperar	Sólo compra de medicinas	Remedio casero seguido de profesional biomédico	Remedio casero seguido de compra de medicinas	Sólo terapeuta tradicional
<i>Ranima'</i> como síntoma	+						
Número de causas mencionadas en el episodio	--						
Enfermedad reportada como grave por el cuidador		---					
<i>Aji't</i> como síntoma		++					
<i>K'aqat</i> como síntoma		+					
<i>Q'aq'</i> como síntoma		--					
Número de síntomas presentes en el episodio		-		-			
<i>Le jab'</i> como causa final		-					
<i>Le uk'ikel</i> como causa final		-					
Falta de alimento como causa			+				
Debilidad como causa			++				
Desequilibrio frío-caliente como causa			---				
No sabe la causa del episodio de enfermedad			--				
Contagio como causa						+	
Número de clases de causas mencionadas en el episodio							--

Clave de interpretación:

Basado en regresión logística. Asociaciones + y - (p<0.1); ++ y -- (p<0.05); +++ y --- (p<0.01). Los signos + y - indican la dirección de la asociación.

Fuente: con datos consolidados de los instrumentos anexos 1, 2, 4.

D4.2. Características del paciente

No hubo ninguna característica del paciente que mostrara asociación significativa con las categorías de tratamiento o con los patrones de tratamiento.

D4.3. Características de la persona que brindó cuidados

En el cuadro VI.32 se muestran las asociaciones bivariadas significativas entre las características de la persona que brindó cuidados y las categorías de tratamiento usadas por las unidades domésticas.

Cuadro VI.32. Asociaciones bivariadas entre características de la Persona que brindó cuidados y categorías de tratamiento
(N=84)

Características con significancia	Esperar	Remedio casero	Comprar medicinas	Terapeuta tradicional	Profesional biomedicina	Sanación divina
Número de enfermedades que la cuidadora consideró graves	++					
Preferencia de tratamiento biomédico ante enfermedad <i>aji't</i>	+					
Preferencia de terapeuta tradicional ante enfermedad <i>q'ajik</i>	-					
Cantidad de veces que mencionó terapeutas tradicionales como primera opción de tratamiento	-				-	
Cuidadora es hija del paciente		-				
Porcentaje de personas dentro de su red de apoyo social que viven fuera del Caserío		+				
Cantidad de veces que dijo no saber qué hacer ante enfermedades		-				
Tamaño de la red de apoyo social			+			
Preferencia de tratamiento biomédico ante enfermedad <i>qulaj</i>			-			
Cuidador profesa religión evangélica histórica				++		+
Cuidador habla sólo idioma <i>k'iche'</i>					-	
Preferencia de tratamiento casero ante enfermedad <i>b'aq'woch</i>					--	
Cantidad de veces que mencionó remedios caseros entre sus tres primeras opciones de tratamiento					+	
Cantidad de veces que mencionó terapeutas tradicionales entre sus tres primeras opciones de tratamiento					---	

Clave de interpretación:

Basado en regresión logística. Asociaciones + y - (p<0.1); ++ y -- (p<0.05); +++ y --- (p<0.01). Los signos + y - indican la dirección de la asociación.

Fuente: con datos consolidados de los instrumentos anexos 1, 2, 4.

En dicho cuadro se muestra que algunas características “sociodemográficas” de la persona que brindó cuidados se asocian con la utilización o no utilización de algunas categorías de tratamiento. En los casos en que la cuidadora dijo asistir a una iglesia

evangélica histórica se asocian con acudir con terapeutas tradicionales y con profesionales de la sanación divina. En casos en que la cuidadora habla sólo idioma *k'iche'* hubo tendencia a no acudir a profesionales de la biomedicina. Cuando la cuidadora es hija del paciente hubo tendencia a no recurrir a remedios caseros.

Otras características tienen que ver con la red de apoyo social que la cuidadora dijo tener. El tamaño de la red de apoyo social se asoció con la compra de productos medicinales. Además, cuando la red de apoyo social tuvo más personas que viven fuera del Caserío, se asoció con el uso de remedios caseros.

La mayoría de características que se asociaron estuvieron relacionadas con conocimientos y preferencias expresadas por las personas que brindaron cuidados. Estos conocimientos y preferencias se relacionaron con preguntas que se les hicieron acerca de seis enfermedades frecuentes (*aji't*, *b'aq'woch*, *qulaj*, *pamaj*, *q'ajik*, *q'aq'*). En los casos en que más enfermedades de este listado la cuidadora consideró graves, hubo tendencia a esperar.

La cantidad de veces que una cuidadora mencionó que recurriría a los servicios de terapeutas tradicionales como primera opción de tratamiento se relaciona con una tendencia a no haber recurrido a profesionales de la biomedicina ni a esperar. La cantidad de veces que mencionó no saber qué hacer ante estas enfermedades se relaciona con no haber utilizado remedios caseros.

Las cuidadoras que mencionaron más veces que recurrirían a remedios caseros entre sus tres primeras opciones de tratamiento para estas enfermedades tuvieron una tendencia a consultar a profesionales de la biomedicina. El haber mencionado que recurrirían a terapeutas tradicionales se relacionó con la no utilización de profesionales de la biomedicina.

Las preferencias de tratamiento en caso de que un miembro de su familia enfermara de *aji't*, o de *q'ajik*, o de *qulaj*, o de *b'aq'woch*, muestran asociación con el uso o no de profesionales de la biomedicina, la compra de productos medicinales o el esperar.

Respecto a las asociaciones bivariadas significativas entre las características de la persona que brindó cuidados y los patrones de tratamiento (ver cuadro VI.33), se identificaron dieciséis.

Consultar sólo con profesionales de la biomedicina se asoció positivamente con cuidadores que son terapeutas y con cuidadores que expresaron preferir acudir a profesionales de la biomedicina en casos de *qulaj* y *q'aq'*. Se asoció negativamente con la

Cuadro VI.33. Asociaciones bivariadas entre características de la Persona que brindó cuidados y los patrones de tratamiento más frecuentes (N=84)

Características con significancia	Sólo profesional biomédica	Sólo remedio casero	Sólo esperar	Sólo compra de medicinas	Remedio casero seguido de profesional biomédico	Remedio casero seguido de compra de medicinas	Sólo terapia tradicional
Cuidador es terapeuta	++						
Preferencia de profesional de biomedicina ante enfermedad <i>qulaj</i>	+						
Preferencia de profesional de biomedicina ante enfermedad <i>q'aq'</i>	+						
Cantidad de veces que mencionó terapeutas tradicionales entre sus tres primeras opciones de tratamiento	-						
Número de enfermedades que la cuidadora consideró graves		--					
Número de enfermedades que la cuidadora dijo saber curar			--				
Cuidador habla sólo idioma <i>k'iche'</i>			+				
Preferencia de compra de medicinas ante enfermedad <i>aji't</i>				+			
Preferencia de terapeutas tradicionales ante enfermedad <i>aji't</i>				+			
Preferencia de terapeutas tradicionales ante enfermedad <i>b'aq'woch</i>				+			
Cuidador vive en misma casa que paciente				-			
Porcentaje de personas dentro de su red de apoyo social que viven fuera del Caserío					++		
Preferencia de compra de medicamentos ante enfermedad <i>q'aq'</i>					++		
Cantidad de veces que mencionó remedios caseros entre sus tres primeras opciones de tratamiento					++		
Cantidad de veces que dijo no saber qué hacer en primer lugar ante enfermedades							++
Cantidad de veces que dijo no saber qué hacer ante enfermedades							+

Clave de interpretación: Basado en regresión logística. Asociaciones + y - (p<0.1); ++ y -- (p<0.05); +++ y - - - (p<0.01). Los signos + y - indican la dirección de la asociación.

Fuente: con datos consolidados de los instrumentos anexos 1, 2, 4.

cantidad de veces que los cuidadores mencionaron entre sus primeras tres opciones de tratamiento a terapeutas tradicionales.

Haber usado sólo a remedios caseros se asoció negativamente con la cantidad de enfermedades que la cuidadora consideró graves. El patrón “sólo esperar” se asoció positivamente con cuidadoras que hablan sólo idioma *k’iche’* y negativamente con la cantidad de enfermedades que las cuidadoras dijeron saber curar.

Recurrir sólo a la compra de productos medicinales se asoció positivamente con las preferencias de tratamiento para *aji’t* y *b’aq’woch* expresadas por las cuidadoras. Se asoció negativamente con cuidadores que viven en la misma casa que el paciente.

El haber acudido sólo con terapeutas tradicionales se asoció positivamente con cuidadores que dijeron no saber qué hacer ante las enfermedades que se les presentaron hipotéticamente.

El patrón “remedio casero seguido de profesional de la biomedicina” se asoció positivamente con cuidadoras que expresaron preferir compra de medicinas ante la enfermedad *q’aq’* y entre quienes mencionaron más veces “remedios caseros” entre sus primeras tres opciones de tratamiento. También hubo asociación positiva con la cantidad de miembros de la red de apoyo social de la cuidadora que viven fuera del Caserío.

En el cuadro VI.34 se muestran las asociaciones bivariadas que resultaron significativas para el uso de cada una de las categorías de tratamiento.

Cuadro VI.34. Asociaciones bivariadas para categorías de tratamiento usando los procesos de producción, consumo y sociocultural y las características de la enfermedad y de la persona que brindó cuidados (N=84)

Características con significancia	Categoría de tratamiento	OR [I.C. 95%] (valor p)
Casa de tablas	Esperar	4.08 [1.63-10.17] (0.003)
Tipo de familia extensa	Esperar	0.24 [0.06-0.95] (0.043)
Número de enfermedades consideradas graves por el cuidador	Esperar	1.53 [1.04-2.27] (0.033)
Tipo de familia monoparental	Esperar	15.00 [1.21-185.2] (0.035)
Enfermedad de menos de 5 días de duración	Esperar	0.17 [0.04-0.75] (0.020)
Contratan mozos	Remedio casero	0.30 [0.10-0.91] (0.034)
Cocina separada de dormitorios	Remedio casero	5.85 [1.55-22.02] (0.009)
Dan préstamos de dinero a otros	Compra de productos medicinales	7.63 [1.37-42.61] (0.021)
Contagio como causa	Compra de productos medicinales	11.80 [1.24-111.86] (0.031)
Cantidad de tipos de causa de la enfermedad	Compra de productos medicinales	2.09 [1.01-4.35] (0.048)
Jefe de familia masculino	Terapeutas tradicionales	0.11 [0.01-0.90] (0.040)
Religión del cuidador evangélica histórica	Terapeutas tradicionales	26.33 [1.31-529.98] (0.033)
Número de veces que cuidador mencionó terapeutas tradicionales entre sus primeras tres opciones de tratamiento	Profesional biomedicina	0.39 [0.20-0.76] (0.005)
Madre habla sólo idioma <i>k'iche'</i>	Profesional biomedicina	0.33 [0.13-0.84] (0.021)
Padre con trabajo agrícola propietario de la fuente de trabajo	Profesional biomedicina	3.17 [1.03-9.75] (0.045)
Padre con trabajo agrícola con tierra propia y asalariado temporal	Profesional de biomedicina	0.28 [0.09-0.87] (0.028)
Padre asalariado temporal	Profesional de biomedicina	0.26 [0.08-0.79] (0.018)
Padre con trabajo no agrícola y no propietario	Profesional de biomedicina	4.00 [1.01-15.89] (0.049)
<i>Q'aq'</i> como síntoma	Profesional biomedicina	5.20 [1.51-17.89] (0.009)
Causa popular-tradicional sobrenatural	Sanación divina	18.50 [2.79-122.49] (0.002)
Problema familiar como causa de la enfermedad	Sanación divina	15.00 [1.73-129.93] (0.014)
Dan préstamos de dinero a otros	Sanación divina	13.69 [2.25-83.12] (0.004)
Familia tiene negocio propio	Sanación divina	30.40 [2.34-395.36] (0.009)

Fuente: con datos consolidados de los instrumentos anexos 1, 2, 4.

En el cuadro VI.35 se muestran las asociaciones bivariadas significativas para cada uno de los patrones de tratamiento más frecuentes.

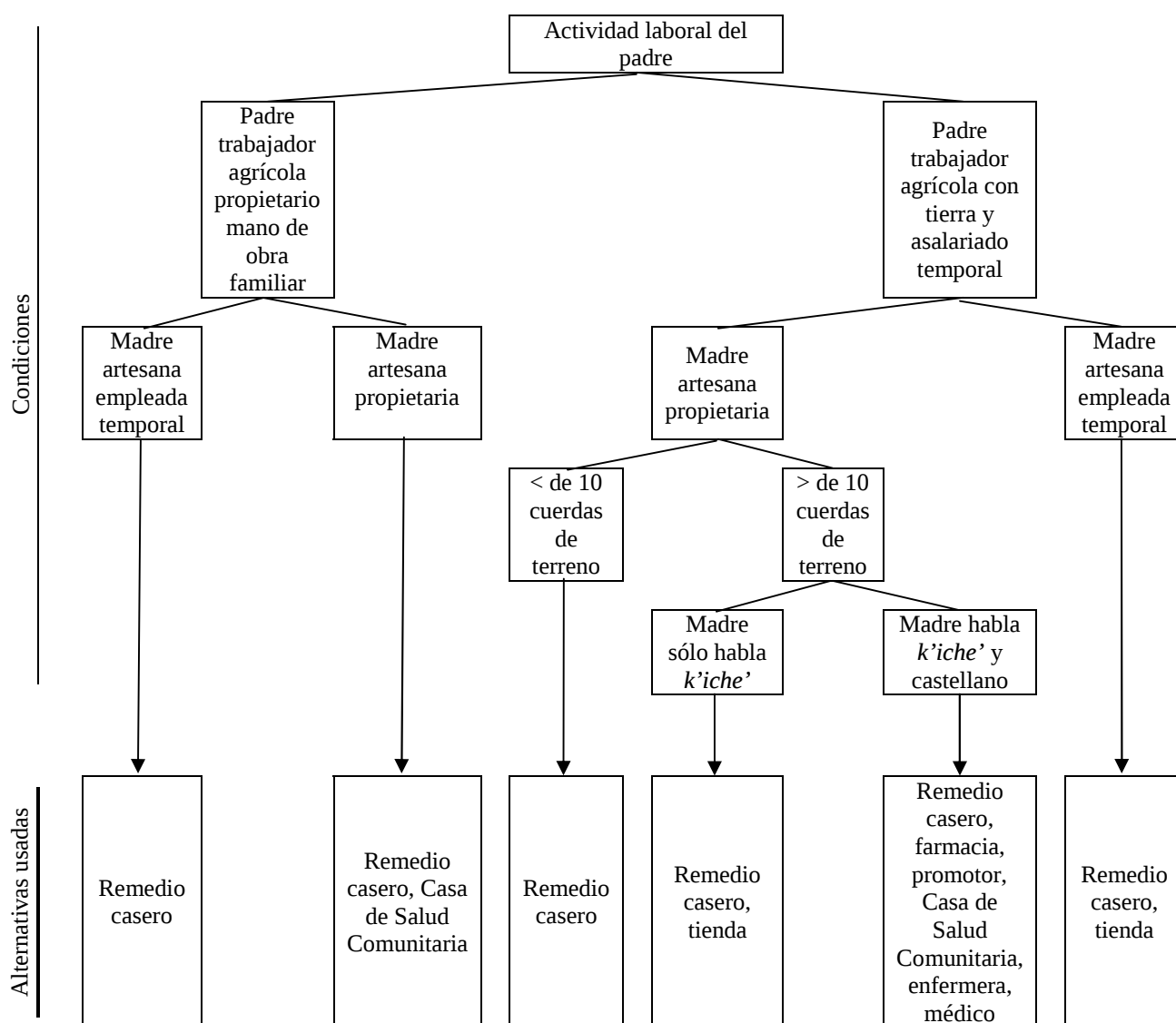
Cuadro VI.35. Asociaciones bivariadas para los patrones de tratamiento más frecuentes usando los procesos de producción, consumo y sociocultural y las características de la enfermedad y de la persona que brindó cuidados (N=84)

Características con significancia	Patrón de tratamiento	OR [I.C. 95%] (valor p)
Esperar como preferencia de tratamiento ante <i>aji't</i>	Sólo profesional de la biomedicina	11.25 [1.98-64.04] (0.006)
El cuidador es terapeuta	Sólo profesional de la biomedicina	5.51 [1.11-27.29] (0.037)
El padre participa en organización comunitaria	Sólo profesional de la biomedicina	3.00 [1.03-8.74] (0.044)
Madre propietaria de fuente de trabajo	Sólo remedios caseros	0.18 [0.05-0.63] (0.007)
Familia con jefe de familia agricultor no propietario, con menos de 10 cuerdas de terreno, sin negocio propio, que no contrata mozos	Sólo remedios caseros	8.12 [1.86-35.47] (0.005)
Número de enfermedades consideradas graves por el cuidador	Sólo remedios caseros	0.59 [0.39-0.90] (0.014)
Enfermedad considerada grave por el cuidador	Sólo remedios caseros	0.18 [0.05-0.59] (0.005)
<i>Aji't</i> como enfermedad	Sólo remedios caseros	17.00 [1.63-177.35] (0.018)
<i>Q'aq'</i> como enfermedad	Sólo remedios caseros	0.08 [0.01-0.66] (0.019)
Desequilibrio frío-caliente como causa de la enfermedad	Sólo esperar	0.06 [0.01-0.39] (0.003)
Debilidad como causa de la enfermedad	Sólo esperar	4.65 [1.08-20.08] (0.039)
El cuidador no sabe la causa de la enfermedad	Sólo esperar	10.43 [1.27-85.83] (0.029)
Número de enfermedades que el cuidador dice saber curar	Sólo esperar	0.65 [0.43-0.99] (0.044)
Cocinan con fuego en el suelo	Sólo esperar	7.77 [1.32-32.0] (0.021)
Porcentaje de personas dentro de su red de apoyo social que viven fuera del Caserío	Remedio casero seguido de profesional de biomedicina	1.06 [1.01-1.12] (0.031)
Número de veces que cuidador mencionó remedios caseros entre sus primeras tres opciones de tratamiento	Remedio casero seguido de profesional de biomedicina	1.38 [1.06-1.80] (0.018)
Madre artesana tejedora	Remedio casero seguido de compra de medicina	0.08 [0.01-0.93] (0.044)
Madre con trabajo no agrícola	Remedio casero seguido de compra de medicina	0.03 [0.00-0.67] (0.027)
Unidad familiar con miembro catequista o pastor	Sólo terapeuta tradicional	26.33 [1.31-529.97] (0.033)
Número de tipos de causa de la enfermedad	Sólo terapeuta tradicional	0.05 [0.03-0.92] (0.044)

Fuente: con datos consolidados de los instrumentos anexos 1, 2, 4.

En los cuadros anteriores se presentan únicamente las asociaciones bivariadas identificadas en este estudio. Esta información, aunque es de gran utilidad para responder a la pregunta que orienta esta investigación, no permite conocer de qué manera las diferentes características de los procesos de la reproducción social interactúan para influir en los patrones de autoatención de las personas. Para hacer una aproximación a estas interacciones se hizo un análisis cualitativo basado en la técnica de construcción de modelos etnográficos de decisión.

Figura VI.4-a.
Diagrama de cómo algunas características de la reproducción social interactúan para influir en las decisiones terapéuticas – Actividad laboral del padre (a)



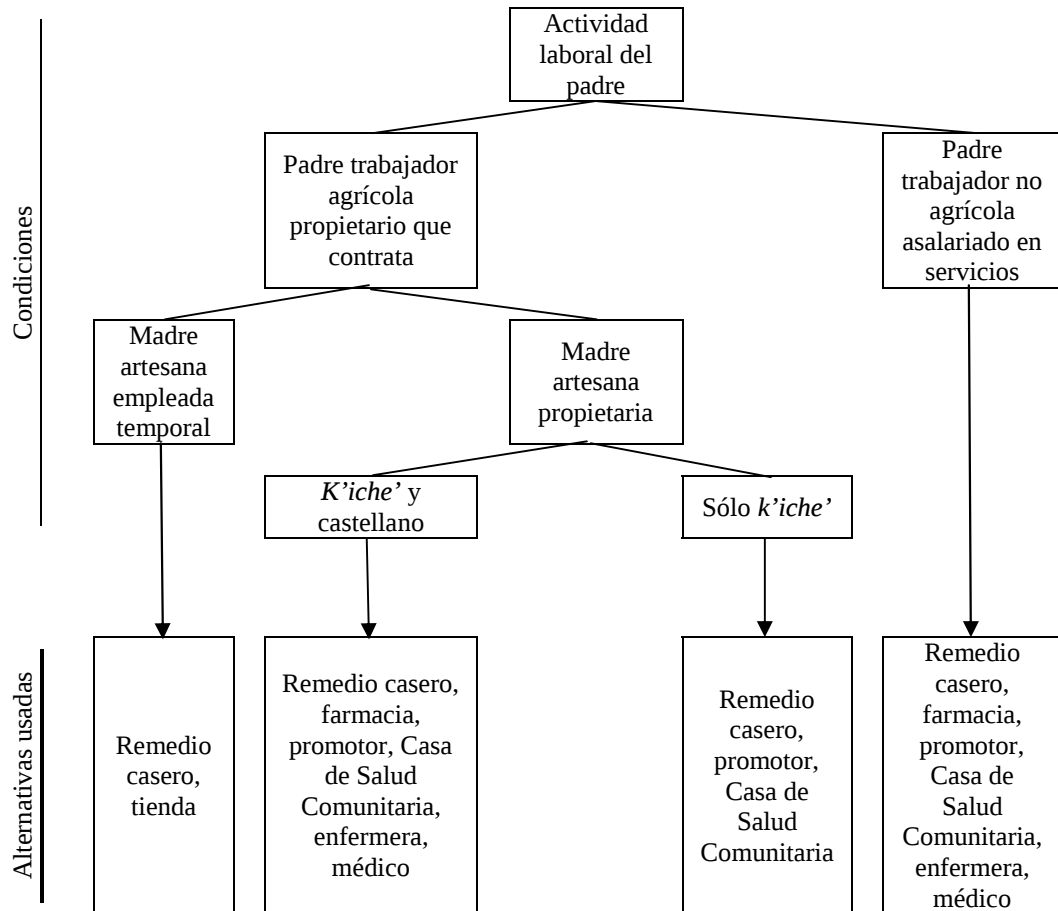
Fuente: con datos provenientes de los instrumentos anexos 1, 2, 4.

Las figuras VI.4-a y VI.4-b muestran cómo la actividad laboral principal del padre interactúa con otras características de la reproducción social para influir en las decisiones que las personas toman cuando se enferman. En la figura VI.4-a se muestran los dos tipos de actividad laboral paterna bajos más comunes en la diferenciación social del Caserío. Se muestra cómo ambas actividades laborales paternas interactúan con la actividad laboral principal de la madre de manera que las alternativas terapéuticas utilizadas por las personas son diferentes. Cuando la actividad laboral de la madre es también de las más bajas en la diferenciación social del caserío (madre artesana empleada temporal) la cantidad de alternativas terapéuticas usadas es muy restringida: sólo remedios caseros o productos comprados en la tienda. Este patrón se observa sin importar otras características de los procesos de producción, consumo y sociocultural.

Cuando la actividad laboral principal de la madre ocupa una de las posiciones altas en la diferenciación social del Caserío (madre artesana propietaria) puede verse que en general la cantidad de alternativas usadas se incrementa, pero de diferentes maneras según otras características de la reproducción social. Cuando se combina con un padre que es agricultor propietario con mano de obra familiar, las personas además van a la Casa de Salud Comunitaria, sin importar otras características de la reproducción social. Sin embargo cuando se combina con un padre que es agricultor propietario de tierra que además trabaja como agricultor asalariado temporal, las interacciones son más complejas. Si es una familia propietaria de menos de 10 cuerdas de terreno las alternativas de tratamiento que usaron se restringen a los remedios caseros. Si es una familia propietaria de más de 10 cuerdas de terreno las alternativas se diversifican sólo si la madre es bilingüe.

En la figura VI.4-b se muestran las interacciones con las dos actividades laborales principales paternas más altas en la diferenciación social del Caserío. Cuando el padre es un trabajador no agrícola asalariado en servicios las alternativas terapéuticas usadas son prácticamente todas, sin importar otras características de la reproducción social. Sin embargo cuando el padre es un agricultor propietario que contrata personal, las interacciones con la actividad laboral de la madre y los idiomas que habla son similares a las comentadas para la figura VI.4-a.

Figura VI.4-b.
Diagrama de cómo algunas características de la reproducción social
interactúan para influir en las decisiones terapéuticas –
Actividad laboral del padre (b)

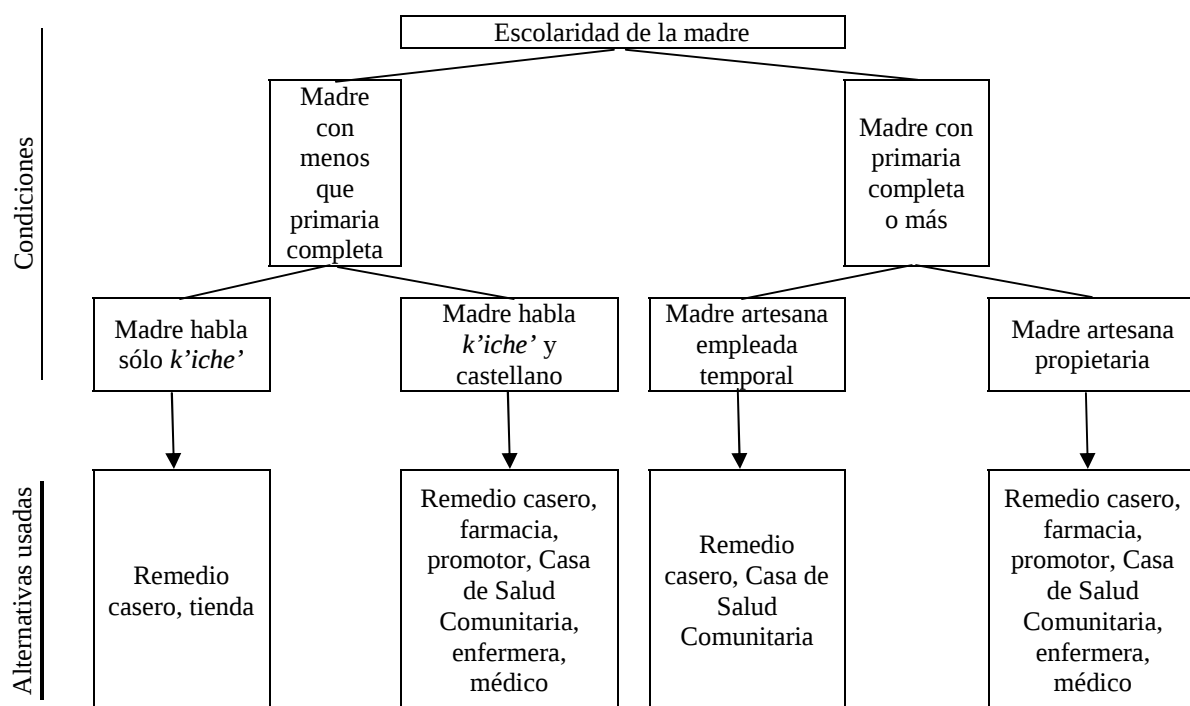


Fuente: con datos provenientes de los instrumentos anexos 1, 2 y 4

La figura VI.5 muestra las interacciones de la escolaridad de la madre con otras características de la reproducción social. Esta figura es interesante porque subraya la importancia de la madre en los patrones de autoatención ya que su nivel de escolaridad, los idiomas que habla y su actividad laboral principal interactúan para influir en las alternativas terapéuticas que usó la familia. Esta influencia ocurrió sin importar si la madre fue o no la persona que brindó cuidados al enfermo. En general la figura muestra que madres con mayor nivel de escolaridad y una inserción laboral más alta (artesana propietaria) usaron muchas más alternativas terapéuticas. Por su parte, en las madres con menos nivel de

escolaridad lo que influyó en la diversidad de alternativas terapéuticas que usaron fue si eran bilingües o no. Estos patrones se observaron sin importar las diferencias en otras características de la reproducción social.

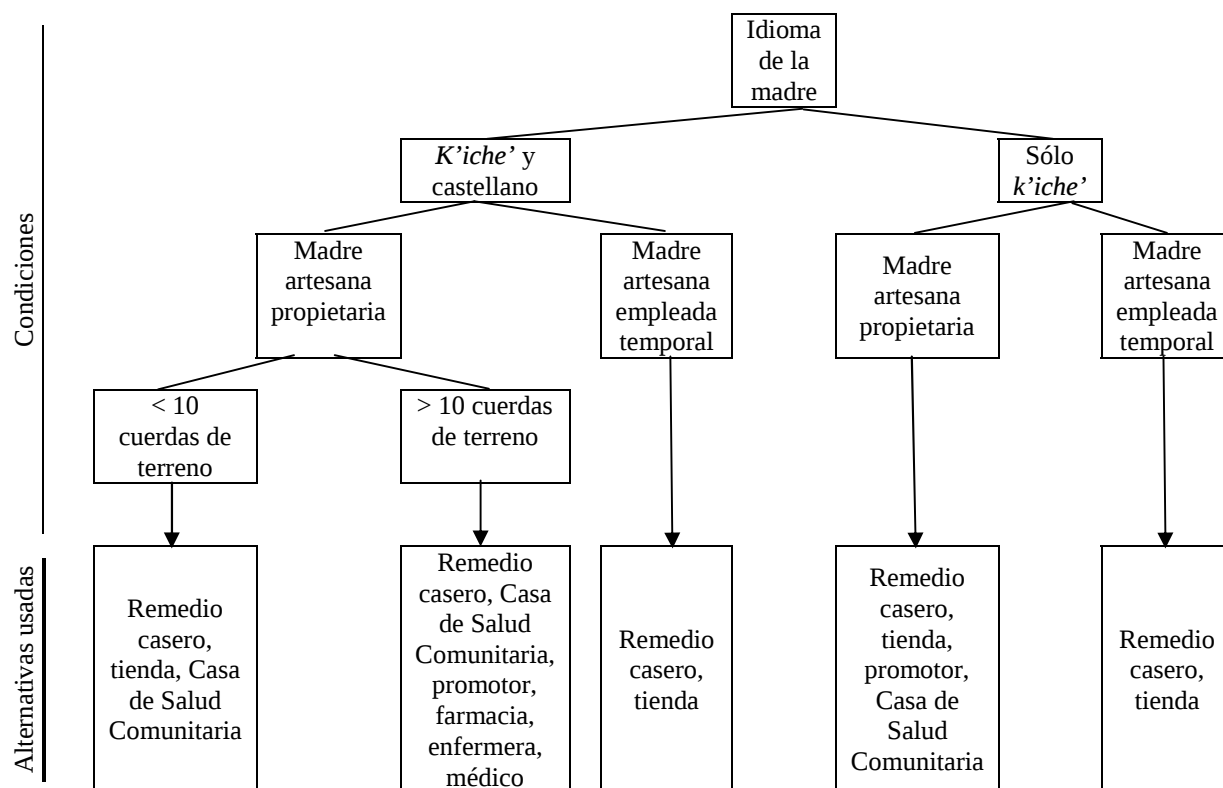
Figura VI.5.
Diagrama de cómo algunas características de la reproducción social interactúan para influir en las decisiones terapéuticas –
Escolaridad de la madre



Fuente: con datos provenientes de los instrumentos anexos 1, 2 y 4

En la figura VI.6 se presentan las interacciones del idioma de la madre con otras características de la reproducción social. Se tomó en cuenta tanto casos en que la madre fue la persona que brindó cuidados como casos en los que no lo fue. Se observa que cuando la madre es monolingüe las alternativas terapéuticas usadas son más restringidas, en especial cuando la inserción laboral de la madre es baja (artesana empleada temporal). Cuando la madre es bilingüe también se nota la influencia de su inserción laboral, la cual además se ve modificada por la extensión de la propiedad familiar.

Figura VI.6.
Diagrama de cómo algunas características de la reproducción social interactúan para
influir en las decisiones terapéuticas –
Idioma de la madre



Fuente: con datos provenientes de los instrumentos anexos 1, 2 y 4

Además de los patrones comentados arriba, el análisis cualitativo permitió identificar algunos otros. El uso de terapeutas tradicionales se encontró en familias con inserción laboral alta (padres agrícolas propietarios, madres artesanas propietarias) con negocio propio, sin importar las otras características de la reproducción social. En todos los casos en que se usó terapeutas tradicionales las causas a que se atribuyó la enfermedad fueron determinantes. Por ejemplo, en un caso de enfermedad *qulaj* (tos, dolor de garganta, molestia de garganta) se recurrió a los servicios de un terapeuta tradicional porque la causa atribuida por la persona que brindó cuidados fue “mollera caída”, por lo que el paciente necesitaba que le subieran la mollera, para lo cual las expertas son las curanderas.

De la misma manera, el uso de profesionales de la sanación divina se relacionó con familias con poder adquisitivo alto (reflejado por tener negocio propio y por dar préstamos

a otras personas de la comunidad), que no asisten con regularidad a la iglesia, sin importar las otras características de la reproducción social. También en estos casos es determinante la atribución de causalidad de la enfermedad ya que se dio en casos en que ésta se atribuyó a problemas familiares (especialmente discusiones y conflictos conyugales) y a sentimientos de culpa por no haberse comportado bien con la familia, con la comunidad o con las obligaciones religiosas.

Capítulo VII. Discusión

Se observó mucha diversidad en la distribución de las características de los procesos de la reproducción social en la población estudiada, sin embargo fue posible caracterizar cuatro grandes conjuntos socioculturales al observar los patrones generales en que se combinan los procesos de producción, consumo y sociocultural.

Se identificó que no existe un patrón general de autoatención para describir los caminos del enfermo en la población estudiada, pero sí se observó algunas tendencias generales que permiten caracterizar los patrones que la población estudiada sigue en sus prácticas de autoatención.

Diferentes características de los procesos de producción, consumo y sociocultural de las familias se relacionan con sus caminos del enfermo, lo que permitió describir los patrones generales de autoatención para los cuatro grandes conjuntos socioculturales identificados.

Caracterización de la diferenciación social

Se presentan inicialmente las características aisladas de cada uno de los procesos de la reproducción social y al final se discuten los cuatro grandes conjuntos socioculturales identificados.

Proceso de producción

Existe diversidad en las ocupaciones principales de los padres. Cerca del 65% de los padres se dedican a labores agrícolas, mientras el resto se dedica a labores en comercio y servicios. Poco más de la mitad de los padres son propietarios de sus medios de producción. De los que son propietarios, un tercio contrata personas, otro tercio vende sus servicios a otras personas y el tercio restante trabaja sólo con su familia. Cerca del 33% de los padres dependen principalmente de su salario. El 11% es asalariado permanente y el 22% son empleados temporales.

El 20% de los padres trabaja fuera de la comunidad, el 5% en el extranjero y el 15% en otras regiones del país. El 4% envía remesas.

En la actividad laboral principal de las madres hay menos diversidad, pero de ninguna manera podría decirse que ésta es homogénea. La mayoría de madres son artesanas tejedoras, sin embargo una proporción importante se dedica al comercio y servicios (35%) o al trabajo agrícola (5%). Casi todas trabajan en el Caserío y no hay ninguna en el extranjero.

Al explorar otras facetas del proceso productivo también se identifican elementos diferenciadores. El 25% de las familias tiene 10 ó menos cuerdas de terreno. El 80% contratan a otras personas para sus tareas productivas. Cerca del 10% de familias dan préstamos de dinero en efectivo.

Al analizar los patrones en que se combinan las características del proceso productivo, para hacer una aproximación a los conjuntos socioculturales, se combinó la actividad laboral del jefe (a) de familia, la extensión de la propiedad, si cuentan con negocio propio y si contratan a otras personas. En la realidad sólo se obtuvo 55% de las combinaciones posibles. Las combinaciones que se presentaron muestran que hay influencia entre unas y otras características, es decir que la realidad socioeconómica del Caserío hace que algunas de las combinaciones se den con mayor frecuencia y otras no se den.

Derivado de esto hay algunos hechos que puede ser interesante señalar. El 63% de las familias corresponden a familias con más de 10 cuerdas de terreno, que no cuentan con negocio propio y que sí contratan personas. En ese porcentaje dos quintas partes son trabajadores agrícolas no propietarios, otras dos quintas partes se reparten equitativamente entre trabajadores agrícolas propietarios y trabajadores no agrícolas no propietarios y la quinta parte restante corresponde a trabajadores no agrícolas propietarios. Según el análisis que se quiera hacer aquí podría hablarse de un gran conjunto sociocultural, o de cuatro conjuntos socioculturales. El resto de patrones son más disímiles y cada uno da cuenta de 2% ó menos de las unidades familiares.

Otros puntos a resaltar. Todas las familias que tienen negocio propio contratan mozos. Las familias con menos terreno, además no tienen negocio propio ni contratan mozos. Este punto es interesante, pues según señala de-Teresa ⁽¹⁰⁸⁾, algunos autores

sugieren que en los procesos de diferenciación social y de diversificación de la inserción laboral que se dan en comunidades rurales latinoamericanas, puede darse una tendencia a que algunas familias sean las que posean las tierras, mientras otras poseen los comercios y otras se dedican a los servicios, manteniendo una especie de equilibrio entre las posesiones e inserciones laborales de la población, lo cual resulta funcional para la comunidad en su conjunto. En el caso de esta investigación pareciera que esto no se da del todo ya que claramente hay familias que no poseen ni la tierra ni el comercio ni los empleos en servicios.

Puede afirmarse que la comunidad se encuentra en una etapa de “desterritorialización” incipiente de la actividad laboral, especialmente de los hombres. Esto significa que contrario a lo que sucedía antes en muchas comunidades rurales (en las que la actividad laboral estaba casi completamente absorbida por las tareas agrícolas en la comunidad), la actividad laboral dependiente de la tierra va decreciendo en proporción, mientras aumentan actividades fuera de la comunidad y no dependientes de la tierra. Esto conlleva una diversificación laboral. Estos eventos pueden estar relacionados con la presión demográfica.

En la sección correspondiente se señaló lo controversial que es la verificación empírica de las clases sociales en América Latina, en especial en las áreas rurales. Aunque no es el propósito de este trabajo hacer tal clasificación, sí puede afirmarse que en el Caserío se presenta más de una clase social. Si atendemos a uno de los estudiosos de las clases sociales en América Latina (Alejandro Portes), se puede afirmar la existencia de proletariado informal, proletariado formal manual y no manual, las cuales corresponden a dos de las clases sociales de su clasificación de seis. No se verificó la relación entre etnia y diferenciación social, por ser una comunidad 100% *k'iche'*. Los diferentes enfoques de la diferenciación social guatemalteca pueden coincidir con los datos de este estudio. Si se sigue a Luján ⁽⁵⁰⁾, pueden identificarse diferentes capas, segmentos y clases sociales en la población estudiada, sin embargo no se identificaron diferencias por castas. Es posible que si se hiciera un estudio diacrónico de la diferenciación social se pueda identificar relación entre lo que se observa en la actualidad y algunas castas más claramente identificadas en el pasado. La mayoría de autores ^(51, 52, 55) analizan estas diferencias a niveles sociológicos más amplios que lo que permite el ámbito de una comunidad como es el caso de este

estudio, sin embargo los hallazgos pueden coincidir con las observaciones que hizo Carmack ⁽⁵⁵⁾ en Momostenango, donde identificó dentro del “estatus étnico indígena” dos clases sociales (burguesía y campesinos) y varios “estratos” (artesanos y agricultores). Habría que agregar un estrato, o quizá un “subestrato”, como los llama Méndez ⁽⁵¹⁾, que corresponda a quienes son trabajadores asalariados en servicios.

Proceso de consumo

También se encontró diversidad en cuanto a las condiciones de vida, posesiones y oportunidades entre las unidades familiares del Caserío. La posesión de chorro propio, letrina, estufa o cocina separada del dormitorio muestra diferencias. Entre 8 y 20% de las unidades familiares no tienen estas posesiones. La mitad de las unidades familiares viven en casa de tablas y hay un 3% que tienen casa con terraza.

El nivel educativo de los padres y las madres también muestra diferencias y pareciera que tiende a la diversificación. El 25% de los padres y el 33% de las madres son analfabetas. La mitad de padres y madres estudiaron algún grado de la primaria. El 33% de los padres y el 16% de las madres estudiaron algún grado más allá de la primaria.

Por su parte cerca del 25% de familias tienen a sus hijos estudiando el nivel diversificado (para ser maestros) y sólo el 5% no los tienen estudiando. Esto podría mostrar que se está valorando no depender sólo de la tierra y el trabajo agrícola y que se le atribuye importancia a las oportunidades sociales y laborales que puede generar el que los hijos estudien.

También se analizaron las combinaciones en que se presentó el tipo de cocina, la escolaridad del jefe de familia, la calidad de la casa y la escolaridad de los hijos, para tratar de identificar combinaciones útiles para la construcción de los conjuntos socioculturales. La diversidad de combinaciones fue mayor que la que se observó en el proceso de producción. Casi todas las combinaciones posibles se dieron, lo que muestra que hay poca correlación o interrelación entre estas cuatro características.

De cualquier manera existen algunos puntos a resaltar de este análisis. El 40% de las unidades familiares no cocinan en el suelo, su jefe de familia estudió la primaria, su casa es de block y los hijos han estudiado sólo el nivel primario. Casi el 20% de las familias corresponden a familias con estufa y casa de terraza. De este 20%, la mitad tienen

jefes que estudiaron el nivel diversificado y sus hijos también están estudiando el nivel diversificado. La otra mitad corresponde a jefes de familia no escolarizados cuyos hijos han estudiado hasta el nivel primario. Esto puede mostrar que sin importar las diferencias en las posesiones, el nivel de escolaridad de los padres se relaciona con el nivel de escolaridad de los hijos.

Las unidades familiares donde cocinan en el suelo, siempre tienen jefes de familia que estudiaron algún grado de primaria, casas de tablas y los hijos no estudian. No estoy seguro cómo interpretar esto, pero sí me parece interesante que jefes de familia no escolarizados no cocinan en el suelo, sino que son los que han tenido un grado mínimo de escolaridad y además estos mismos no han puesto a estudiar a sus hijos. Pareciera mostrar que son familias que tuvieron algunas oportunidades en el pasado pero que se han quedado estancadas o se han empobrecido.

Debido a que los estudios sobre diferenciación social enfocan en características del proceso de producción, no se encontraron estudios empíricos con los cuales comparar estos datos.

Proceso sociocultural

En aspectos socioculturales el caserío también dista mucho de ser homogéneo. Cerca del 65% de los padres y el 33% de las madres son bilingües. Existen diferentes tipos de familia, aunque el 75% son nucleares, también hay familias extensas, familias monoparentales y otras.

La mitad de las familias asisten a la iglesia católica, un tercio a diferentes iglesias evangélicas pentecostales y poco menos de un tercio dijo no asistir a ninguna iglesia. Además hay algunas familias que dijeron practicar la costumbre maya o asistir a iglesias evangélicas históricas.

Cerca del 33% de los padres y del 10% de las madres participan en alguna organización comunitaria.

El 15% de los jefes de familia son mujeres.

En el 9% de las familias vive algún catequista o pastor evangélico y en el 15% de las familias vive alguno de los llamados profetas o profecías (personas con dones espirituales especiales que pueden poner al servicio de otras personas).

Al analizar las combinaciones entre el sexo del jefe de la familia, los idiomas del jefe de familia, el tipo de familia y la iglesia a la que asisten se observó que casi todas las combinaciones posibles se dan en la práctica, lo que indica mucha diversidad y que estas características no se correlacionan.

Sin embargo pueden observarse patrones más frecuentes. Más de la mitad de las familias corresponden a jefes de familia masculinos, que son bilingües, cuya familia es nuclear. De éstos, 60% son católicos y el resto se distribuye equitativamente entre evangélicos pentecostales y personas que dijeron no asistir a ninguna iglesia.

Otro 10% corresponde a familias con jefatura masculina, monolingüe, del tipo nuclear, con religión católica o evangélica.

Casi todas las jefas de familia mujeres son monolingües.

No se identificaron estudios empíricos con los cuales contrastar esta información.

Reproducción social

Al intentar hacer combinaciones de características de los tres procesos (producción, consumo y sociocultural) se observó mucha diversidad, sin embargo el análisis cualitativo permitió identificar cuatro grandes conjuntos socioculturales. Aunque en el análisis se buscó características de los procesos de producción, consumo y sociocultural para usarlos como “etiquetas” de los conjuntos socioculturales, las características que se mostraron como etiquetas más consistentes fueron las relacionadas con la actividad laboral principal del padre, por lo que los conjuntos socioculturales identificados en el Caserío son el de trabajadores no agrícolas asalariados en servicios (12% de las familias del Caserío), el de trabajadores agrícolas propietarios que contratan personal (17% de las familias), el de trabajadores agrícolas propietarios que trabajan con mano de obra familiar (32% de las familias) y el de trabajadores agrícolas que poseen tierra pero que principalmente son empleados agrícolas temporales (20% de las familias). El 19% de las familias pertenecen a otros grupos en los que no fue posible identificar patrones comunes de interrelación entre las diferentes características de la reproducción social.

La actividad laboral principal de los padres se usó como etiqueta para nombrar los conjuntos socioculturales, pero las demás características del proceso de producción y las del proceso de consumo están interrelacionadas, tal como afirman Blanco – al hablar de las

distintas “situaciones de clase” ⁽⁴²⁾ y Breilh al hablar de los distintos “perfiles reproductivos de las clases sociales” ⁽⁴⁶⁾. Aún más, se confirma lo propuesto por Verdugo ⁽⁴⁷⁾ en el sentido de que también hay características culturales que corresponden mayoritariamente a ciertas inserciones en la producción y a ciertas participaciones en el consumo.

Existen algunas características del proceso sociocultural cuya distribución obedece principalmente a logros sociales o comunitarios, lo que hace que su distribución se diluya en los diferentes conjuntos socioculturales. Tal es el caso de bienes y servicios obtenidos a través de proyectos comunitarios, como muchas de las viviendas de block, el agua entubada, la energía eléctrica, las letrinas y las estufas. Esto concuerda con Verdugo ⁽⁴⁷⁾. Me parece que en el caso del Caserío la pertenencia a una u otra religión tiene una distribución similar, pero que quizá se observarían diferencias acordes a los procesos de producción y consumo si se analizan las iglesias específicas a las que asisten, o si se presta atención a algún tipo de jerarquías al interior de las iglesias.

Caracterización de los patrones de autoatención

Una proporción alta de episodios de enfermedad se resolvieron sin acudir a profesionales. El 42% de los casos se resolvieron sin salir de casa, es decir, sólo con remedios caseros o esperando (esto corresponde al 54% del total de tratamientos). El 60% de los que hicieron algún tratamiento (no sólo esperar) lo hicieron sin acudir a profesionales, es decir, solamente con remedios caseros o comprando productos medicinales sin prescripción. La espera es un recurso muy utilizado, pues fue el único que se usó en más de la mitad (54%) de los casos. Sin embargo, es recurrido casi sólo al inicio del episodio. Hubo sólo 3 casos en los que repitió en la posición 3 del camino del enfermo. Estos hallazgos son compatibles con lo reportado por Haro ⁽¹⁹⁾, Freyermuth ⁽²¹⁾, Parker ⁽²⁵⁾, Ryan ⁽³⁴⁾, Weller ⁽⁷⁵⁾, Goldman ⁽⁸⁴⁾ y Kroeger ⁽⁸⁵⁾.

De cualquier manera, en la mitad de los casos se acudió con algún profesional, la mayoría de las veces un profesional de la biomedicina. Los profesionales de la sanación divina y los terapeutas tradicionales fueron reportados en pocos casos. Esto amerita ser explicado. En primer lugar debe recordarse que los profesionales de la biomedicina incluyen a promotores de salud, de los cuales hay varios activos que viven en el Caserío.

Además, hay un centro de salud y una casa de salud comunitaria a aproximadamente 15 minutos del Caserío.

Por otro lado la baja cantidad reportada de atención por terapeutas tradicionales y profesionales de la sanación divina, aunque es consistente con los datos de Ryan⁽³⁴⁾ debe ser tomada con reservas por las siguientes razones: no hay una definición precisa de lo que son estos profesionales, por lo cual es muy probable que ellos mismos no se identifiquen como tales y la gente no los reconozca como tales. En una investigación operativa que está en proceso acerca de los terapeutas tradicionales que hay en varias comunidades de la bocacosta de Sololá[‡] se ha identificado un número elevado de los mismos y la información que ellos dan acerca de la cantidad de pacientes que atienden en un mes es contradictoria con la información del presente estudio. Está claro que los objetivos de esa investigación son distintos, así como los sujetos de estudio, lo cual puede explicar algunas diferencias.

Otra posible explicación que es compatible con hallazgos de otros estudios⁽³⁴⁾, es que las personas acuden más con este tipo de profesionales cuando se enfrentan a enfermedades de más larga duración. Además hay una línea tenue entre el vecino que sabe curar o que tiene el don de la oración y la persona que hace esto con reconocimiento de la comunidad. También hay personas que hacen más de una de estas actividades terapéuticas, lo que puede dificultar su clasificación. No estoy seguro si tener definiciones más precisas sea una necesidad, en todo caso puede ser una posibilidad a valorar por los profesionales de estas prácticas médicas o por los estudiosos de la antropología médica.

Hubo una tendencia a que los caminos del enfermo fueran cortos. El promedio de tratamientos por episodio fue de 2.1. El 70% de los episodios fue tratado con 2 tratamientos o menos y sólo el 5% recibió más de 4 tratamientos. Por otro lado una buena proporción de los casos fueron resueltos por un único recurso terapéutico. El 10% sólo esperó. El 20% sólo usó remedios caseros o comprados en la tienda. Cerca del 10% sólo fue con algún profesional. Esto concuerda con los hallazgos de Ryan^(34, 35)

Los tratamientos que se eligen al inicio influyen en los tratamientos que se elegirán posteriormente. Esto coincide con los hallazgos de Ryan^(34, 35). En cerca del 25% de episodios se usó el mismo tratamiento más de una vez. Esto sucedió con todos los

[‡] Comunicación personal con Anabella Pérez, quien está conduciendo la investigación para el Proyecto Implementación.

tratamientos, menos con esperar (que sólo repitió en 7% de los casos) y con terapeutas tradicionales, que no repitió en ningún caso. El que se den o no repeticiones de un mismo tratamiento está en función del tamaño del camino del enfermo ya que en los que fueron mayores de 4 tratamientos se repitió tratamientos en el 90% de los casos, mientras que en los que fueron de 4 ó menos tratamientos sólo hubo repeticiones en el 14% de los casos.

Las categorías de tratamiento parecen tener diferente importancia en las diferentes posiciones del camino del enfermo. Al inicio de los caminos del enfermo hubo de todos los tratamientos, menos terapeuta tradicional. Sin embargo, los más frecuentes fueron la espera y el remedio casero.

Los remedios caseros permanecieron más o menos constantes en todo el camino del enfermo.

Comprar productos medicinales o acudir a un profesional de la biomedicina fueron los tratamientos más usados en las segunda y tercera posiciones del camino del enfermo. Luego la compra de productos permanece presente y la consulta a profesionales de la biomedicina desaparece.

Acudir con terapeutas tradicionales mantiene un aumento sostenido como proporción de los tratamientos, hasta el cuarto tratamiento, luego desaparece.

El acudir a profesionales de la sanación divina va aumentando su importancia conforme aumentan los tratamientos y en los más largos caminos del enfermo ocupa la mayor proporción en los últimos tratamientos.

Estos hallazgos no permiten concordar con Ryan ⁽³⁵⁾ cuando afirma que hay una tendencia a que los episodios se tratan primero en casa y luego puedan seguir o bien un camino hacia fuera de la casa o bien continuarse tratando en casa. Más parece que los datos de este estudio indican que hay condiciones que hacen que las personas decidan acudir o no a recursos terapéuticos que están fuera de casa y en qué momento del camino del enfermo lo hacen.

Los caminos del enfermo no ocurren de manera aleatoria, sino que la gente va escogiendo o decidiendo de acuerdo a criterios que obedecen a cierta lógica. Esto lo demuestra la baja proporción de las combinaciones teóricas de tratamientos que se dieron en la realidad.

La gente que acudió a terapeutas tradicionales lo hizo siempre después de esperar sin tratamiento, sin importar si esto sucedió al inicio o en medio de la secuencia. Después de acudir con terapeutas tradicionales la gente se curó o acudió a la sanación divina, nunca a otro tratamiento.

Se confirma la observación de Ryan⁽³⁴⁾ relacionada con que parece ser que las decisiones precedentes influyen en las subsecuentes y que las personas escogen ciertas transiciones y evitan otras. Por ejemplo, a pesar de la baja frecuencia con que se presentó la consulta a profesionales de la sanación divina, la gente escogió ésta después de haber usado cualquiera de los otros tratamientos.

Los remedios caseros y con profesionales de la biomedicina ocuparon posiciones centrales en la red de transiciones de tratamientos.

No puede afirmarse que hay un patrón general de atención como los sugeridos en numerosos estudios. Aunque Igun⁽²⁸⁾, Chrisman⁽³²⁾, Stormont⁽⁶⁵⁾, Castillo y Mendoza⁽⁶⁶⁾, Acevedo⁽⁷⁴⁾ y el estudio de Asociación Toto Integrado⁽⁷⁴⁾ identificaron un patrón general de atención, en este estudio más bien parecen haber diferentes tendencias que se entrelazan, pero que no forman un patrón general y que están influidas por diferentes condicionantes. Por ejemplo no se confirma que las personas tiendan a acudir inicialmente a terapeutas tradicionales y posteriormente a profesionales de la biomedicina. Es posible que esta diferencia con otras investigaciones está marcada por las diferencias metodológicas, pero principalmente por el fácil acceso a diferentes recursos terapéuticos que hay en el Caserío estudiado.

Relación entre diferenciación social y autoatención

El principal hallazgo coincide con lo descrito por Ryan⁽³⁴⁾, en que “muchos factores influyen en las prácticas de autoatención, pero ninguna variable o clase de determinantes juega un papel dominante en la explicación de todos los patrones de autoatención”. A continuación se examinarán estas relaciones.

En términos generales, cuando la accesibilidad geográfica y cultural no es una variable que influye, la población estudiada tendió a usar recursos terapéuticos de las diferentes categorías estudiadas, es decir, de diferentes modelos médicos. Sin embargo, cuando se analiza dentro de un mismo modelo médico (por ejemplo, el modelo médico

hegemónico, los profesionales de la biomedicina), sí se ven diferencias entre las familias ubicadas más alto en la diferenciación social y las que se ubican más abajo ya que mientras las primeras tienden a acudir tanto a profesionales locales como de los pueblos vecinos y tanto a servicios públicos como privados, las últimas tienden a acudir sólo con profesionales locales y a servicios públicos.

Relación de la autoatención con el proceso de producción de la reproducción social

La actividad laboral principal del padre se relaciona con haber consultado o no con un profesional de la biomedicina. Entre los que se dedican al trabajo agrícola, los que son propietarios tendieron a consultar a estos profesionales, mientras que los que no son propietarios tendieron a no consultar a los mismos. Entre los padres que se dedican al trabajo no agrícola, los que no son propietarios tendieron a consultar a los profesionales de la biomedicina.

La actividad laboral principal de la madre se relaciona con no haber recurrido a los remedios caseros. Hubo tendencia a no usar remedios caseros en las familias en que la madre es propietaria de la fuente de trabajo. Esta tendencia también se observó en las familias que contratan personas para diferentes trabajos.

Por el contrario, hubo tendencia a recurrir únicamente a remedios caseros en las familias en que el jefe (a) de familia es agricultor no propietario, que poseen menos de 10 cuerdas de terreno, que no tienen negocio propio y que no contratan mozos, vale decir las familias más abajo en la escala de diferenciación social.

Mientras tanto, hubo tendencia a consultar a profesionales de la biomedicina en las familias cuyo jefe es agricultor no propietario, con más de 10 cuerdas de terreno, sin negocio propio, que sí contratan personas. Este conjunto sociocultural es el más numeroso y corresponde a la cuarta parte de las unidades familiares del Caserío.

El poder adquisitivo de las unidades familiares se relacionó con la consulta con profesionales. En las familias que tienen negocio propio y las que dan préstamos de dinero a otras hubo tendencia a consultar a profesionales de la sanación divina. Las familias que tienen negocio propio también tendieron a consultar con terapeutas tradicionales. Las familias que dan préstamos también tendieron a comprar productos medicinales. Esto coincide con los hallazgos de Young⁽²⁹⁾, Ryan⁽³⁴⁾, Acevedo⁽⁷⁴⁾ y Weller⁽⁷⁵⁾.

La mayoría de características del proceso de producción no tuvieron asociaciones significativas con los patrones de autoatención. Las asociaciones que se presentaron lo hicieron principalmente con el hecho de haber consultado o no a algún profesional.

Relación de la autoatención con el proceso de consumo de la reproducción social

Al igual que en el proceso de producción, la mayoría de características del proceso de consumo no tuvieron asociaciones significativas con los patrones de autoatención. Sin embargo hubo algunas características que sí las presentaron.

Las unidades familiares con menores posesiones y menores oportunidades educativas tendieron a esperar. Las familias que viven en casas de tablas mostraron tendencia a esperar. Mientras que en las familias que cocinan en el suelo y en las familias cuyos hijos en edad escolar no estudian, hubo tendencia a sólo esperar sin recurrir a otro tratamiento. Esto es compatible con lo reportado por Ryan⁽³⁴⁾.

Las familias que tienen la cocina separada del dormitorio tuvieron una tendencia a usar remedios caseros, mientras que las que cocinan en el suelo tendieron a no usar remedios caseros. Este hallazgo resulta un poco confuso, pero es posible que haya alguna relación entre los conocimientos de las personas con relación a remedios caseros y los conocimientos de que tener la cocina separada de los dormitorios puede ser más sano. Esta es sólo una especulación de que puede haber relación entre lo que Haro⁽¹⁹⁾ llama autocuidados (acciones más de índole preventivo) y la autoatención.

Las familias con nivel socioeconómico bajo según la clasificación subjetiva, tendieron a no consultar con profesionales de la biomedicina. Es difícil interpretar este hallazgo ya que en un radio de quince minutos a la redonda hay disponibilidad de recursos de la biomedicina en los que no hay pago de bolsillo para recibir atención. Puede ser el costo en tiempo influya en que no se utilicen estos servicios. Además hay promotores de salud y un botiquín comunitario gestionado por la propia comunidad desde hace varios años que está destinado a ayudar a la gente de escasos recursos, pero por alguna razón se dio esta tendencia.

La mayoría de las asociaciones que se presentaron con el proceso de consumo lo hicieron con tratamientos que son dentro de la unidad familiar (esperar y remedios caseros).

Relación de la autoatención con el proceso sociocultural de la reproducción social

Las asociaciones que se mostraron significativas se relacionan con haber consultado o no con profesionales y con haber esperado.

Las familias extensas y nucleares tuvieron tendencia a esperar.

Las familias con jefe de familia masculino tendieron a no consultar con terapeutas tradicionales, mientras que las familias que tienen miembros que son catequistas o pastores evangélicos tendieron a acudir a terapeutas tradicionales.

Las familias en que la madre habla sólo *k'iche'* tienden a no acudir con profesionales de la biomedicina. Este dato es interesante si se toma en cuenta que la mayoría de estos profesionales son promotores de salud originarios y residentes del Caserío, cuyo idioma materno es también el *k'iche'*.

Las familias que dijeron que no acuden a ninguna iglesia tienen tendencia a consultar con profesionales de la sanación divina. Este dato que en principio pareciera contradictorio, se explica porque el no asistir a ninguna iglesia no significa no tener una religión. Casi toda la población del caserío profesa alguna fe religiosa (cristiana en la mayoría de los casos) y es posible que entre quienes no asisten regularmente a una iglesia se presente la atribución de culpa – por no estar bien con dios - como causa de la enfermedad, por lo que necesitan recurrir a este tipo de profesionales.

En las familias numerosas hubo tendencia a no asistir a profesionales de la sanación divina.

Relación de la autoatención con las dimensiones que pueden modificarla

Las **características de la persona que brindó cuidados** tienen relación con los patrones de autoatención seguidos. Las cuidadoras que hablan sólo idioma *k'iche'* tienden a no acudir a profesionales de la biomedicina y las cuidadoras que son hijas del paciente tendieron a no usar remedios caseros. Las cuidadoras que asisten a iglesias evangélicas históricas tendieron a consultar con terapeutas tradicionales o profesionales de la sanación divina. Las cuidadoras que son terapeutas tendieron a consultar con profesionales de la biomedicina.

El tamaño de la red de apoyo social de la persona que brindó cuidados se asoció con mayor tendencia a comprar productos medicinales.

Sin embargo, la mayoría de las características que mostraron asociaciones significativas estuvieron relacionadas con los conocimientos y preferencias terapéuticas expresadas por las personas que brindaron cuidados. Estos hallazgos coinciden con los descritos por varios autores^(34, 84).

Así, las cuidadoras que mostraron preferencia por los terapeutas tradicionales acudieron menos con los profesionales de la biomedicina. Las que dijeron no saber qué hacer ante episodios de enfermedad ficticios tendieron a no usar remedios caseros. Cuidadoras que dijeron preferir consultar a profesionales de la biomedicina lo hicieron en la práctica. Las que dijeron preferir remedios caseros también los usaron en los episodios de enfermedad. Las preferencias de tratamiento ante enfermedades específicas mostró asociaciones con las conductas terapéuticas tomadas.

Las cuidadoras que clasificaron pocas enfermedades como graves tendieron a usar remedios caseros. Las cuidadoras que afirmaron que saben curar más enfermedades tendieron a no esperar ante los episodios de enfermedad.

Las asociaciones de las características de la persona que brindó cuidados se dieron con todas las opciones terapéuticas. En los datos de Ryan⁽³⁴⁾ esta asociación se dio principalmente con tratamientos fuera del hogar.

Ninguna de las **características del paciente** mostró asociación con los patrones de autoatención. Esto coincide con los hallazgos de Ryan⁽³⁴⁾, aunque es posible que si se incluyeran algunas de las características de la unidad familiar, como la iglesia a la que asiste el paciente, o la inserción laboral del paciente, podrían haber asociaciones significativas.

Las **características del episodio de enfermedad** sí mostraron asociación con los patrones de autoatención. Estas asociaciones se dieron con todas las opciones terapéuticas. Por el contrario, Ryan⁽³⁴⁾ encontró mayor asociación de estas características con opciones terapéuticas que se dan dentro del hogar.

Los episodios que duraron más días se asociaron con haber esperado. Lo más razonable es pensar que en este caso la dirección de la asociación sea la contraria a la que se está investigando, es decir que por haber esperado los episodios hayan durado más días.

Las enfermedades reportadas como graves por el cuidador mostraron tendencia a no recurrir únicamente a remedios caseros, sino valerse de otros tratamientos. Como señala

Ryan⁽³⁴⁾, en este caso tampoco es posible saber si la percepción de gravedad fue antes de tomar las decisiones terapéuticas o por el contrario, luego de haber tenido que recurrir a diferentes tratamientos a las personas les quedó la percepción de que la enfermedad fue grave.

El número de signos y síntomas que presentó un episodio de enfermedad se relacionó con los tratamientos recibidos. En los episodios que presentaron más signos y síntomas hubo tendencia a no esperar, a no recurrir sólo a remedios caseros, a no recurrir sólo a comprar medicinas y a sí acudir a profesionales de la sanación divina. El número de signos y síntomas es interpretado por varios autores como un indicador de la gravedad de la enfermedad. Esto coincide con los hallazgos de Ryan⁽³⁴⁾, Goldman⁽⁸⁴⁾ y Kroeger⁽⁸⁵⁾.

El nombre que se le dio a la enfermedad no se asoció con los tratamientos utilizados, pero algunos de los síntomas que estuvieron presentes sí se asociaron, lo que coincide plenamente con lo reportado por Ryan⁽³⁴⁾. Presentar el síntoma q'aq' (calentura, fiebre) se asoció con comprar medicinas y con acudir a profesionales de la biomedicina. También se asoció con no tratarse únicamente con remedios caseros ni únicamente con productos comprados, sino recurrir también a otros tratamientos. Los episodios que presentaron el síntoma k'ulum (mareo, desvanecimiento, "oscurecimiento de la visión") tendieron a no esperar. Los episodios que presentaron aji't (lombrices, embotamiento del estómago, empacho) y los que presentaron k'aqat (picazón, comezón) tendieron a ser tratados únicamente con remedios caseros.

La mayoría de las asociaciones estuvieron relacionadas con las causas de la enfermedad reportadas por la persona que brindó cuidados, esto coincide con lo descrito por Ryan⁽³⁴⁾. Por ejemplo, el número de causas que se reportó estuvo asociado con usar remedios caseros y con comprar medicinas.

El desequilibrio frío-caliente fue la causa más frecuentemente reportada. Esta estuvo asociada con una tendencia a no esperar y a consultar con profesionales de la biomedicina.

En los casos en que la causa tuvo que ver con debilidad o falta de alimento hubo tendencia a esperar. Por el contrario cuando no se conocía la causa hubo tendencia a no esperar.

Los casos con causas relacionadas con contagio e infección tendieron a recurrir a la compra de medicinas o a los terapeutas tradicionales. Cuando las causas fueron clasificadas como populares-tradicionales naturales o biomédicas no infecciosas tendieron a acudir con terapeutas tradicionales.

Por el contrario, cuando las causas fueron populares tradicionales sobrenaturales hubo una fuerte tendencia a acudir con profesionales de la sanación divina.

Relación de la autoatención con la reproducción social

Se identificaron cuatro conjuntos socioculturales y cada uno de ellos mostró patrones particulares de autoatención. El conjunto de las unidades familiares con padres que son trabajadores no agrícolas asalariados en servicios fue la que mostró un patrón más claro. En estas familias, sin importar las otras características de la reproducción social tendieron a usar remedios caseros y a consultar con profesionales. Los profesionales con los que consultaron pudieron ser de instituciones públicas o privadas, locales o ubicados en poblados y ciudades cercanas. La mayoría de caminos del enfermo usaron sólo uno o dos tratamientos, en los cuales el orden pudo variar. Este conjunto sociocultural no usó el esperar como opción terapéutica.

Por su parte en el conjunto sociocultural de las unidades familiares con padres que son trabajadores agrícolas propietarios y que contratan personal, tendieron a acudir menos a profesionales ubicados fuera de los alrededores del Caserío. En los casos en que la madre es artesana empleada temporal sólo se recurrió a remedios caseros y a comprar medicinas en la tienda (es decir, sin salir del Caserío ni recurrir a profesionales como curanderas o promotores de salud). En los casos en que la madre es artesana propietaria se acudió además a servicios públicos cercanos al Caserío (centro de salud o Casa de Salud Comunitaria), pero si además la madre era bilingüe se acudió a farmacias y profesionales en pueblos cercanos. Al igual que en el caso anterior la mayoría de caminos del enfermo usaron uno o dos tratamientos, sin importar el orden, pero una diferencia es que en este grupo sí se recurrió a esperar como opción terapéutica.

En el conjunto sociocultural constituido por las familias con padres que son trabajadores agrícolas propietarios que usan sólo mano de obra familiar tienden a no acudir a profesionales ubicados lejos del Caserío. Cuando la madre es artesana empleada temporal

sólo recurrieron a remedios caseros y cuando la madre es artesana propietaria acudieron a la Casa de Salud cercana.

Finalmente, en el conjunto sociocultural de las unidades familiares en que el padre es trabajador agrícola dueño de su tierra pero que se emplea como trabajador agrícola temporal la tendencia también fue a resolver el episodio de enfermedad en el ámbito del Caserío y sus alrededores. Cuando la madre es artesana empleada temporal se limitaron a esperar, usar remedios caseros o ir a la tienda. El patrón fue el mismo cuando la madre es artesana propietaria y la familia tiene pocas propiedades. Sin embargo, cuando la madre es artesana propietaria, es bilingüe y la familia tiene propiedades más extensas la familia acudió además con profesionales locales (promotores, curanderos, Casa de Salud Comunitaria, Centro de Salud) o de poblados cercanos (enfermera o médico en Santo Tomás La Unión).

Debido a que hubo pocos casos en que se reportó haber acudido con terapeutas tradicionales o con profesionales de la sanación divina, se hizo un análisis cualitativo particular para estas dos categorías de tratamiento. En ambos casos los que acuden a ellos son familias en que las características del proceso de producción las ubican en lo alto de la escala de la diferenciación social del Caserío. No se identifican características particulares de los procesos de consumo y sociocultural, salvo que los que asistieron con profesionales de la sanación divina fueron de los que dijeron que no asisten a ninguna iglesia. Un elemento que parece clave para consultar con estas dos categorías de profesionales es la percepción sobre la causa de la enfermedad. En casos en que las causas son populares tradicionales de origen natural (empacho, alboroto de lombrices, caída de mollera, caída de matriz) las personas acudieron con terapeutas tradicionales. En casos en que las causas son populares-tradicionales con componentes sobrenaturales (castigo por problemas con la familia, con otros vecinos o por no cumplir con las obligaciones con dios) las personas acudieron con profesionales de la sanación divina.

Conclusiones

A.1. Existe diferenciación social en el Caserío estudiado, la cual se encuentra en los tres procesos de la reproducción social (producción, consumo y sociocultural).

A.2. Los patrones en que se combinan las características de los tres procesos de la reproducción social permitieron identificar cuatro conjuntos socioculturales, los cuales abarcan combinados al 81% de las unidades domésticas del Caserío.

B.1. No existe un patrón general de autoatención, sin embargo existen ciertas tendencias en la manera como las personas van construyendo sus caminos del enfermo. Los hallazgos de este estudio corresponden sólo a episodios de enfermedad menores de 15 días.

B.2. Estas tendencias se sintetizan en que las personas tienden a utilizar la menor cantidad de tratamientos y buscan minimizar los costos que les representan (costos económicos, temporales o simbólicos). Sin embargo, en la medida que van escogiendo nuevos tratamientos tienden a buscar variedad en los tratamientos que usan.

B.3. La mayoría de episodios de enfermedad se resuelven sin la intervención de profesionales (tradicionales, de la biomedicina o de la sanación divina). Aunque la mayoría de caminos del enfermo inician con tratamientos en casa (esperar o remedios caseros), una proporción importante inicia directamente consultando a profesionales.

C.1. Existe relación entre la diferenciación social y los patrones de autoatención, pero esta relación se da de una manera compleja.

C.2. Cuando se analizan por separado, existe relación entre muchas de las características de la diferenciación social investigadas y los patrones de autoatención.

C.2.1. Las características del proceso de producción se relacionaron principalmente con el hecho de que las personas consultaran o no a algún tipo de profesional (tradicional, de la biomedicina o de la sanación divina). En general las familias más arriba en la escala de diferenciación social tendieron a consultar con algún profesional, mientras que las familias más abajo en la escala tendieron a esperar como recurso terapéutico.

C.2.2. Las características del proceso de consumo se relacionaron principalmente con los tratamientos que se hacen en el hogar (esperar o remedios caseros). En general las familias con mejores condiciones de vida

tendieron a usar remedios caseros y las que tienen peores condiciones de vida tendieron a esperar y a no consultar con profesionales de la biomedicina.

C.2.3. Las características del proceso sociocultural se relacionaron con haber consultado con algún profesional (tradicional, de la biomedicina o de la sanación divina) o con haber esperado. El tipo de familia, su tamaño y el sexo del jefe de hogar influyen en las decisiones sobre los terapeutas consultados. Las familias con madres monolingües tienden a no acudir con profesionales de la biomedicina. Las familias que no asisten a la iglesia tienden a buscar ayuda con profesionales de la sanación divina.

C.3. Los conjuntos socioculturales identificados en el caserío siguen diferentes patrones de autoatención. En general, cuanto más alto es el nivel de inserción en la producción, mayor escolaridad tienen los padres y mayor diversidad lingüística tiene la madre, se tiende a acudir a profesionales, aunque esto implique costos en tiempo, movilización o pago por servicios. En cuanto más bajo es el nivel de inserción en la producción, menor escolaridad tienen los padres y la madre es monolingüe, se tiende a resolver los episodios de enfermedad en las cercanías de la comunidad, o en el ámbito del grupo doméstico, es decir, evitando los costos de tiempo, movilización y pago por servicios. No debe asumirse que alguno de estos dos patrones es mejor que el otro.

C.4. Cuando la accesibilidad (geográfica, funcional, económica, cultural) es similar para servicios de diferentes modelos médicos (modelo médico hegemónico o modelos alternativos subordinados), la gente los usa. Sin embargo la gente con inserción más baja en el proceso productivo y bajos niveles de escolaridad y monolingüe tiende a no acudir con ningún tipo de profesional. Los que tienen inserción más alta, niveles de escolaridad más altos y bilingües buscan además alternativas en que los costos son mayores (económicos, tiempo, cultura y funcional)

C.5. Se determinó que la diferenciación social analizada a nivel de la unidad doméstica puede afectar importantemente en los patrones de autoatención, modulando lo que la gente haría si se guiara únicamente por las características de la enfermedad y por las características de la persona que brindó cuidados.

Recomendaciones

En el ámbito de la prestación de servicios de salud pública en el Caserío y poblados vecinos:

- Diseñar acciones de promoción de la salud y prevención secundaria en enfermedades de alta incidencia, diferenciadas según los conjuntos socioculturales identificados, enfocadas principalmente a las prácticas de autoatención.
- Establecer alianzas con otros actores que dan atención a la población para mejorar el acceso oportuno a atención de calidad y crear mecanismos de referencia y contrarreferencia con estos actores.
- Desarrollar investigaciones operativas en las que se indague si hay relación entre los conjuntos socioculturales aquí identificados y la utilización de servicios por parte de la población, así como con la incidencia de complicaciones de enfermedades.

En el ámbito del desarrollo conceptual del objeto de estudio:

- Profundizar en el conocimiento teórico y empírico de la diferenciación social en Guatemala – a diferentes niveles desde lo microsocioal hasta lo global - utilizando herramientas teóricas y metodológicas de la sociología, la economía y la antropología.
- Realizar otros estudios que permitan la caracterización del Sistema de Prácticas Sociales en Salud en Guatemala, así como sus determinantes históricos, económicos, políticos, sociales, culturales y simbólicos, tanto a nivel micro como macro.
- Profundizar en los aspectos epistemológicos del objeto de estudio “enfermedad”.
- Diseñar estudios etnográficos para mejorar la comprensión que se tiene de los terapeutas y profesionales de la salud.
- Diseñar investigaciones que ayuden a comprender los significados que tanto los proveedores como la población le dan a las prácticas de autoatención.

VIII. Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. **“La crisis de la salud publica”**. Washington: OPS publicación científica No. 540, 1992. p. 271.
2. Organización Panamericana de la Salud. **“Perspectivas y orientaciones - Discusión”**. En: El desafío de la epidemiología. Washington: OPS publicación científica No. 505, 1988. pp. 1055-1073.
3. Organización Panamericana de la Salud. **“Servicios de salud y política de salud - Discusión”**. En: El desafío de la epidemiología. Washington: OPS publicación científica No. 505, 1988. pp. 881-199.
4. Organización Panamericana de la Salud. **“Pautas para la incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos”**. (Grupo de trabajo sobre recursos humanos e interculturalidad. Managua, 1998.). Segundo borrador, 1999. s/e. pp. 5-8
5. Bloom, Samuel y Robert Wilson. **“Relaciones entre paciente y medico”**. En: Freeman, M. Manual de sociología medica. México D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1998. pp. 370-395.
6. Breilh, Jaime. **“Perspectivas políticas, sociales y éticas de la investigación en una era de barbarie”**. Presentado en el “II Encuentro internacional de investigación e enfermería”, Universidad de Sao Paulo, 2002. pp. 5-12
7. Hahn, Robert y Arthur Kleinman. **“Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions”**. *Ann Rev Anthropol*, 1983. 12: 305-333.
8. Garrocho, Carlos. **“Análisis socioespacial de los servicios de salud: accesibilidad, utilización y calidad”**. México D.F.: Colegio Mexiquense y DIF, 1995. pp 68-71 y 113-189.
9. Frenk, Julio. **“El concepto y la medición de accesibilidad”**. *Salud Pública de México*, 1985. 27(5): 438-453.
10. Young, Allan. **“The anthropologies of illness and sickness”**. *Ann Rev Anthropol*, 1982. 11:257-285.
11. Menéndez, Eduardo Luis. **“Modelo medico hegemónico, modelo alternativo subordinado y modelo de autoatención. Caracteres estructurales”**. En: Menéndez, Eduardo Luis. Hacia una practica medica alternativa. México D.F.: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Cuadernos de la Casa Chata No. 86, 1984. pp. 1-24
12. Menéndez, Eduardo Luis. **“Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones practicas”**. Barcelona: Inédito, 2003. pp. 1-13
13. Instancia Nacional de Salud. **Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente – bases y lineamientos**. Guatemala: Magna Terra, 2002. 198 p.
14. Eder, Karin y María García. **Modelo de la medicina indígena Maya en Guatemala**. Guatemala: Asociación de Servicios Comunitarios de Salud, 2002. 120 p.
15. Eder, Karin y Glendy Car. **Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala: expresiones del modelo en el grupo étnico Q’eqchi’**. Guatemala: Asociación de Servicios Comunitarios de Salud, 2004. 90 p.
16. Car, Glendy; Eder, Karin y Manuela García Pú. **La herencia de las abuelas y los abuelos en la medicina indígena maya**. ASECSA, 2005. 194 p.

17. Cabrera, Luisa. **“Otra historia por contar: promotores de salud en Guatemala”**. Guatemala: Asociación de Servicios Comunitarios de Salud, 1995. pp. 116-136.
18. Menéndez, Eduardo Luis. **“Autoatención y automedicación: un sistema de transacciones sociales permanentes”**. En: Menéndez, Eduardo Luis. **“Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones”**. México D.F.: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Cuadernos de la Casa Chata No. 179, 1990. pp. 165-199.
19. Haro, Jesús. **“Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud”**. En: Perdiguero, Enrique y Josep Comelles. **“Medicina y Cultura: estudios entre la antropología y la medicina”**. Barcelona: Bellaterra, 2000. pp. 101-161.
20. Levin, Lowell. **“La autoasistencia de salud: posibilidades y escollos que presenta”**. *Foro Mundial de la Salud*, 1981. 2 (2): 220-235.
21. Freyermuth, Graciela. **“Médicos tradicionales y médicos alópatas: un encuentro difícil en los Altos de Chiapas”**. Chiapas: Talleres gráficos del Estado, 1993. pp. 100-113.
22. Harrison, S. y Judy Saul. **“Cuesta arriba, o la autoasistencia en Bangladesh”**. *Foro Mundial de la Salud*, 1981. 2 (3): 407-415.
23. Nash, Durrenda. **“Qué piensan los médicos de los curanderos tradicionales y viceversa”**. *Foro Mundial de la Salud*, 1981. 2 (3): 473-477.
24. Clavijo, Carmen. **“Medicina tradicional y medicina occidental: encuentros y desencuentros”**. Trabajo inédito realizado en comunidades del Guainía, Colombia.
25. Parker, Robert, et al. **“Self-care in rural areas of India and Nepal”** *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1979. 3: 3-28.
26. Dean, Kathryn (ed.). **“Conceptual, theoretical and methodological issues in self-care research”**. *Soc Sci Med*, 1989. 29 (2): 117-123.
27. Osterweis, Marian, Patricia Bush y Alan Zuckerman. **“Family context as a predictor of individual medicine use”**. *Soc Sci Med*, 1979. 13A (3): 287-291.
28. Igun, U.A. **“Stages in health-seeking: a description model”**. *Soc Sci Med*, 1979. 13A (4): 445-456.
29. Young, James. **“Non-use of physicians: methodological approaches, policy implications and the utility of decision models”**. *Soc Sci Med*, 1981. 15B (4): 499-507.
30. Young, James y Linda Young Garro. **“Variation in the choice of treatment in two mexican communities”**. *Soc Sci Med*, 1982. 16 (16): 1453-1465.
31. Young Garro, Linda. **“The ethnography of health care decisions”**. *Soc Sci Med*, 1982. 16 (16): 1438-1440.
32. Chrisman, Noel. **“The health seeking process: an aproach to the natural history of illness”**. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1977. 1 (4): 351-377.
33. Fadiman, Anne. **“The spirit catches you and you fall down: a Hmong child, her American doctors, and the collision of two cultures”**. Nueva York: Farrar, Straus and Giroux, 1997. pp. 341-342.
34. Ryan, Gery. **Medical decision making among the Kom of Cameroon: modeling how characteristics of illnesses, patients, caretakers, and compounds affect treatment choice in a rural community** 1995. Dissertation presented to the Graduate School of the University of Florida in Partial Fulfillment of the requirements for the Degree of Doctor of Philosophy. Obtenido de

- <http://www.missouri.edu/~anthgr/papers/paperson.htm>, accesado el 10 de abril de 2006. Citado con autorización del autor vía correo electrónico.
35. Ryan, Gery. **“What do sequential behavioral patterns suggest about the medical decision-making process?: modeling home case management of acute illnesses in a rural Cameroonian village”**. *Soc Sci Med*. 1998. Vol. 46, No. 2. pp 209-225.
 36. Ryan, Gery. **“Modeling home case management of acute illnesses in a rural Cameroonian village”**. *Soc Sci Med*, 1998. 46(2):209-225. Citado en: Ryan, Gery. **“Week 8-Ethnographic decision models & sequence analysis”**. Presentación para el curso de “Qualitative research” en el RAND Graduate School, 2004. Accesado a través del sitio web <http://www.rand.org> (visitado el 20 de enero de 2006).
 37. Giddens, Anthony. **“Estratificación y estructura de clase”**. En: Giddens, Anthony. Sociología. Madrid: Alianza Editorial, 2001. pp. 315-367
 38. The New York Times. Investigación especial sobre clases sociales en Estados Unidos. Disponible en URL: www.nytimes.com/national/class (visitado el 17 de agosto de 2005)
 39. Barfield, Thomas. **“The dictionary of anthropology”**. Oxford: Blackwell, 1997. pp. 62-64 y 450-451
 40. Camposeco, Aroldo. **“Diferenciación étnica y estratificación social en la comunidad Popti”**. Guatemala: Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos de Guatemala. pp. 67-87, 91-134
 41. Martínez, José. **“Las clases sociales y el capital en Pierre Bourdieu. Un intento de aclaración”**. Universidad de Salamanca, Departamento de Sociología. *Materiales de Análisis – Serie Análisis*. Documento P/10 98PB94/1382
 42. Blanco, José y Orlando Sáenz. **“Espacio urbano y salud”**. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 1994. pp. 16-23, 31-41, 45-53, 56-61. 87-89.
 43. Breilh, Jaime. **“Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad”**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003. pp. 31-41.
 44. Laurell, Cristina. **“Salud y trabajo: los enfoques teóricos”**. En: Duarte, Everardo (editor). *“Ciencias sociales y salud en la América Latina: tendencias y perspectivas”*. Montevideo: OPS-CIESU, 1986. pp. 265-283.
 45. Granda, Edmundo. **“Avances conceptuales y metodológicos sobre condiciones de vida y salud”**. En: *“Memorias del II Taller Latinoamericano de Medicina Social”* Caracas: Ediciones del Rectorado, 1991. pp. 41-55.
 46. Breilh, Jaime. **“Epidemiología: economía, medicina y política”**. México: Fontamara, 1986. (3ª ed.). pp. 185-221.
 47. Verdugo, Juan Carlos. **“Informe de avances de investigación de la tesis de doctorado en Ciencias Biológicas. Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco”**. México: inédito, s/f. pp. 12-16.
 48. Instancia Nacional de Salud. **“Determinantes-condicionantes del proceso salud-enfermedad”**. En: Instancia Nacional de Salud. *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente – bases y lineamientos*. Guatemala: Magna Terra, 2002. pp. 23-57.
 49. Instancia Nacional de Salud. **“Una concepción incluyente del proceso salud-enfermedad”**. En: Instancia Nacional de Salud. *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente – bases y lineamientos*. Guatemala: Magna Terra, 2002. p.p. 18-22.

50. Luján, Jorge. **“Estratificación social”**. En: Asociación de amigos del país. *Historia general de Guatemala*. Guatemala: Fundación para la cultura y el desarrollo, 1997. vol. III (siglo XVIII hasta la independencia), pp. 235-245.
51. Méndez, Alfredo. **“Las clases sociales”**. En: Asociación de amigos del país. *Historia general de Guatemala*. Guatemala: Fundación para la cultura y el desarrollo, 1997. vol. V (época contemporánea 1898-1944) pp. 165-171.
52. Méndez, Alfredo. **“Clases sociales”**. En: Asociación de amigos del país. *Historia general de Guatemala*. Guatemala: Fundación para la cultura y el desarrollo, 1997. vol. VI (época contemporánea de 1944 a la actualidad) pp. 223-233.
53. Martínez, Severo. **“La patria del criollo”**. México: En Marcha, 1994. 778 p.
54. Solares, Jorge. **“Corrientes antropológicas sobre etnicidad y clase social en Mesoamérica”**. Guatemala: FLACSO, 1989. pp. 11-34
55. Carmack, Robert. **“Estratificación y cambio social en el altiplano occidental guatemalteco: el caso de Momostenango”**. En su: *Kik’aslemaal le K’iche’aab’*. *Historia social de los K’iche’s*. Guatemala: Cholsamaj, 2001. pp. 330-377 (reimpresión de un original publicado en la década de los 1980s)
56. Adams, Richard y Santiago Bastos. **Las relaciones étnicas en Guatemala 1944-2000**. Guatemala: CIRMA, 2003. 566 p.
57. AVANCSO. **Se cambió el tiempo. Conflicto y poder en territorio K’iche’. 1880-1996**. Guatemala: AVANCSO, 2002. Serie cuadernos de investigación #17. 500 p.
58. Secretariado Episcopal de América Central. **“El paso de algunos católicos a las sectas fundamentalistas en Centroamérica”**. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, 1995. pp. 44-67
59. Fernández, José. **“Pentecostales en Centroamérica”**. Cobán: Ak’ Kutan, 2000. pp. 13-16 y 53-66.
60. Cantón, Manuela. **“Bautizados en fuego”**. Guatemala: CIRMA, 1998. pp. 10-30
61. Albizu, José Luis. Comunicación personal y extractos de textos relacionados con la variable religiosa. Guatemala, 2004.
62. Zea, Carlos. **“Conceptos básicos de salud-enfermedad y su relación con la vida sexual, el embarazo y el parto en las comunidades indígenas de Guatemala”**. Guatemala: Apuntes de Cultura, 1993. pp. 65-89
63. Solares, Jorge. **“Antropología y salud”** Resumen de la conferencia presentada en el I Seminario de Medicina Tradicional en Guatemala. En: Centro de Estudios Folclóricos de la Universidad de San Carlos de Guatemala. *Tradiciones de Guatemala #25*. Guatemala: Serviprensa, 1986. pp. 94-96.
64. Centro de Estudios Folclóricos. **“Informe final: I Seminario de medicina tradicional en Guatemala”**. En: Centro de Estudios Folclóricos de la Universidad de San Carlos de Guatemala. *Tradiciones de Guatemala No. 25*. Guatemala: Serviprensa, 1986. pp. 89-127.
65. Stormont, Julia. **“Estudio preliminar acerca de recursos terapéuticos utilizados en una área marginal de la ciudad de Guatemala”** Resumen de la conferencia presentada en el I Seminario de Medicina Tradicional en Guatemala. En: Centro de Estudios Folclóricos de la Universidad de San Carlos de Guatemala. *Tradiciones de Guatemala #25*. Guatemala: Serviprensa, 1986. pp. 122-123.
66. Castillo, Silma y Blanca Mendoza. **“Investigaciones operativas sobre medicina tradicional realizadas en los servicios de salud de Guatemala”** Resumen de la conferencia presentada en el I Seminario de Medicina Tradicional en Guatemala. En:

- Centro de Estudios Folclóricos de la Universidad de San Carlos de Guatemala. *Tradiciones de Guatemala #25*. Guatemala: Serviprensa, 1986. pp. 123-124.
67. Hurtado, Elena y Araceli Esquivel. **“La medicina tradicional en el tratamiento de enfermedades en una comunidad indígena de Guatemala”** Resumen de la conferencia presentada en el I Seminario de Medicina Tradicional en Guatemala. En: Centro de Estudios Folclóricos de la Universidad de San Carlos de Guatemala. *Tradiciones de Guatemala #25*. Guatemala: Serviprensa, 1986. pp. 101-102.
 68. Valladares, León. **“Cultura y salud”**. Guatemala: Oscar de León Palacios, 1992. pp. 130-156.
 69. García Noval, José. **“En busca de Cisticercosis: aproximación a la prevalencia de síndrome convulsivo en 2 comunidades de Guatemala”**. *Revista del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud, Universidad de San Carlos de Guatemala*, 1990. 1(1): 23-27.
 70. Hurtado, Elena. **“Desde la comunidad... percepción de las complicaciones maternas y perinatales y búsqueda de atención”**. Guatemala: Mother Care, 1995. pp. 64-73
 71. Gallegos, Rafael y Carlos Morán. **“El rol de la comadrona en su contexto sociocultural”**. Quetzaltenango: Asociación PIES de Occidente, 2000. p. 47.
 72. Sáenz, Eugenia y Edna Calderón. **“Conductas de atención en salud infantil entre mujeres mayas en Guatemala”**. Guatemala: BASICS, 1997. pp. 27-29 y 39-40.
 73. Cooperazione Internazionale, Gruppo per le relazioni transculturali, Asociación Toto Integrado. **“Entre dos mundos: la Medicina Maya K’iche’: actitudes y prácticas médicas en el departamento de Totonicapán”**. Quetzaltenango: mimeografiado. Pp. 25-27 y 31-33.
 74. Acevedo, Joaquín. **“Una aproximación a la antropología médica en Todos Santos Cuchumatán, Huehuetenango”**. Tesis de Médico y Cirujano. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, 1986. pp. 68-99.
 75. Weller, Susan; Ruebush II, Trenton y Robert Klein. **“Predicting treatment-seeking behavior in Guatemala: a comparison of the health services research and decision-theoretic approaches”**. *Medical Anthropology Quarterly*, 1997, 11 (2): 224-245.
 76. Gonzalo Hernández y Miguel González. **“Sololá”**. Guatemala: Prensa Libre, 2004. disponible en www.prensalibre.com.
 77. Albizu, José Luis. **Borrador del Estudio Base para determinar la Factibilidad de Implementación de un Primer Nivel de Atención en Salud**. Guatemala: Instancia Nacional de Salud, 2001 (inédito).
 78. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Distrito de Salud de Xejuyup, Sololá. **Documentos varios inéditos, proporcionados por el Director del Distrito, Dr. Juan Carlos González Flores**. Guatemala.
 79. Clínica Maxeña. **Memoria de labores de Clínica Maxeña - 2003**. Guatemala: inédito, 2004
 80. Cooperativa Nahualá. **Borrador con información para el diagnóstico de la cooperativa**. (proporcionado por el señor Miguel Guarchaj). Guatemala, 2001.
 81. Yoc, Aura Marina y Fulgencio Castañeda. **Transcripción de documentos para la caracterización de género de las comunidades de la Bocacosta de Sololá**. Guatemala: Instancia Nacional de Salud, inédito.

82. Instancia Nacional de Salud-Clinica Maxeña. **Informe de censo y línea basal de La Propuesta “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente” – Pasac, Bocacosta de Sololá.** Guatemala: Nawal Wuj, 2004. 24 p.
83. Ryan, Gery. **Factors affecting home case management in a rural Cameroon village: building a generalized determinant model.** Borrador: 17 abril 1999. Inédito. Obtenido de <http://www.missouri.edu/~anthgr/papers/paperson.htm>, accesado el 10 de abril de 2006. Citado con autorización del autor vía correo electrónico.
84. Goldman, Noreen; Pebley, Anne y Michele Gragnolati. **Choices about treatment for ARI and diarrhea in rural Guatemala** California Center for Population Research – University of California, Los Angeles. On-Line working Paper Series. 2000. CCPR-006-00. 51 p.
85. Kroeger, Axel. **“Errores de respuesta y otros problemas de las encuestas de salud mediante entrevista en los países en desarrollo”.** *Bol Of Sanit Panam*, 1986, 100(3): 253-280.
86. Scrimshaw, Susan y Elena Hurtado. **“Field guide for the study of health-seeking behaviour at the household level”.** *Food and Nutrition Bulletin*, 1984, 6 (2): 27-45. Publicación del INCAP C-138.
87. Ross, David y Patrick Vaughan. **“Health interview surveys in developing countries: a methodological review”.** *Studies in Family Planning*, 1986, 17 (2): 78-94.
88. Barrera Jr., Manuel. **“A method for the assessment of social support networks in community survey research”.** *Connections*, 1980, 3 (3): 8-13.
89. Ryan, Gery. **Week 8-Ethnographic decision models & sequence analysis.** RAND Graduate School, 2004. Obtenido de <http://www.rand.org>. Accesado el 15 de enero de 2006.
90. Yoc, Aura Marina y Fulgencio Castañeda. **Transcripción de las entrevistas y grupos de enfoque hechos para la Caracterización de Género en Pasac. Proyecto Implementación.** Inédito, junio 2005. Citado con autorización escrita de la investigadora principal.
91. Solomon, Julie. **Presentación de los resultados de las 23 Entrevistas: Modelos de Salud en La Boca Costa de Sololá - ‘la Gente que Cura’** Inédito, 17 julio 2005. Citado con autorización de la autora.
92. Bernard, Russell. **“Structured interviewing”.** En su: Research methods in Anthropology – Qualitative and quantitative approaches. California: Altamira Press, 1995. 2a ed. pp 237-255.
93. Pérez, Anabella. **Análisis preliminar de las enfermedades socioculturales identificadas en la base de datos del Proyecto Implementación en la Bocacosta de Sololá.** Proyecto Implementación. Inédito, 2005. Citado con autorización de la autora.
94. Fort, Meredith. **Listado de enfermedades socioculturales seleccionadas para ser codificadas en el registro diario de consulta.** Proyecto Implementación. Comunicación personal el 28 de abril de 2006. Citado con autorización de la autora.
95. Jenicek, Milos. **“Epidemiología”.** Barcelona: Masson, 1996. pp 24-27.
96. Werner, David. **“Donde no hay doctor”.** California: Fundación Hesperian, 1995 (ed. aumentada y actualizada de la 1ª edición de 1973). pp 17-19.

97. Pérez, Anabella. **Análisis preliminar de las etiologías socioculturales de las enfermedades identificadas en la base de datos del Proyecto Implementación en la Bocacosta de Sololá.** Inédito, 2006. Citado con autorización de la autora.
98. Ajpacajá, Pedro, et al. **Diccionario K'iche'.** Guatemala: Proyecto Lingüístico Francisco Marroquín / Cholsamaj, 2001 (reimpresión de la primera edición de 1996). 538 p.
99. Tuyuc, Cecilio (coordinador). **K'iche' Choltzij – Vocabulario K'iche'.** Guatemala: Academia de Lenguas Mayas de Guatemala, 2004 (2ª ed). 272 p. Obtenido a través de <http://www.ebiguatemala.org> accesado el 3 de mayo de 2006.
100. Tuyuc, Cecilio (coordinador). **K'ak' tãq tzij re K'iche' tzij – Actualización lexical idioma Maya K'iche'.** Guatemala: Academia de Lenguas Mayas de Guatemala, 2003. 242 p. Obtenido a través de <http://www.ebiguatemala.org> accesado el 3 de mayo de 2006.
101. Fort, Meredith. **Informe técnico de la ejecución del censo y línea basal.** Proyecto Implementación, 2005. Inédito. Citado con autorización de la autora.
102. Albizu, José Luis. **Marco explicativo de las enfermedades. Ejes de causalidad desde la cosmovisión Maya.** Inédito. s/f.
103. Borgatti, S.P., Everett, M.G. and Freeman, L.C. 2002. **Ucinet for Windows: Software for Social Network Analysis.** Harvard, MA: Analytic Technologies. Versión de prueba, no registrada. Adquirida desde el sitio de Internet www.analytictech.com el 2 de junio de 2006. (utilizado por última vez el 30 de junio de 2006).
104. Hardy, Thomas; y José Porras. **Manual introductorio para el uso del programa UCINET.** Obtenido en la página web www.arschile.cl, accesado el 25 de junio de 2006.
105. Hanneman, Robert. **Introducción a los métodos del análisis de redes sociales.** Traducido del original en inglés disponible en <<http://wizard.ucr.edu/~rhannema/networks/text/textindex.html>> por María Ángela Petrizzo y José Luis Molina. Obtenido de la página web <<http://www.redes-sociales.net>>, accesada el 10 de abril de 2006.
106. Velásquez, Alejandro; y Norman Aguilar. **Manual introductorio al análisis de redes sociales.** 2005. obtenido de la página web <<http://www.redes-sociales.net>> accesada el 10 de abril de 2006.
107. Bernard, Russell. **“Analysis of qualitative data”.** En su: Research methods in Anthropology – Qualitative and quantitative approaches. California: Altamira Press, 1995. 2a ed. pp 360-392.
108. De Teresa, Ana. **“Procesos de diferenciación socioeconómica en la comunidad agraria”.** *Alteridades*, 1994. vol 4 (8) pp 77-82

IX. Anexos

- 1. Guía para el análisis secundario de la información del censo sociocultural del Caserío***
- 2. Guía para la entrevista informal con Informantes Clave***
- 3. Entrevista estructurada para la detección de casos***
- 4. Entrevista estructurada con Unidades Domésticas donde se detectó casos***
- 5. Hoja de consentimiento informado***
- 6. Croquis del Caserío***

Anexo 1. Guía para el análisis secundario de la información del censo sociocultural del Caserío

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
FASE IV
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
EJE DE INVESTIGACIÓN

ESTUDIO: Patrones de autoatención en salud y su relación con la diferenciación social en una comunidad k'iche'.

INSTRUMENTO 7.1.

GUÍA PARA EL ANÁLISIS SECUNDARIO DE INFORMACIÓN DEL CENSO SOCIOCULTURAL DEL CASERÍO

Este instrumento es una guía para el análisis secundario que ofrecerá orientación acerca de las características que deben extraerse de la base de datos del censo del Caserío para su posterior análisis. Comprende tres apartados. El primero corresponde a las características que se considerarán para el proceso de producción. El segundo incluye las características del proceso de consumo que serán tomadas en cuenta. El tercero abarca las características del proceso sociocultural que serán utilizadas. Además, la guía incluye para cada una de estas características, las opciones, alternativas o valores que pueden adquirir para las diferentes unidades domésticas.

<u>A. Proceso de producción</u>					
Carácterística	Definición	Indicador			Tipo
Tipo de trabajo de los padres	Inserción laboral de los padres	<u>Agrícola</u>	-	-	Cualitativa
		Asalariado permanente	1	1	Nominal
		En su tierra y asalariado temporal	2	2	
		Propio con mano de obra familiar	3	3	

<i>A. Proceso de producción</i>					
Carácterística	Definición	Indicador			Tipo
		Propio con mano de obra contratada	4	4	
		<u>No agrícola</u>	-	-	
		Por cuenta propia comercio y servicios	5	5	
		Manual asalariado	6	6	
		Asalariado en servicios o producción	7	7	
		Por cuenta propia productivo	8	8	
		Propietario con ayuda familiar	9	9	
		Propietario con contratación de personal	10	10	
		Remesas familiares	11	11	

<i>B. Proceso de Consumo</i>					
Característica	Definición	Indicador			Tipo
Acceso de agua en la vivienda	Posibilidad de la unidad doméstica de obtener agua	Pozo propio	1	pozprop	Cualitativa
		Pozo comunitario	2	pozcomun	Nominal

B. Proceso de Consumo

Característica	Definición	Indicador			Tipo
	dentro de la vivienda	Chorro propio	3	Chorpro	
		Chorro comunitario	4	chorcom	
		Río	5	Rio	
		Otros	6	Otros	
		NS/NA	9	Nsna	
Tipo de drenaje	Destino de las aguas servidas que genera la unidad doméstica	No tiene drenaje	1	nodrena	Cualitativa
					Nominal
		Conectado a algún sistema de drenaje	2	Sistdren	
		NS/NA	9	Nsna	
Tipo de disposición de excretas	Destino habitual de las excretas generadas por la unidad doméstica	No tiene letrina	1	Noletri	Cualitativa
		Letrina pozo	2	Letripoz	Nominal
		Letrina abonera seca	3	Letriabo	
		Letrina lavable	4	Letrilav	
		NS/NA	9	Nsna	
Tipo de cocina	Medio que la unidad doméstica utiliza para la cocción de los alimentos	Estufa de gas	1	Estugas	Cualitativa
		Plancha	2	Estilan	Nominal
		Fuego abierto en alto	3	Fuealto	
		Fuego abierto en el suelo	4	fuesuelo	
		Otros	5	Otros	
		NS/NA	6	Nsna	

B. Proceso de Consumo

Característica	Definición	Indicador			Tipo
Lugar de cocina		Adentro de la casa	1	Estdent	
		Fuera de la casa	2	Estfuer	
		Otros	3	Otros	
		NS/NA	4	Nsna	
Nivel relativo de bienestar	Impresión del nivel de bienestar de la unidad doméstica, con relación al resto de la comunidad	Muy alto	1	muyalto	Cualitativa
		Alto	2	Alto	Ordinal
		Medio	3	Medio	
		Bajo	4	Bajo	
Nivel de escolaridad de los padres	Grado dentro del sistema formal de educación a que llegaron los padres	Ninguno	1	Escolno	Cualitativa

C. Proceso Sociocultural

Carácterística	Definición	Indicador			Tipo
Tipo de unidad doméstica	Conformación de la unidad doméstica, según los miembros que la constituyen.	Nuclear	1	famnucle	Cualitativa
		Extensa	2	famexten	Nominal
		Monoparental	3	fammono	
		Otros	4	Otros	
		NS/NA	9	Nsna	
Tipo de redes de apoyo	Apoyos sociales con que la unidad doméstica cuenta.	Familiares	1	Apofam	Cualitativa
		Vecinos	2	Apovec	Nominal

<u>C. Proceso Sociocultural</u>					
Carácterística	Definición	Indicador			Tipo
		Otros	3	Otros	
		No tienen apoyo	4	noapoyo	
		NS/NA	9	Nsna	
Tipo de jefatura de hogar	Quién ostenta la responsabilidad de representar a la unidad doméstica en el ámbito público y quién toma las decisiones	Madre	1	jefmama	Cualitativa
		Padre	2	Jefpapa	Nominal
		Madre y padre	3	jefmapa	
		Algún abuelo	4	Jefabuo	
		Alguna abuela	5	Jefabua	
		Otros	6	Otros	
		NS/NA	9	Nsna	
Idiomas que hablan los padres	Idiomas que hablan los padres	Sólo <i>k'iche'</i>	1	Kiche	Cualitativa
		<i>K'iche'</i> y castellano	2	kichcast	Nominal
		Sólo castellano	3	Castilla	
		NS/NA	9	Nsna	
Religión de los padres	Religión que profesan los padres	Católica tradicional	1	Catoltra	Cualitativa
		Católica carismática	2	catolcar	Nominal
		Evangélica pentecostal	3	evanpent	

<u>C. Proceso Sociocultural</u>					
Carácterística	Definición	Indicador			Tipo
		Evangélica presbiteriana	4	evanpres	
		Ninguna	5	ninguna	
		NS/NA	9	Nsna	
Participación en organizaciones de la comunidad por parte de los padres	Participación por alguno de los padres en las organizaciones de la comunidad	Sí participa	1	Sipartic	Cualitativa
		No participa	2	nopartic	Nominal

La información será recolectada en una matriz en el programa Excel, con la siguiente forma:

IdFicha	Muni	Vivienda	Familia	Zona	FuenteAgua	Letrina	Drenaje	Cocinas	CocinaUbicacion	TipoFamilia	NivelSocioeconomico	Jefe	Escolaridad	Idioma padre	Idioma madre	Iglesia	MiembroOrg	Trabajo
271	I	10	A	1	ch or pr o	le tri p o z	nodr ena	fue su elo	estfu er	fam exte n	medi o	jefp a	escpri nc	kich e	kich e	catol tra	nopar tic	3

- La pregunta fundamental que se busca responder en esta etapa es ¿cuál o cuáles de las características de los procesos de la reproducción social muestran potencial

como características que diferencien a la población? Para realizar este análisis se recurrirá a los siguientes recursos:

- a. Determinación de las proporciones en que cada una de las alternativas de las características ocurren en la población;
- b. Elaboración de gráficos en los que se identifican las alternativas para conjuntos de características, en cada unidad doméstica. Esto permitirá identificar de qué manera se combinan las diferentes características en cada unidad doméstica y potencialmente permitirá identificar mayor o menor homogeneidad entre unidades domésticas.
- c. Distribución de las diferentes características en un croquis del caserío, con el objeto de identificar posibles patrones geográficos en la distribución de los mismos.

Anexo 2. Guía para la entrevista informal con Informantes Clave

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
FASE IV
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
EJE DE INVESTIGACIÓN

ESTUDIO: Patrones de autoatención en salud y su relación con la diferenciación social en una comunidad k'iche'.

INSTRUMENTO 7.2.

GUÍA PARA LA ENTREVISTA INFORMAL CON INFORMANTES CLAVE

• Instrucciones

Converse con el informante acerca de los puntos incluidos en estas preguntas. Asegúrese de tener varias copias del croquis de la comunidad, así como un listado de referencia de los jefes de familia.

• Puntos de interés

- Características de interés para la diferenciación social.

• Preguntas

1. ¿Qué diferencia a un rico de un pobre en la comunidad?
2. Identificar en el croquis (o listado de jefes de familia) a estos grupos.
3. ¿qué profesiones y/o oficios y/o actividades sociales tienen más prestigio en la comunidad? ¿cuáles tienen menos prestigio?
4. Identificar en el croquis (o listado de jefes de familia) a estos grupos.
5. ¿qué familias tienen más prestigio en la comunidad? ¿cuáles tienen menos prestigio? ¿por qué?
6. Identificar en el croquis (o listado de jefes de familia) a estos grupos.
7. ¿qué es lo que le da más reputación, popularidad o reconocimiento a una persona o a una familia en la comunidad?
8. ¿qué considera que puede ayudar a mejorar la posición económica de una familia en el municipio? ¿qué puede empeorar la posición?
9. ¿quiénes considera que tienen mayor y menor poder y participación en las decisiones del municipio? Identificarlos en el croquis o listado de jefes de familia.
10. ¿Qué personas tienen mayor cantidad de tierra y quiénes menor? Identificarlos en el croquis o listado de jefes de familia.
11. ¿Quiénes tienen más y mejores casas? ¿Quiénes tienen menos y peores casas? Identificarlos en el croquis o listado de jefes de familia.
12. ¿Quiénes contratan personas?
13. ¿Quiénes tienen vehículos propios?
14. ¿Quiénes han ocupado u ocupan cargos importantes en la comunidad?

Anexo 3. Entrevista estructurada para la detección de casos

Anexo 4. Entrevista estructurada con Unidades Domésticas donde se detectó casos

SIGNOS Y SÍNTOMAS / ENFERMEDADES	
1. aji't / tukinaq aji't	parásitos / alboroto de lombrices / empacho
2. atixna'b' / oj atzamaj / jolomaj	estornudo / resfriado común / congestión nasal
3. b'aq'woch / uwowinaq	ojeado / mal de ojo
4. ch'ak	granos / impétigo
5. ij	sarampión / alergia / erupción cutánea
6. kajnak uwi / kajnak uja'j	caída de mollera
7. kajulowik (ɛjaw'i?)	ardor / rubor / caliente
8. k'aqat	picaazón / comezón / prurito
9. k'atem / k'atinaq	quemadura / quemado
10. k'ax kachulunik / q'anchul	mal de orina / ardor para orinar
11. k'ax wachaj / k'ax uwoch	conjuntivitis / dolor en el ojo
12. q'aq a pamaj	disentería / sangre en las heces
13. qulaj	tos / dolor de garganta / picaazón de garganta
14. k'ulum	mareo
15. kumatɛ (ɛjaw'i?)	calambre
16. kawa' taj	no come / falta de apetito
17. pamaj	diarrea
18. q'ajik	fractura
19. q'aq'	fiebre / calentura (“por fuera o por dentro”)
20. q'oxom (ɛjaw'i?)	dolor
21. saq a' ch'ajo'n	flujo vaginal (blanco)
22. sipoj na'k pama'j / sipoj upam	embotamiento de estómago
23. sokotajik	herida
24. spoj / sipoj	absceso
25. ataque	epilepsia / convulsiones
26. tzakna'k uchuch upam	caída de matriz
27. u'k' / saku'k'	pediculosis / piojos
28. xa'oj	vómitos
29. xib'imib'	susto
30. xti ik	mordedura

Clasificación	Causa	Traducción y retraducción
BM - I	1. Infección por algún microbio: bacterias, virus, hongos	1. Wene xa rumal tzil xu rik lo'tajik. <i>Infección</i>
BM - I	2. Contagio por agua, aire, contacto sexual, mordeduras o picaduras, contaco directo, suciedad, mala higiene, etcétera	2. Wene xa are' le jorön, le kaqiq' kayow le yab'il. <i>Contagio</i>
BM - NI	3. Falla de corazón, cerebro, huesos, ojos, estómago, hígado, etcétera	3. Wene are' le ranima' le utzantzaq'or, le ub'aq'woch, o le upam u b'anom k'ax. <i>Falla de un órgano, aparato o sistema.</i>
PT - C N y/o BM - NI	4. Sustancia dañina: cigarro, guaro, veneno, chile, etcétera	4. Wene are' le sik', le tzam, le kunab'al, le ik o nik'aj chic. <i>Sustancia dañina</i>
BM - NI	5. Falta de alimento, vitaminas, etcétera	5. Wene xa maj uchuq'ab' le kutijo. <i>Falta de alimento o vitaminas.</i>
BM - NI	6. Herencia de sus familiares o lo tiene por	6. Wene xaq si awewi' wene choq rumal ch'a'oj o we ne

Clasificación	Causa	Traducción y retraducción
	problemas en el embarazo o el Nacimiento	are' chi xatalaxik. <i>Herencia o por nacimiento.</i>
BM - NI	7. Mal funcionamiento de la Mente , del Pensamiento	7. Wene xa ub'anom k'ax le achomanik. <i>Problema mental o del pensamiento.</i>
PT - C N	8. Cargas pesadas, mucho trabajo , criar o cargar a los niños	8. Wene xa rumal rech le altaq jastaq kach'elej wenechoq rumal le ak'al ka weqaj. <i>Cargas pesadas o mucho trabajo.</i>
PT - C N	9. Emociones o estado de ánimo : tristeza, pensar mucho, problemas familiares, nerviosismo, enojo	9. Wene xa k'i kuchomaj, o choq xa k'an, o xa b'is kab'anow che. <i>Emociones o estado de ánimo.</i>
PT - C N	10. Debilidad : sangre mala, sangre débil, sangre gorda, debilidad de sangre, disminución de sangre	10. Le naxata k'u maj qas uchuq'ab' le ukik'el. <i>Debilidad.</i>
PT - C N	11. Frío-Caliente : por el clima (frío, lluvia, viento, sol, calor), por cambio de clima, polvo, lodo, humo, consumo de alimentos fríos o calientes	11. Choq la naxata k'u are' le tew, le jab', le kaq'iq', le uwaq'ij, le q'aq', le puqlaj, xaq'ol, o wine choq xa kutij joron o k'atanataq jastaq. <i>Frío -Caliente.</i>
PT - C N	12. Alimentación : exceso de comida, escasez de comida, no comer a la hora, alimentos en mal estado o mal preparados, chucherías	12. Wene xa xel uwi' le uwä o xane xiyata lu wä. <i>Alimentación.</i>
PT - C N y/o BM - NI	13. Accidentes y Golpes : caídas, golpes, heridas, etcétera	13. Wene xa tzaqinaq wene xa k'o k'ax uriq'om we ne sokotajnaq. <i>Accidentes y golpes.</i>
PT - C N y/o BM - I	14. Parásitos : lombrices, etcétera	14. Wene xa xuriq aji't empa'ch on xa xetukin le uchikop. <i>Parásitos.</i>
PT - CSN	15. Problemas familiares , problemas con miembros de la comunidad , envidias, venganzas, etcétera	15. Wene xa k'o ch'aoj kuk' le awachalal on pa le akomon on xa k'o tzel katilowik. <i>Problemas familiares o comunitarios.</i>
PT - CSN	16. Problemas con Dios : castigo por pecados, culpa, castigo por alcoholismo del papá, etcétera	16. Wene xa rumal rech xatmakunik ruk le ajaw o utojb'alil rech le amak. <i>Problemas con Dios.</i>
PT - CSN	17. Maldad : hechizo o brujería, mal hecho, etcétera	17. Wene xa rumal makaj b'anom ayab' o rumal rech man utz taj kab'ano. <i>Maldad.</i>
PT - CSN	18. Espíritus malos, espíritus de los muertos, duendes, malas influencias, malos vientos , malos aires, remolinos, efecto de luna , etcétera	18. Wene xa itzel uxlab'al, o itzel uxlab'al kech kamnaqib', o rumal rech exhib'inelab' chaq'ab'. <i>Espíritus.</i>
PT - CSN	19. Pérdida de espíritu , se asustó el espíritu, se impresionó, etcétera	19. Wene xa xu xij rib'. <i>Pérdida de espíritu</i>
PT - CSN	20. Por el día del nacimiento ya viene determinado que va a padecer	20. Wene xa are' le q'ij xalaxik kab'anow che chi kayowajik. <i>Por el día del nacimiento.</i>
PT - C N y/o BM - NI	21. Tener hijos : por tener hijos muy seguidos, por tener muchos hijos, por un aborto	21. E jampak'ula le awa'l, la majk'u a riq'om k'ax la kuk'. <i>Relacionado con tener hijos.</i>
PT - C N y/o BM - NI	22. Por el crecimiento y desarrollo de la persona : por la edad en que está eso pasa	22. We ne xa are' le uk'iyem ka anowche xaq ka yowajik. <i>Relacionado con el crecimiento y desarrollo.</i>
BM - I (BIOMÉDICA INFECCIOSAS)		
BM - NI (BIOMÉDICA NO INFECCIOSAS)		
PT - C N (POPULAR-TRADICIONAL CAUSAS NATURALES)		
PT - CSN (POPULAR-TRADICIONAL CAUSAS SOBRENATURALES)		
PT - C N y/o BM - I (POPULAR-TRADICIONAL CAUSAS NATURALES y/o BIOMÉDICA INFECCIOSAS)		
PT - C N y/o BM - NI (POPULAR-TRADICIONAL CAUSAS NATURALES y/o BIOMÉDICA NO INFECCIOSAS)		

TRATAMIENTOS Y SU TRADUCCIÓN		
M	1. Comer o tomar plantas medicinales	1. Jas q'ayes xatijo.
M	2. Tomar jarabes, pastillas o inyecciones químicas	2. Wene k'o kunab'al o b'aq xatijo.
M	3. Aceites minerales o bálsamos o pomadas	3. Lamaj kunab'al xajib'ej re'.
M	4. Guaro, puros	4. Lamaj tzam o sik' xakojo'.
P	5. Masajes	5. Wene xaji'o'.
P	6. Sobadas	6. OMITIR
P	7. Baños medicinales	7. Wene xawatinsaj pa q'ayes.
P	8. Temascal	8. Wene xatujaj.
P	9. Frotadas con plantas	9. Wene xaturij pa q'ayes.
M	10. Dejar de comer algunos alimentos	10. Wene xq'at nik'aj le kutijo.
M	11. Procurar comer algunos alimentos	11. Katz'aqatsax uwoch le kutijo.
P	12. Hacer algún ejercicio	12. Rajawaxik kuyuq apan staq rib'.
P	13. Evitar alguna actividad o posición	13. Rajawaxik kuchajij na rib'.
E	14. Ceremonias, rituales	14. Lamaj tol iwe ulinaq.
E	15. Rezos	15. OMITIR, SE UNIÓ EN LA 14.
E	16. Penitencias	16. Jawoch ichak xyakanoq.
<i>M: Productos medicinales - P: Procedimientos – E: Espirituales</i>		

TERAPEUTAS Y SU TRADUCCIÓN	
1. Comadrona	1. Iyom
2. Curandera	2. Kunanel
3. Sacerdote maya / Guía espiritual maya	3. Aj q'ij
4. Huesero	4. Wiqol b'aq'
8. Rezador	8. B'anal ch'awem
9. Farmacia	9. Farmacia / Botik
10. Tienda	10. Tienda
11. Venta de plantas medicinales	11. K'ayb'al q'ayes a taq kunab'al
12. Vendedor ambulante de medicinas	12. Tzujul kunab'al
14. Técnico dental	14. Elesal ware'aj
15. Promotor de salud	15. Promotor de Salud
19. Enfermera	19. Enfermera
20. Médico	20. Médico
21. Entrevista	21. Entrevista
22. Clínica Maxeña	22. Clínica Maxeña
23. Centro de Salud	23. Centro de Salud
24. Hospital	24. Hospital
27. Profecía	27. Profecía
28. Pastor	28. Pastor
29. Catequista	29. Catequista
30. Sacerdote	30. Sacerdote
Los omitidos es porque no se identificó en los grupos focales ni con los informantes clave que hubiera disponibilidad o que fueran conocidos, o porque resultaban repetitivos con otros ya incluidos: soplador, llamador de espíritu, chayero, promotor de plantas medicinales, auxiliar de enfermería, agente de salud comunitaria, técnico de salud rural, Talentos en Salud, Centro Espiritual.	

Anexo 5. Hoja de consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
FASE IV
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
EJE DE INVESTIGACIÓN

ESTUDIO: Patrones de autoatención en salud y su relación con la diferenciación social en una comunidad k'iche'.

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Debido a que el tipo de información que se obtiene no es de alta sensibilidad y no compromete la integridad física, psicológica y social de los participantes, así como el hecho de que la gran mayoría de ellos no saben leer y escribir, o su nivel de lectura es muy bajo, sólo se explicaron los siguientes puntos importantes a las personas antes de iniciar las entrevistas. Su respuesta fue registrada en el instrumento 7.3.

- **Información general**

Este estudio se está haciendo como parte de la Maestría de Salud Pública de la Universidad de San Carlos de Guatemala. El objetivo es encontrar si hay diferencias entre lo que las diferentes personas del Caserío hacen cuando se enferman y por qué existen esas diferencias (si es que hay).

Como parte del estudio se están entrevistando a varias familias de la comunidad, pero no a todas. Mi familia fue seleccionada al azar. Los resultados de este estudio no serán manejados con nombres y apellidos, sino que de manera general, por lo que toda la información que se obtenga de mi familia se utilizará de manera confidencial.

Yo sé que los resultados de este estudio servirán como requisito estudiantil y que además serán entregados al personal de salud que atiende al Caserío y se presentará en una reunión con la gente del Caserío que quiera conocerlos. No existen beneficios directos para la población ni para mi familia derivados de este estudio.

Sé que se me harán algunas preguntas sobre lo que hacemos en mi familia cuando alguien se enferma y que esas preguntas durarán aproximadamente una hora.

Sé que tengo completo derecho a no participar en la entrevista y eso no implicará ningún tipo de represalia en mi contra ni de mi familia.

Sabiendo todo lo anterior, libremente acepto participar en este estudio,

las descripciones:
Iglesia Evangélica
don comunal

Permiso para reproducir la tesis

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: **“Patrones de autoatención en salud y su relación con la diferenciación social en una comunidad k’iche’ ”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea un motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción total o parcial.