

El mal de ojo y su relación con el marasmo y kwashiorkor: El caso de las madres de Turbo, Antioquia, Colombia^a

Gildardo Uribe Gil^b, Gloria Alcaraz López^c

RESUMEN

Objetivo: Describir las percepciones y prácticas socio-culturales de las madres frente al proceso de desnutrición aguda grave de los niños: marasmo y kwashiorkor. **Metodología:** Etnografía descriptiva. Se realizaron 20 entrevistas semiestructuradas, 2 entrevistas grupales y observación en los hogares y en el hospital. El análisis se realizó manualmente. **Resultados:** Las madres perciben la desnutrición aguda grave como una consecuencia del mal de ojo, el cual afecta a los niños menores de 7 años. El mal de ojo se clasifica como “ojo secador” y “ojo de la calle”. Para las madres, el ojo secador enmagrece totalmente a los niños, lo cual podríamos asimilar al marasmo. No es claro si el ojo de la calle conlleva al kwashiorkor, pero es claro que el kwashiorkor es causado por el mal de ojo. Los médicos tradicionales, como los rezanderos, ocupan un lugar importante en el tratamiento de las enfermedades de filiación cultural. **Conclusiones:** En el modelo biomédico no existen ni el mal de ojo ni la desnutrición como enfermedad. La desnutrición se conceptúa como estado y finalmente se objetiviza en cifras estadísticas, lo cual dificulta la atención integral de los niños. El estudio devela un mundo desconocido por el sistema biomédico, y un mundo de prácticas culturales frente al proceso de desnutrición, que adecuadamente valoradas permitirían mejorar la atención integral y evitar la muerte infantil por desnutrición aguda grave o por el mal de ojo.

Palabras clave: Marasmo, kwashiorkor, malnutrición, cultura, etnografía, etnomedicina

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se realizó en el municipio de Turbo, el cual forma parte de la región de Urabá y está ubicado al noroccidente del departamento de Antioquia, Colombia (figura 1). Dista 380 Km. de la ciudad de Medellín, tiene un área de 3.055 Km², la altura oscila entre 0 y 1.600 msnm, con temperatura promedio de 28° C (1). Cuenta con 121.469 habitantes, en su mayoría afrocolombianos, seguidos por la población mestiza y un pequeño porcentaje de indígenas. De la población total, 36.7% están ubicados en la cabecera municipal y 63.3% en el área rural¹.

La principal actividad económica de Turbo es la agricultura; el cultivo de plátano (*Musa cavendishii*) y banano (*M. Paradisiaca*) es la principal fuente generadora de empleo y riqueza, no sólo del municipio sino de toda la región de Urabá, constituyéndose en el primer elemento de exportación a nivel departamental y el segundo en el

- 1 Este artículo es derivado de la investigación “Estado nutricional y condiciones de vida de los niños menores de cinco años, Turbo, Antioquia, Colombia”, realizada entre enero de 2004 y diciembre de 2006 y financiado por la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- 2 Nutricionista Dietista, Magíster en Salud Colectiva. Organización Internacional para las Migraciones, Medellín, Colombia. Correo electrónico: gilurge@yahoo.com
- 3 Nutricionista Dietista, Magíster en Salud Colectiva, PhD en salud Pública. Profesora titular, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: glory@tone.udea.edu.co

Cómo citar este artículo:

Uribe Gil G, Alcaraz López G. El mal de ojo y su relación con el marasmo y kwashiorkor: El caso de las madres de Turbo, Antioquia, Colombia. Invest Educ Enferm. 2007; 25(2): 72-82

Recibido: 1 de marzo de 2007

Envío para correcciones: 12 de junio de 2007

Aprobado: 25 de julio de 2007

Mal de ojo and its relationship with marasm and kwashiorkor: the Turbo mother's case

Gildardo Uribe Gil, Gloria Alcaraz López

ABSTRACT

Objective: To describe perceptions and socio-cultural practices by the mothers facing severe malnutrition in children: Marasm and Kwashiorkor. **Methodology:** Descriptive ethnography. Twenty semi-structured interviews and two tribal ones were carried. Homes and hospitalized children were observed. Analysis was manually performed. **Results:** Mother perceives severe malnutrition like “mal de ojo” consequence afflicting children under seven. *Mal de ojo* is classified as “drying-eye” or as “street-eye”. Mothers think that “drying-eye” emaciates children meaning something like what we call marasm, whereas we cannot tell weather “street-eye” means kwashiorkor; but in any case kwashiorkor is deemed to be caused by *mal de ojo*. “Traditional” medics like *rezanderos* perform important tasks in the treatment of cultural linked illnesses. **Conclusions:** Malnourishment is considered a “state” and finally it is reduced to statistical data hindering the integral treatment of children. The study reveals a world unknown by the biomedical system and a world of cultural practices facing malnourishment that adequately assessed could improve integral treatment and prevent infant mortality by severe malnourishment or by *mal de ojo*.

Key words: *Marasmus, kwashiorkor, malnutrition, culture, ethnography, ethnomedicine*

ámbito nacional. También produce maíz (*Zea mays*), yuca (*Manihot esculenta*), arroz (*Oriza sativa*), aguacate (*Persea americana*) y cacao (*Theobroma cacao L.*).

En Turbo, aproximadamente 50% de la población vive en condiciones de miseria y 64.1% de la población tiene sus Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)¹, lo que ha sido resaltado por los turbeños como el principal problema del municipio.

Allí se ubican sedes de universidades y otras instituciones de educación técnica, existe un hospital estatal de primer nivel de atención, en el que se encuentra la Unidad Vida Infantil, donde se trabaja con la estrategia Atención Integrada de Enfermedades Presentes en la Infancia (AIEPI), propuesta por la OMS, y se tratan los niños con desnutrición aguda grave (DAG); cuenta además, con varias empresas privadas de salud.

Entre el año 2001 y el 2005, en la Unidad Vida Infantil, fueron tratados 335 niños menores de seis años, de los cuales 83% presentaban desnutrición aguda grave: marasmo y kwashiorkor y 17% desnutrición moderada con enfermedad asociada².



Figura 1. Localización geográfica del Municipio de Turbo

El marasmo es la desnutrición proteico-energética que se presenta, generalmente, durante el primer año de vida y se caracteriza por una gran pérdida de tejido adiposo y muscular. Los niños se observan muy enflaquecidos, con disminución notoria del panículo adiposo de la pared abdominal, las mejillas y la cintura escapular y pelviana³. El kwashiorkor, aunque su patogenia no está completamente aclarada, se manifiesta clínicamente por la presencia de edema. El kwashiorkor se asocia con signos físicos cutáneos, como la dermatitis descamativa, el cabello ralo, despigmentado y quebradizo; las uñas frágiles, las conjuntivas pálidas y la boca con estomatitis angular, signos que son deficiencias de vitaminas y proteínas³. Lo grave de esta situación es que, según los estudios internacionales, la mortalidad en niños hospitalizados por desnutrición aguda grave representa hasta 20% al 30%, con una variación hasta de un 50 o 60% en los niños con desnutrición tipo kwashiorkor⁴; significa, entonces, que los niños con marasmo y kwashiorkor están en riesgo inminente de muerte.

En la región de Urabá, la desnutrición crónica para 1996 fue 28.1%, y la global 30.6%, superando el índice departamental que fue 25.6% y 19.9% respectivamente⁵.

En términos generales, las cifras de desnutrición para los niños colombianos en el año 2005 se muestran bajas; 7% para desnutrición global, 12% crónica y 1% aguda⁶; sin embargo, como se observa, en las regiones y localidades las variaciones son muy altas.

En el mundo, las cifras de desnutrición son alarmantes: Casi el 30 por ciento de la población mundial sufre de alguna forma de malnutrición. Más de la mitad de los 12 millones de muertes anuales de niños menores de cinco años están relacionadas con la malnutrición, a menudo debida a la nutrición deficiente de las madres durante la gestación⁷.

En los países en desarrollo un tercio de todos los niños menores de cinco años sufren retraso en el crecimiento⁸ y se estima que gran parte de los 12 millones de niños menores de 5 años que mueren anualmente, se debe a enfermedades susceptibles de prevención, sobre todo en los países en desarrollo, donde más de 6 millones de niños (55%) perecen por causas relacionadas directa o indirectamente con la desnutrición⁹.



Cuadro. Oneidis Marcela Méndez Sánchez

Los niños que padecen desnutrición presentan un mayor número de episodios diarreicos graves y una mayor vulnerabilidad a algunas enfermedades infecciosas, entre ellas el paludismo, las meningitis y las neumonías¹⁰. Lo que este panorama muestra es que la desnutrición en los niños continúa siendo uno de los flagelos más grandes de la humanidad.

Para analizar este problema se dispone de una amplia información desde las cifras epidemiológicas y desde los estudios clínicos; sin embargo, es muy pobre la literatura que trascienda la mirada biológica al contexto socio-cultural de la desnutrición aguda grave en cada grupo cultural. Hoy en día toma fuerza el papel de los aspectos socio-culturales en los procesos salud, vida, enfermedad y muerte.

Brasil es uno de los países que más ha trabajado sobre los aspectos culturales relacionados con la desnutrición; allí se encontraron tres investigaciones: la de López¹¹ analiza la percepción que tienen las madres sobre la pérdida de peso de sus hijos. El enfoque utilizado en este estudio es cualitativo y resalta los aspectos de percepción y cultura alimentaria, pero no deja claro cuáles son las percepciones de la madre frente al tema; la de Rotenberg¹² trabaja las prácticas “alimentarias del cuidado de la salud: de la alimentación de los niños a la alimentación de la familia”. En este estudio, las autoras resaltan que las prácticas alimentarias son una construcción social, aprendidas por las madres en su vida, en el contacto con los otros, por la experiencia de la maternidad y por el contacto con los servicios de salud, pero no centran el estudio sobre el tipo de prácticas alimentarias y demás acciones culturales en niños con desnutrición grave y la de Carvalho¹³, donde se destaca que las madres perciben la desnutrición asociada con enfermedades y dolencias y con la dificultad que presentan los niños para aprender en la escuela. Expresa esta autora que las madres tienen dificultades para definir qué es la desnutrición. En Colombia, Restrepo,¹⁴ desde su trabajo cualitativo sobre una mirada a la vida cotidiana a la alimentación y nutrición del escolar, plantea como recomendación la necesidad de profundizar en este campo de la percepción de la desnutrición.

Estos autores aportan una comprensión desde la cultura a ese fenómeno social en especial, distinguiendo que la alimentación y la nutrición son construcciones sociales y que las prácticas alimentarias se forman a través del aprendizaje de la vida, de la relación con los otros y en el contacto con los sistemas de salud. En este sentido, la salud, el bienestar, la enfermedad y las formas de curar corresponden a construcciones socio-culturales^{15, 16}.

No se encontraron estudios que apuntaran a la forma como las madres de Turbo perciben la desnutrición, la salud y la enfermedad desde la perspectiva de la cultura turbeña. Se vio, entonces que, el análisis del problema de la desnutrición carecía de la concepción cultural de quienes cuidan a los niños con la enfermedad, de quienes conviven con ella, que en la mayoría de los casos son las madres y que, por este vacío, algunas veces reciben regaños y a ellas se les atribuye la responsabilidad de la muerte de sus hijos a causa del marasmo o del kwashiorkor.

OBJETIVO

Describir las percepciones y prácticas socio-culturales de las madres frente a la desnutrición aguda grave: marasmo y kwashiorkor.

METODOLOGÍA

Valles¹⁷ expresa, que dentro del paradigma de investigación cualitativa se encuentran varios miniparadigmas o perspectivas de investigación. Si bien la fenomenología busca comprender el fenómeno tal como lo vivieron las personas, la etnometodología busca comprender cómo la gente hace lo que hace, en la cotidianidad y la teoría fundamentada se interesa por producir teorías¹⁸; la etnografía, por su parte, busca comprender el fenómeno desde lo *emic*, es decir desde las personas participante, y desde lo *etic*, es decir desde lo que el investigador ve y lo que la literatura le aporta¹⁹, para construir así un observable más válido. Para esta investigación se optó por la perspectiva etnográfica.

El otro criterio para seleccionar la etnografía fue el hecho de que esta perspectiva permite al investigador presentar los resultados en una descripción o analizarlos en profundidad para generar teorías²⁰. En esta investigación se privilegia la descripción etnográfica en la voz de las madres, es decir lo *emic*.

Las participantes fueron 20 madres que tenían en esos momentos a sus hijos hospitalizados en la Unidad Vida Infantil, por marasmo o kwashiorkor, o que habían tenido un mes antes a sus hijos hospitalizados por esta enfermedad.

La investigación partió del reconocimiento y del respeto por la dignidad humana de las mujeres que participaron en el estudio, materializada en el reconocimiento de su libertad y de su autodeterminación de participar o no en el estudio. Las madres fueron informadas, de manera concreta y comprensible, de los objetivos y los alcances de la investigación, para ellas, para sus hijos y para las instituciones que los atienden²¹⁻²².

Se obtuvo de todas ellas el consentimiento informado. El Comité de Ética de la Facultad de Enfermería estuvo pendiente, durante todo el desarrollo de la investigación, de los asuntos éticos, para salvaguardar la vida e integridad de los niños, de las madres y de los investigadores.

Se realizaron 20 entrevistas semiestructuradas y dos grupales. Algunas de las entrevistas se realizaron dentro del hospital y las otras en las viviendas de las propias madres. Las grupales se realizaron dentro del hospital en días festivos. Se realizaron observaciones tanto dentro de la Unidad Vida Infantil como en las viviendas de las madres.

El análisis se realizó en forma manual siguiendo los lineamientos de la etnografía²⁰: lectura cuidadosa de las entrevistas y diarios de campo, generación de códigos y categorías iniciales, nuevas entrevistas profundizando en los aspectos claves, para finalmente encontrar las categorías con las cuales se presentan los resultados de la investigación.

En esta investigación surgen tres categorías clave: el mal de ojo como causante principal del marasmo y kwashiorkor; el padecimiento de las madres durante el proceso de desnutrición de sus hijos, y el desencuentro entre los sistemas médicos: biomédico y tradicional. En este artículo abordaremos solamente la primera categoría.

Por tratarse de una investigación etnográfica presentamos los resultados privilegiando lo *emic* es decir, la voz de las madres; a continuación el punto *etic*, es decir la reflexión, al triangular las concepciones de las madres con la observación y la revisión documental. El punto de vista *emic* lo presentamos en lo que hemos denominado marcos émicos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La edad promedio de las madres fue de 28 años, fluctuando entre 17 y 54 años; 5 han convivido con un solo compañero, 13 con más de uno; el promedio de hijos vivos, cuatro; y una de ellas relató tener 9. Sólo 12 tuvieron los partos en hospitales y las 8 restantes fueron asistidas por parteras.

En el momento de la entrevista, 7 mujeres eran cabeza de familia y carecían de un trabajo estable bien remunerado; trabajan en fincas plantaneras o lavando ropa en casas de vecinas, y según sus relatos, “viven gracias al apoyo de vecinos y de su familia, quienes en épocas de mayor dificultad económica suministran la comida para los niños”.

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

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

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

La difícil situación económica de estas familias se refleja en sus viviendas y en su entorno; la gran mayoría vive en casas con pisos de tierra, paredes de tabla y techos de zinc o cartón, no cuentan con los servicios públicos domiciliarios de acueducto y alcantarillado. Caños de aguas negras corren junto a muchas de las viviendas y, en algunos casos, por debajo de éstas.

La percepción de las madres sobre la Desnutrición Aguda Grave de sus hijos

Cuando a las madres del estudio se les preguntó por qué su hijo llegó a esta enfermedad (marasmo o kwashiorkor), responsabilizaron principalmente a los procesos diarreicos y a las infecciones respiratorias, pero al entrar en confianza e indagar el por qué de la diarrea y de la infección respiratoria, resulto ser el mal de ojo el causante principal, tal como se refiere en el marco émico 1.

Marco émico 1. Diagnóstico cultural que las madres hacen de la enfermedad de sus hijos

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

Estos testimonios corresponden a los momentos en que los niños presentaban pérdida de peso severa o estaban empezando a enfermarse. Tal como se aprecia, para la mayoría de las madres los niños tienen el mal de ojo; sólo una madre reconoce que la enfermedad de su hijo es la desnutrición como tal, y otras tres madres diagnostican a sus hijos con enfermedades como asfixia y diarrea. Es decir, para la mayoría de las madres la enfermedad de sus hijos es el mal de ojo, marco émico 2.

Sin embargo, no todas las madres del estudio creen en el mal de ojo, pero por estar inmersas dentro de un medio sociocultural en el que esta creencia es fundamental como explicación para un tipo de signos y síntomas caracterizados por fiebre, diarrea, infección, inapetencia, parasitosis intestinal y otras, sus hijos han recibido diagnóstico, tratamiento y prevención para el mal de ojo, marco émico 3.

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

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

- **El mal de ojo secador o mal de ojo casero** es causado por un miembro de la familia, generalmente el papá. El padre, de forma involuntaria, le pega el ojo al niño cuando le brinda mimos excesivos o cuando los toma en sus brazos al llegar de la calle sudoroso. El mal de ojo secador lo relacionan con la pérdida de peso y puede causar la muerte. Se manifiesta por enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias leves o por “tener la cabeza caliente y los pies fríos”.
- **El ojo de la calle o callejero** se debe a la malquerencia o a la envidia hacia un niño por parte de un miembro de la comunidad, sea éste conocido o no de la familia. Los niños más sensibles a este mal de ojo son los niños “gorditos y simpáticos”. El ojo callejero se manifiesta con vómito, fiebre, diarrea e “hinchazón”, marco émico 4.

Marco émico 2

Código	Testimonio
MNDO3	(...) me dice mi marido “ese niño debe tener ojo, porque se siente que tose raro, (...) muy decaído; va a tener que ir usted a Chigorodó y llevarlo donde alguien que sepa a ver si es (...) la señora dijo: “el niño si tiene ojo y es secador “y está muy malito...”
MND08	(...) ella apenas se enfermó cuando tenía 22 días y yo la traje al hospital y de ahí no se enfermó más, sino apenas cuando le pegaron (ojo)... así, de la calle...
MND05	(...) cuándo la llevé por allí donde una señora por allá por...la gran vía, me decía que era ojo secador, después de que le cambié de señora, porque la niña no se recuperaba, me decían que era aflicción de... de casa (aflicción es igual a mal de ojo) y así me tenían como la cabeza loca, no sabían cual era
MND07	(...) yo la llevé donde un señor (...) pues a que la viera. A que la viera y él me dijo que sí, que a la niña lo que le habían pegado era mal de ojo y empezó a santiguarla, porque estaba muy llorona, había días que no dormía, tenía diarrea, estaba con vómito, no comía nada y yo la llevé. Y el señor la miró y me dijo: No, pues a la niña le pegaron fue ojo y eso es lo que la está molestando bastante...
MND10	(...) Sí, yo lo llevé a que me lo santiguaran, porque yo sabía que el niño tenía ojo, sí, porque yo conozco al niño cuando tiene ojo, tenía los ojos... tenía los pies (...) dispares y entonces yo lo llevé y allá me lo rezaron 7 veces y me le, mandaron unas pastillas, Me lo santiguó 5 veces de seguido y después me dijo que descansara 3 días...

Marco émico 3

Código	Testimonio
MND15	(...) Yo no creo en el mal de ojo, porque el esposo mío decía; primeramente el médico, no puede uno confiarse de qué persona lo vaya a rezar, porque uno no sabe que de pronto se salga es muriendo, entonces el esposo mío dijo: el de todas maneras tiene su carné, vamos a llevarlo con esto a la mano de Dios...”
MND06	(...) me la han ojiado, pero mi mamá casi no cree en esas cosas, pero le ha puesto ahí la salva a todos los pelados; se salva cuando uno entra y está la cuna ahí, y todo el que va entrando la va salvando, esto se le hace todos los días, todos los que viven aquí en la casa la acuestan en el suelo y se cruza, la gente dice que con esto se le quita el ojo...

Marco émico 4

Código	Testimonios
MND07	(...) eh... el que le dicen secador, el que los va adelgazando bastante...
MND03	(...) como él era con esos ojitos así cerraditos y esa cabeza como que se le quería explotar, las manitas y los piecitos fríos. Me dice mi marido: “ese niño debe tener ojo, porque se siente todo raro, ...muy decaído, va a tener que ir usted a Chigorodó y llevarlo donde alguien que sepa a ver si es verdad, y salí con él, con una cuñada de mi marido para Chigorodó, cuando llegamos donde una señora y la señora dijo: “el niño si tiene ojo y es secador, y está muy malito, porque tiene las lombrices revueltas y está muy mal como de peso”, eso me dijo ella...
MND11	(...) cuando a ella se le empezó a enfermar la boquita ya no quiso recibir nada de la comida (...) La pobre se quejaba. Y entonces, como al mes de haber pasado la diarrea amaneció con los bracitos y las piernitas brotadas, así como con sangre, como si fuera sangre untada. Yo cogí y le dije a la abuelita de ella: “¡ay! Carmela, mira cómo la niña está”, entonces, ella me dijo y yo la llevé al médico otra vez. Yo ahí mismo me metí a urgencias y le dije: “doctor, vea que mi niña...” no estaba el mismo que me la atendió primero... “vea que mi niña cómo está y yo no sé qué es eso no... y no puede toser porque como que le duele el pechito”. Y él apenas la vio me dijo: “no, ella no tiene nada, está normal, eso es una infeccióncita...”
MND18	(...) él se hinchó rápido, porque vea, él tomaba suero... él primero le daba yo, cuando le comenzó la diarrea, suero día y noche pa’ no darle tetero, colada, porque el médico me dijo: “cada que haga deposición dele suero”, entonces, el niño como se mantenía tan vaciado así, entonces yo cogí y le di suero, le daba suero y ya después el niño se me hinchó...”

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

Con análisis desde lo *etic* y tomando los relatos de las madres se puede observar que el marasmo correspondería a la acción del ojo secador, en tanto que el kwashiorkor no responde a una causalidad precisa con respecto al mal de ojo, es decir, no puede precisarse si se debe al ojo secador o es sólo por el ojo callejero, pero es claro que el kwashiorkor es una consecuencia del mal de ojo.

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

En Colombia, según Gutiérrez²³, los síntomas son muy variados y parecen acoplarse al tipo de endemias de cada región: Constituye una dolencia aguda en el sur del país, que se acelera rápidamente si no se contrarresta su acción. Según esta autora, en la zona minera antioqueña, por ejemplo, donde la alimentación es muy precaria, la desnutrición infantil con todas sus secuelas es generalizada y se encubre con lo que se denomina mal de ojo “húmedo” y mal de ojo “seco” o “secador”. En el mal de ojo húmedo, el niño se hincha, se vuelve inapetente y adinámico. En el ojo secador el niño se “esqueletiza”, secándose paulatinamente y muere. Vómitos y diarreas complementan la sintomatología de estas dos versiones.

López²⁴ señala que básicamente en el mundo los síntomas de un niño con “mal de ojo” son llanto frecuente, intranquilidad, inapetencia, náuseas, vómitos y fiebre alta, signos que coinciden con los reportados por las madres del estudio. Continuando con López, los niños recién nacidos que son dañados tienen diarrea y les sangra el ombligo; el niño mayor sufre diarrea con pujos o sin ellos, fiebre, vómito, sobresaltos durante el sueño y una de las aberturas palpebrales es más chica que la otra. Signos de este tipo no fueron reportados por las madres de este estudio.

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

El mal de ojo se expresa, como diría Tausing²⁵, en el signo de las relaciones socio-culturales; es un hecho social, tanto físico como biológico, latente en la cultura turbeña. Al ser la DAG una consecuencia del mal de ojo, operaría también como un signo de relaciones socio-culturales, en las que la familia del niño juega un papel fundamental. Por tratarse el mal de ojo como resultado de una fuerza que emana voluntaria o involuntaria de un miembro de la familia, o un miembro de la colectividad, el tratamiento se encamina a eliminar dichas fuerzas, tal como lo analizaremos a continuación.

Tratamiento al mal de ojo

En Turbo, sólo una madre relató realizar prácticas preventivas contra el mal de ojo, pero en la observación de la población general se pudo constatar el uso frecuente de manillas y objetos de fabricación indígena como “contras o ligas” para prevenirlo, puestas en las muñecas de las manos de los niños, tal como aparece en el marco émico 3, el testimonio de MND OG.

Los amuletos, en este contexto social, como diría Geertz²⁶, se convierten en un símbolo de lo que se podría llamar “energía positiva” o “energía vital”. En ellos, la comunidad turbeña pone en relación lo visible con lo invisible y lo real con lo sobrenatural, ponen de manifiesto una construcción social de la enfermedad, pero también del tratamiento. Estos amuletos encierran en sí mismos una clara connotación simbólica que encarna la concreción de ideas, actitudes, juicios, deseos y creencias.

En cuanto a lo preventivo, Montes plantea que “de uso universal y constante ha sido en otro tiempo la *liga*, que se usaba como colgante en collares, pulseras, leontinas y hasta sortijas y clavillos”. El autor describe la *liga* en esta forma: “una *higa de caucho*, así llamada una figurita en forma de mano cerrada, con el pulgar entre el índice y el dedo medio en forma de cruz”²⁷. En cambio, la *liga* es interpretada hoy por los investigadores en sentido fálico, se dice que la usaban los romanos, como figura apotropaica, y con cierta especialidad contra el mal de ojo, para lo cual los pueblos clásicos empleaban un falo de metal u otra materia colgado al cuello. Según Montes, se utilizan corales, azabaches; cuentecitas en las muñecas; copé (aceite endurecido de la caraña o el chimú); dientes de ajo; higa (bolitas que se sacan de los árboles de limón u olivo); matecito; piezas de hierro; pulsera con piedritas; secretos. Si la persona que puede ojear no quiere hacerle daño al niño, tiene que pegarle hasta que lllore²⁴.

Esta práctica de amuletos para evitar el mal de ojo se observa con mucha frecuencia en el municipio de Turbo,

especialmente en el área rural, y en los niños de algunas familias entrevistadas en el hogar, se notó que los niños tenían pulseras de cuentas, como dispositivo de prevención del mal de ojo.

El santiguador. En el contexto de la cultura turbeña, el santiguador es una persona, hombre o mujer, con un alto reconocimiento popular, que desarrolla sus oraciones haciéndole al niño la señal de la cruz en la frente, en el pecho y del hombro izquierdo al derecho. Las oraciones se hacen en silencio y son desconocidas por las madres. Según una participante “no se trata de curanderos sino de «sabios» o «entendidas», éstas recitan una oración, que a su vez aprendieron por tradición oral de otra mujer – hombre”.

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

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

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

Santiguar: Se reza al enfermo tres veces y se le hace la señal de la santa cruz en el pecho, en la frente y en la espalda. Algunos santiagueros cobraban por los tres rezos, \$10.000 (US \$4.5), otros no cobraban y otros sólo pidieron pastillas para el dolor de cabeza, marco émico 5.

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

Se encontró una gama amplia de bebidas, que se relacionan con la sintomatología del mal de ojo, las cuales son en su gran mayoría, plantas vegetales solas, y en

algunas, al parecer, mezcladas con un aguardiente (licor), petróleo, ajo (*Allium sativum*), cebolla (*Allium cepa*), u otras sustancias no conocidas por las madres. Dentro de las plantas se mencionaron el guandú (*Cajanus cajan*), mata ratón (*Equisetum bogotense*) para la fiebre, mata de dormidera (*Amarantus dubius*) para el sueño, hoja de guanábano (*Annona muricata*), hoja de guayabo (*Psidium guajava*) para la diarrea, así como el yuyo (*Mentha piperita*) y el saúco (*Sambucus nigra*) para la tos y las lombrices, marco émico 6.

Marco émico 5

Código	Testimonio
MND07	(...) Y él empezó a rezarla, fueron 3 días seguidos... Como yo las he llegado a llevar cuando las he llevado a rezar, pues las niñas se recuperan bastante. Claro que en cuanto al peso y a eso pues no, pero sí mejoran el ánimo...
MND17	(...) a que la santigüen, le hace una cruz aquí y otra atrás en la espalda, y en el pechito... sí porque es que ... eso se le para en un momentito apenas la rezan..."
MND03	(...) pero yo lo voy a rezar 3 días y le mando unos baños para que usted se los dé...". Lo llevé a los 3 rezos y el niño nada que cambiaba..."
MND07	(...) para la diarrea le mandaron a que le cocinara las hojitas de guayaba verde y le diera de eso... la santiguaron y le echaban baños...

Marco émico 6

Código	Testimonio
MND04	(...) por ejemplo acostumbran echarle dizque aguardiente y ahí le echan un poco de raíces...
MND06	(...) cuando estaba así, con la lombriz, le doy ese saúco, porque eso se las baja ahí mismo... algunos dicen que si le echan aguardiente...
MND11	(...) cogíamos la cebolla, la rayábamos, le echábamos una goticas de petróleo y 3 goticas de limón y le dábamos eso; o si no, cogíamos una mata que se llama dizque.... bueno, cogíamos esa matica, la machucábamos bien machucadita y le echábamos 3 gotas de limón y se la dábamos a ella...
MND07	(...) le mandó baños de leche con guanábano, con guandú; como no dormía, me dijo que dizque que le echara esa mata de dormidera y ¿qué otra mata me dijo que le echara? ...
MND03	(...) y que le colocara hojitas de aguacate, que la tibiara en la candela y le echara vapor por aquí y le colocara esa hoja, que le quitara... se le secaba una y le colocara la otra... y yo le hacia eso y la diarrea nada que le bajaba...Y fui donde esa señora y me dijo: "vea, para la fiebre de la niña (...) la bañaba por la mañanita con matarratón cocinado en agua tibiecita, y por la noche al acostarse también la bañaba con eso y de día... para la diarrea le di yuyo" Me dijo ella: Yuyo un cable, una matica que tiene un canutico así. Eso lo machaca uno bien machacadito y le echa agua y lo pone a hervir y le da esa agua a tomar, bien sea en el tetero o en las cucharas. Y como... y a él no le gustaba esa agua, pero le bregué y le bregué hasta que le di. La verdad que eso fue lo que le quitó la diarrea a mi bebé...

Tal como se observa, el tratamiento tradicional va en dos direcciones, la primera, intentar eliminar las fuerzas que ha recibido el niño, la segunda tratar los síntomas del mal de ojo, como las lombrices (parásito intestinal), la diarrea, las enfermedades respiratorias y la fiebre.

Según Gutiérrez y Montes, en Colombia existen múltiples prácticas terapéuticas para aliviar y/o prevenir el mal de ojo. Las acciones curativas, según estos autores, están relacionadas con la ingestión de bebidas de plantas disponibles en la flora local. Algunas de ellas son: concha de cachicamo molida; chocolate con espiga de albahaca; azabache fino.

Señalan estos autores que otra práctica común son los baños que, al igual que las bebidas, se preparan de plantas disponibles en la flora de cada localidad. Si bien las prácticas descritas por Gutiérrez y Montes no son iguales a las del municipio de Turbo, en cuanto a materia médica sí siguen este patrón curativo.

Percepción que tienen las madres sobre el peso de sus niños

Como se ha visto, el mal de ojo está relacionado con la pérdida de peso en los niños. Cuando se les pregunta a las madres sobre cómo estaba en ese aspecto el niño antes de pegarle el mal de ojo, inicialmente no aparecen el bajo peso, la apatía, la irritabilidad y la inapetencia, signos de que peligra la vida de los niños; sin embargo, al profundizar con las madres sobre el estado de su hijo antes de presentarse el mal de ojo o ya establecido éste, estos signos aparecen, como se observa en el marco émico 7.

La palabra desnutrición, muy propia de la cultura médica occidental, difícilmente es conceptualizada por las madres del estudio. La extrema delgadez de los niños no implica, según ellas, un riesgo para la salud, pues mientras el niño consuma los alimentos su estado de salud no está en peligro. Cuando el bajo peso es tan común en una comunidad, se corre el riesgo de ser considerado como “normal” y no se identifica como problema. Al respecto, Rotenberg deduce de su investigación que “(...) cuando el bajo peso y la desnutrición figuran como elementos comunes en el medio social o grupo familiar en el cual está inmerso, el crecimiento inadecuado puede ser considerado como normal, no

siendo identificado como un problema o, por el contrario, si el síntoma no es tan frecuente, puede ser percibido a partir de la comparación del peso y la estatura entre los niños (...)”¹².

Marco émico 7 Percepción de las madres sobre el peso de sus hijos

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

Algunas madres escucharon la palabra desnutrición del personal de salud o de líderes de la comunidad, con la connotación de enfermedad peligrosa para la vida del niño. Pero la mayoría de ellas no comprendían el significado de la palabra desnutrido, lo que concuerda con los hallazgos de Carvalho¹³, en cuyo estudio las madres tampoco sabían definir la desnutrición. El padre de un niño del estudio, durante una entrevista grupal, responde sobre el significado de la palabra desnutrición.

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

Y es que generalmente se habla de estado nutricional, pero hablar de “estado” no significa alteración en la salud, así pues, la gravidez es un estado y no una enfermedad; pero cuando en la evaluación antropométrica los niños presentan un déficit en la estatura o en el peso ¿de qué hablamos? ¿de “estado” o de “alteración”? ¿Cómo podemos decir que la desnutrición es un estado cuando el riesgo de muerte en estos niños es alto? ¿Cómo podemos hablar de estado, a sabiendas de que un niño pasa por procesos de daños fisiológicos, físicos y psicológicos durante todo el tiempo en el que se desarrolla la desnutrición? ¿No será que debemos pensar la desnutrición no como un estado, sino como una patología multicausal? No para seguir en la línea exclusivamente biológica de explicación de la enfermedad, sino para iniciar un proceso de visibilización del problema en salud, tanto por parte de los profesionales de la salud, como de las familia y médicos tradicionales

Sin embargo, lo importante sería que ningún niño o niña llegará a la desnutrición tipo marasmo o kwashiorkor, y una forma de prevenirlo es indagar los aspectos culturales del colectivo en torno al estado

nutricional y las percepciones de las madres frente a la desnutrición de sus hijos, de tal manera que los profesionales de la salud puedan comprender el ámbito socio-cultural en el que se construye la enfermedad, y desde esa comprensión construir puentes que permitan realizar prácticas preventivas y curativas incluyentes, interculturales y más humanas.

El estudio de Hernández²⁸ señala que el saber sobre un fenómeno es construido a través de la socialización, al aceptar valores y normas de conducta. Los conocimientos sobre los fenómenos son dependientes de las situaciones socio-culturales y constantemente son renegociados. Concluye este autor que las diferentes interacciones sociales determinan la forma como se construye el qué y el cómo del cuidado de la salud de la familia y/o del sujeto. Esto significa que cada cultura construye sus propias formas de explicar, sentir y comportarse frente a la vida, la salud, la enfermedad y la muerte; igualmente significa que un tratamiento integral o cuidado integral requiere conjugar el conocimiento del sistema biomédico con el conocimiento del los sistemas tradicionales

CONCLUSIONES

El mal de ojo pervive en la cultura turbeña como una enfermedad de filiación cultural que permea la forma de vivir de las madres y la forma de ver los procesos de salud - enfermedad de sus hijos.

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

Los niños menores de 7 años, según las madres del estudio, son susceptibles al mal de ojo casero o de la calle. El mal de ojo es el causante final de la desnutrición aguda grave.

Muchas veces los profesionales de la salud desconocen los elementos culturales relacionados con la desnutrición y demás enfermedades prevalentes en la infancia, creando un abismo entre el modelo biomédico y el tradicional, lo cual repercute en la atención oportuna de los niños enfermos. Conocer las prácticas culturales en torno a la desnutrición facilitaría a los profesionales del área de la salud un manejo integral de la desnutrición y un acercamiento humano a quienes la padecen.

En el modelo biomédico, el mal de ojo no existe como enfermedad, pero tampoco existe la desnutrición como enfermedad, pues esta última es considerada un estado, lo que implica una invisibilización de la enfermedad. Si el Estado colombiano reconoce la desnutrición como enfermedad, obtendríamos el derecho de recibir estos niños para su tratamiento y evitaríamos el devolverlos a casa sin solucionar la situación.

Sin embargo, lo que observamos es que la desnutrición se objetiviza a cifras estadísticas y a procesos bioquímicos, desconociendo los procesos culturales, sociales y del sistema médico tradicional, el padecimiento de los niños y de sus madres, igualmente desconociendo el padecimiento de los profesionales del sistema biomédico cuando en sus manos se apaga la vida de un niño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berrio N, Granados N. Diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional del municipio de Turbo y de la ESE Hospital Francisco Valderrama [tesis de grado]. Medellín: Universidad de Antioquia. Escuela de Nutrición y Dietética; 2002. p.27-50.
- Botero J. Informe de la unidad Vida Infantil del Hospital Francisco Valderrama del Municipio de Turbo a la DLS y MANA. Turbo: Hospital Francisco Valderrama de Turbo; 2004. p.7-9.
- Organización Panamericana de la Salud, ILSI. Conocimientos actuales sobre nutrición. 6ª ed. Washington D.C: OPS; 1991. p.47-55.
- Organización Mundial de la Salud. Why have mortality rates for severe malnutrition. Bulletin of the World Health Organization. 1996; 74(2): 295-300.
- Hurtado N. Un problema mayor. Observatorio para la equidad y la integración social en Medellín y Antioquia. 2002; (7): 22-28.
- Ojeda G, Ordóñez M, Ochoa L. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá: Profamilia; 2005. p.252-255, 267-269.
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. El espectro de la malnutrición. [Internet]. Roma: Dirección de Alimentación y Nutrición; 2000 [Acceso 24 de noviembre de 2004]. Disponible en: <http://www.fao.org/worldfoodsummit/spanish/fsheets/malnutrition.pdf>.
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. El estado de inseguridad alimentaria en el mundo. 2003 [Internet]. Roma: Dirección de Alimentación y Nutrición; 2003 [Acceso 15 de Noviembre de 2004]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/006/j0083s/j0083s00.htm>
- Organización de las Naciones Unidas para la Infancia. El estado mundial de la infancia: capacidad de liderazgo [Internet]. Nueva York: UNICEF; 2002 [Acceso 17 de noviembre de 2004]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc02/pdf/sowc2002-sp-full.pdf>.
- Grantham-McGregor SM, Fernald LC, Sethuraman K. Effects of health and nutrition on cognitive and behavioral development of children in the first three years of life. Part 2: Infections and micronutrient deficiencies iodine, iron and zinc. Food Nutr Bull. 1999; 20(1): 79-99.
- López S. Percepção das mães sobre a perda de peso e desnutrição dos filios. Nursing. 2003; 6(57): 30-34.
- Rotenberg S. Practicas alimentares e o cuidado da saude da crianca de baixo-peso. Rio de Janeiro: s.e; 1999. p.137.
- Carvalho S. Percepción de la madre de niños desnutridos en relación a la desnutrición de sus hijos [tesis de grado]. Belo Horizonte: Universidad Federal de Minas Gerais; 1997. p.1-36.
- Restrepo S. La alimentación y la nutrición escolar. Una mirada a la vida cotidiana. Escuela Tomás Carrasquilla [tesis de grado]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería; 2003. p.109-111.
- Urrea F. La salud en la perspectiva de la comunicación intercultural. Revista Universidad del Valle. 1992; (3): 22-30.
- Kleinman A. Concepts and model for the comparison of medical systems as cultural systems. Soc Sci Med. 1978; 12 (2): 121-133.
- Valles M. Técnicas cualitativas de Investigación Social: Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis; 1997. p.62.
- Patton M. Q. Qualitative Research & Evaluation Methods. 3ª ed. Newbury Park: Sage; 2002. p.104-128.
- Boyle J. Estilos de etnografía. En: Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p.185-217.
- Hammersley M, Atkinson P. Etnografía. Métodos de Investigación. Barcelona: Paidós; 1994. p.15, 81.
- Rey E. El consentimiento informado. Patient Care. 2002; 4(21): 3-6.
- Londoño de la Cuesta JL, Alvarado Santander EJ, Casas Díaz JV, et al. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Resolución N° 008430 de 1993. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud, Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico; 1993. 46 p.
- Gutiérrez V. Medicina tradicional: Magia y religión y curanderismo. Bogota: Universidad Nacional de Colombia; 1984. p.266-271.
- López C. Sobre el mal de ojo y sus remedios. Archivos de la sociedad española de oftalmología. 2000; 1(5): 12-24.
- Tausing M. Un gigante en convulsiones. España: Gedisa; 1992. p.110-138.
- Geertz C. Interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa; 1992. p.24-27.
- Montes G. Medicina popular en Colombia: vegetales y otras sustancias usadas como remedios. Bogotá: Instituto Caro y Cuervo; 1981. p.89-93.
- Hernández I. El cuidado de la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. Rev salud pública. 2001; 35(5): 443-449.