



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Martínez, Homero; Suriano, Kimberly; Ryan, Gery W.; Pelto, Gretel H.
Etnografía de la infección respiratoria aguda en una zona rural del altiplano mexicano
Salud Pública de México, vol. 39, núm. 3, mayo-junio, 1997, pp. 207-216
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10639306>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Etnografía de la infección respiratoria aguda en una zona rural del altiplano mexicano

Homero Martínez, M.C., Ph.D.,⁽¹⁾ Kimberly Suriano, M.D.,⁽²⁾
Gery W. Ryan, M.A., Ph.D.,⁽³⁾ Gretel H. Peltó, Ph.D.⁽⁴⁾

Martínez H, Suriano K, Ryan GW, Peltó GH.
Etnografía de la infección respiratoria aguda
en una zona rural del altiplano mexicano.
Salud Publica Mex 1997;39:207-216.

Resumen

Objetivo. Identificar los términos utilizados por las madres para referirse a enfermedades, signos y síntomas relacionados con infecciones respiratorias agudas, así como los signos de alarma que las motivan a buscar atención médica; asimismo, describir prácticas comunes de manejo de la enfermedad en el hogar. **Material y métodos.** Se trata de un estudio etnográfico en seis comunidades rurales del altiplano mexicano. Se entrevistó a 12 informantes clave, a seis madres de niños fallecidos por infección respiratoria aguda, y a 24 madres de niños menores de cinco años, con diversas técnicas etnográficas para complementar la información obtenida ("triangulación"). **Resultados.** Las enfermedades comúnmente identificadas incluyeron gripa, anginas, tos, bronquitis, pulmonía, neumonía y "broncomonía". Los síntomas clave para el diagnóstico fueron escurreimiento de moco nasal, dolor de garganta, tos, dolor de cabeza o de cuerpo, calentura, "hervor" de pecho, y referencias a que el niño "está molesto o llorón", se pone morado o le hace falta el aire. La taquipnea fue referida como "respira fuerte", "respira mucho", "respira rápido" y "tiene sesido"; el tiraje, "se le hunde el pecho"; el estridor, como "quejido o ronquido de pecho"; la sibilancia, como "ronquido de pecho", y para la cianosis; "se pone morado". Entre los tratamientos ofrecidos en el hogar destacan el uso de tés, aplicación de limón, jitomate, tomate o papa en la garganta, y aplicación de sebo o pomada en pecho y espalda. No fue común la autoprescripción de antibióticos pero sí la de antipiréticos. La mayoría de las madres reconoció enfermedades leves y, en menor proporción, graves. Ante un

Martínez H, Suriano K, Ryan GW, Peltó GH.
Ethnography of acute respiratory illnesses
in a rural zone of the Mexican central highlands.
Salud Publica Mex 1997;39:207-216.

Abstract

Objective. To identify the terms used by mothers to refer to diseases, signs and symptoms related to acute respiratory illnesses (ARI), alarming signs which should motivate them to seek medical attention, and to describe common home practices of disease care and treatment. **Material and methods.** An ethnographic study was performed in six rural communities of the Mexican central highlands. Interviews were collected from 12 key informers, six mothers of children who had died from ARI and 24 mothers of children younger than five years of age, with several ethnographic techniques to complement information ("triangulation"). **Results.** The most commonly identified diseases were cold, sore throat, cough, bronchitis, pneumonia and "broncomonia". Key signs to establish diagnosis included nasal discharge, sore throat, cough, head and body ache, fever, "bubbling" chest, general malaise and shortness of breath. Tachypnea was referred to as "strong breathing", "much breathing", "rapid breathing" or "sizzle"; intercostal depression as "the chest sinks", stridor as "chest moan or chest snore", sibilance as "chest snore" and cyanosis as "he turns purple". Home treatments include herbal teas, lemon, green or red tomato or potato applied to the throat externally, as well as creams applied to chest or back. Antibiotic prescription was not common, contrary to antipiretics. Most mothers recognized mild illnesses: severe illnesses were recognized less frequently. When faced with a severe ARI, mothers sought attention firstly at the project clinic, second in frequency with a private physician in the capital of the province and then at the

- (1) Grupo Interinstitucional de Investigación en Sistemas de Salud, Secretaría de Salud-Instituto Mexicano del Seguro Social; Instituto Nacional de Salud Pública, México.
- (2) Universidad de California en Irvine, Escuela de Medicina, Irvine, California (Ca), Estados Unidos de América (EUA).
- (3) Universidad de California en Los Angeles, Escuela de Medicina, Laboratorio de Campo y Análisis Cualitativo, Departamento de Psiquiatría y Ciencias de Biocomportamiento, Los Angeles, Ca, EUA.
- (4) Organización Mundial de la Salud, Programa para el Control de las Enfermedades Respiratorias, Ginebra, Suiza.

Fecha de recibido: 4 de junio de 1996 • Fecha de aprobado: 26 de mayo de 1997
Solicitud de sobretiros: Dr. Homero Martínez. Cardenales 76, colonia Las Águilas, 01710 México, D.F.

caso grave de insuficiencia respiratoria aguda, la opción más frecuentemente elegida fue acudir a la clínica del proyecto; en segundo lugar al médico particular en la cabecera municipal, y al hospital de la Secretaría de Salud en la Jurisdicción. La cercanía y el menor costo fueron razones frecuentemente aducidas para estas elecciones. **Conclusiones.** Esta información puede resultar útil para mejorar la comunicación con las madres.

Palabras clave: infección respiratoria aguda; infante; etnografía; México

Health Ministry of the district. The reasons to choose these possibilities were mainly proximity and lower costs. **Conclusions.** This information can be useful to improve communication with mothers.

Key words: acute respiratory infection; children, preschool; ethnography; Mexico

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) representan un importante problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, donde 4.3 millones de niños menores de cinco años son afectados cada año. Esto ocasiona de 20 a 60% de consultas pediátricas en las instituciones de salud, y causa 0.8 millones de muertes anuales en los menores de un año.¹⁻⁴ En 1990, en México los fallecimientos por IRA ocuparon el primer lugar como causa de muerte en menores de un año, y el segundo en niños de uno a cinco años.⁵ La mayor parte de las muertes por IRA son debidas a neumonía.¹ En México, el Programa Nacional para el Control de las Infecciones Respiratorias Agudas estima que 80% de las muertes por IRA en menores de cinco años son debidas a esta causa.⁶

Aunque existen pocas medidas efectivas para prevenir las IRA, las muertes por neumonía pueden evitarse en gran medida si se proporciona un tratamiento adecuado y oportuno en puestos de atención primaria y hospitales.⁷⁻⁹ Para poder ofrecer el tratamiento en forma oportuna se requiere identificar tempranamente el cuadro de IRA.¹⁰⁻¹¹ Puesto que la mayor parte de los episodios de enfermedad inician en la casa,¹²⁻¹³ la solicitud de demanda de atención depende de que la madre o alguna otra persona al cuidado del niño sepa reconocer oportunamente signos de alarma para buscar atención médica. Para lograr esto se requiere recurrir al uso de la terminología adecuada en el diseño de los mensajes de salud a la población.

En vista de la importancia de la detección temprana de signos de IRA por parte de las madres, el Programa Nacional para el Control de Infecciones Respiratorias Agudas en Niños en México, en concordancia con los lineamientos sugeridos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el manejo efectivo de casos de IRA, promueve como signos de alarma la identificación temprana de la dificultad para respirar, la respiración rápida y la dificultad para alimentar al niño.⁶⁻¹⁴ El objetivo del presente trabajo fue llevar a cabo un estudio exploratorio de tipo etnográfico

en una zona rural del altiplano mexicano, para identificar los términos utilizados por las madres al referirse a enfermedades, síntomas y signos de IRA y para describir prácticas comunes de manejo de esta enfermedad en el hogar. Se espera que la información recolectada contribuya a adecuar los esquemas de comunicación entre las madres y los trabajadores de salud.

Material y métodos

El estudio se llevó a cabo en seis comunidades rurales del Estado de México, en la región conocida como Valle de Solís. El valle se localiza en la meseta central del país, a una distancia aproximada de 170 km al noroeste de la Ciudad de México. El área presenta características comunes a la zona rural del Altiplano: predominio de población mestiza de habla hispana, dedicada a la siembra de maíz y frijol, que complementa su ingreso con la migración temporal a las grandes ciudades en búsqueda de fuentes de empleo.¹⁵ Aunque la construcción de las viviendas varía en función de las condiciones económicas de la familia, es común encontrar fogones de leña, a pesar de que muchas casas cuentan además con estufa de gas.¹⁶ Esto obedece a la costumbre de cocinar algunos alimentos, particularmente tortillas, con leña. La presencia de humo en el interior de la vivienda es causa de irritación de vías respiratorias. Asimismo, gran parte de los caminos rurales son de tierra, lo que también causa irritación de las vías respiratorias. Todos estos elementos propician la presencia de IRA entre la población infantil.

Las principales opciones de atención médica en la zona incluyen una clínica de atención primaria que depende del Centro de Estudios Rurales –desde el cual se coordinó el presente trabajo–, en la que se ofrece servicio a bajo costo; el Centro de Salud de la Secretaría de Salud (SSA), localizado en la cabecera municipal, aproximadamente a 10 km de la clínica mencionada

anteriormente, por camino pavimentado, y el Hospital Jurisdiccional de la misma SSA, localizado aproximadamente a 50 km de la zona de estudio. Además, existen varios médicos con práctica privada, tanto en la cabecera municipal como en la cabecera jurisdiccional. En el área no hay curanderos ni yerberos, aunque sí hay hueseros, quienes no son un recurso de atención para las IRA.

Se estudiaron tres grupos de población. En primer lugar, se entrevistó a 12 informantes clave: seis auxiliares de salud, una en cada comunidad, y seis madres, también una por comunidad. Las auxiliares de salud eran mujeres entre 18 y 25 años de edad, residentes de las comunidades de estudio, con uno a seis años de experiencia de trabajo en programas de salud comunitaria. Las madres entrevistadas fueron seleccionadas por las auxiliares de salud, entre mujeres mayores de 30 años de edad que contaran con experiencia en el manejo de IRA en sus hijos.

El segundo grupo estuvo formado por seis madres, una por cada comunidad, que tuvieran un hijo fallecido por IRA baja. La identificación de estos casos se realizó a partir del Registro Civil municipal.

El tercer grupo estuvo formado por cuatro madres de niños menores de cinco años en cada comunidad, para obtener un total de 24 madres. Al seleccionar a estas mujeres se buscó una distribución ligeramente mayor (60%) de madres mayores de 25 años, esperando así que contaran con más experiencia en el manejo de IRA.

El trabajo se basó en el manual desarrollado por la OMS para la conducción de un estudio etnográfico enfocado sobre el manejo de IRA, el cual ha sido aplicado y validado en varios países.¹⁷ La etnografía exploratoria inició con una entrevista abierta a las 12 informantes clave, solicitando un listado libre de términos frecuentemente empleados por ellas para referirse a IRA.¹⁸ Para cada enfermedad se les pidió que enlistaran los síntomas y signos que se asociaran a ésta, y que identificaran los signos de alarma que debieran motivar a la madre a acudir a consulta con su niño. Una vez definida la terminología para referirse a síntomas y signos, se amplió la lista para definir el “dominio cultural” en relación con la enfermedad explorada,¹⁹ mediante entrevistas abiertas a las 24 madres seleccionadas en las comunidades.²⁰ Para cada enfermedad enlistada se pidió a las madres que señalaran los síntomas o signos que consideraban claves para establecer el diagnóstico.

Las entrevistas sobre episodios pasados de IRA se realizaron con un formato abierto, pidiendo a las madres que describieran los síntomas y signos que presentaron sus niños durante la enfermedad, así como

aspectos relevantes del proceso de búsqueda de atención.^{13,21}

Para la siguiente entrevista se seleccionó, mediante sorteo aleatorio, a una de cada dos de las 24 madres entrevistadas anteriormente (n= 12). La entrevista consistió en solicitar su opinión sobre el manejo de niños enfermos de IRA, leyéndoles casos simulados (“escenarios” o “viñetas”). Las viñetas ejemplificaron diferentes escenarios clínicos de niños enfermos. El orden en que las viñetas fueron presentadas a las madres se modificó en forma sistemática, a fin de evitar un sesgo en la respuesta.²² Las viñetas empleadas se describen a continuación:

Viñeta A. Niña de seis meses con tos.

“Una de sus vecinas, la señora Alvarez, tiene a una bebita, Linda, que tiene seis meses de edad. Hace dos días la bebita empezó con tos. Aún tiene tos, y se le ha agregado catarro. Su mamá refiere que tiene algo de fiebre, pero continúa tomando el pecho en la forma acostumbrada. Sin embargo, se le ve triste y no juega tanto como siempre. Linda es la primera hija de la señora Alvarez, y ésta es la primera vez que se le enferma. La señora Alvarez necesita un consejo: ¿qué debería hacer?”

Viñeta B. Niño de seis meses con signos de neumonía.

“Carlitos es un niño de seis meses de edad. Hasta ahora había sido un niño sano, que venía creciendo fuerte y sin problemas, pero hace dos días Carlitos enfermó. Ha tenido catarro y calentura, y parece que tiene problemas al respirar. Aún se alimenta al pecho. Su madre, la señora Juanita, pregunta qué piensa usted de su hijo. ¿Qué le aconsejaría?”

Viñeta C. Niño de dos años con tos.

“Su vecina Gloria tiene un hijo, Miguelito, de dos años de edad. El niño ha estado enfermo ya por más de una semana. Empezó con un catarro que aparentemente no le molestaba, pues seguía comiendo y jugando en la forma usual. También tenía muy reseca la garganta. Durante los pasados dos días tuvo algo de temperatura, pero no mucha, y al respirar se le escuchan flemas, pero no se observa agitado. Aún presenta buen apetito. ¿Qué debería hacer Gloria?”

Viñeta D. Niña de dos años con signos y síntomas de neumonía.

“Clara es una niña de dos años de edad que se encuentra enferma. Esta es la segunda vez que se enferma en lo que va del año; hace tres meses también estaba enferma, con mucha fiebre, pero se le quitó en un par de días, y siguió mejor. Sin embargo, ahora otra vez tiene

fiebre, que empezó hace dos días. Clara no tiene apetito y no quiere jugar con sus hermanos. La señora María, su mamá, nota que Clara respira muy rápido. ¿Qué le podría aconsejar a la señora María que hiciera?”

Viñeta E. Niña recién nacida sin signos ni síntomas de neumonía.

“Elena tiene una bebita, Sandra, de tres semanas de nacida. La bebita tiende a sorber la nariz, y se le nota un poco de moquito, pero no ha tenido fiebre y toma bien el pecho de su mamá. La señora Elena no sabe qué hacer, y pide un consejo. ¿Usted qué le diría que hiciera?”

Viñeta F. Niño recién nacido con signos y síntomas de neumonía.

“Alejandro es un bebito que nació hace un mes. Su mamá, la señora Susana, no lo ve bien. El bebé no quiere tomar el pecho, se ve muy dormido y no despierta cuando su mamá lo carga. Respira de un modo irregular, pero la señora Susana recuerda que su otro niño también respiraba así de chiquito. ¿Qué le aconsejaría a la señora que hiciera con Alejandro?”

Las respuestas a estos escenarios permitieron identificar las enfermedades reconocidas por las madres, las prácticas de tratamiento en el hogar descritas por ellas y las expectativas respecto al tratamiento que recibirían por parte de los proveedores de salud.

La siguiente técnica empleada consistió en una presentación sistemática de comparaciones pareadas sobre preferencias en relación con proveedores de atención médica.²⁰ Esta entrevista se aplicó a las mismas 12 madres que contestaron la sección sobre viñetas. La técnica consiste en la presentación de un caso simulado de enfermedad grave, ante el cual se pide a la madre que escoja, entre un par de proveedores de salud, en dónde o con quién solicitar atención. Los pares se formaron tomando en cuenta los principales tipos de proveedores de salud disponibles en el área. El formato general de las preguntas fue: “Si su niño estuviera enfermo, con hervor y ronquido de pecho, mucha calentura y no pudiera comer, y usted decidiera llevarlo a consulta, pero tuviera que elegir entre ir al médico privado de la cabecera municipal o a la clínica de Salubridad, ¿cuál escogería?” Para cada opción elegida, se le preguntó a la madre la razón por la cual realizó dicha elección. Una vez formados los pares, se expusieron en forma sistemática todas las combinaciones posibles, variando el orden de presentación para cada entrevista, a fin de evitar inducir sesgos de respuesta. Las opciones disponibles incluyeron: la clínica del proyecto, localizada en la parte central del

área de estudio; un médico particular de la cabecera municipal; el Centro de Salud de la SSA, ubicado en la cabecera municipal; un médico particular de la cabecera jurisdiccional, y el hospital de la SSA, localizado en la misma cabecera jurisdiccional. Las respuestas a las comparaciones pareadas permitieron poner de relieve las razones más importantes para seleccionar el lugar de atención médica.

La última fase en la recolección de datos incluyó nuevamente a las 24 madres seleccionadas, quienes observaron la proyección de una audio/videocinta con imágenes de niños que presentaban diversos signos y síntomas de IRA. En total se expusieron siete imágenes de niños enfermos: tres con respiración rápida moderada; uno con respiración rápida moderada y estridor; otro con respiración rápida moderada y sibilancia; uno más con respiración muy rápida y tiraje, y otro con respiración normal. Se pidió a las madres que identificaran los signos anormales que presentaban los niños y que los describieran empleando sus propias palabras. Este ejercicio permitió identificar los términos empleados por las madres para referirse a síntomas y signos de gravedad que son manejados por el Programa Nacional de Control de Infecciones Respiratorias Agudas en Niños.

Resultados

Dominio cultural de términos relacionados con IRA (enfermedades, síntomas y signos)

Los términos encontrados en el estudio exploratorio con las 12 informantes clave sirvieron para definir inicialmente el lenguaje que había de emplearse en el resto de las entrevistas. Los signos de alarma obtenidos de las informantes clave incluyeron la presencia de calentura, anginas, flemas en el pecho, vómitos, quejido, un niño muy llorón o desmayado, o un niño que no quiere comer.

Las 24 madres entrevistadas mencionaron diversas enfermedades relacionadas con IRA (cuadros I y II). Las enfermedades de vías respiratorias superiores incluyeron gripa, anginas y tos, y las de vías respiratorias inferiores, bronquitis, pulmonía, neumonía y “broncomonía”, término que escapa a la pronunciación “normativa” médica, pero que fue ampliamente empleado por las madres. En el caso de las IRA de vías superiores, los síntomas y signos clave asociados a cada enfermedad incluyeron: la presencia de escurrimiento de moco nasal en el caso de gripa; la referencia al dolor de garganta o de anginas en el caso de “anginas”, y la pre-

Cuadro I

**ENFERMEDADES RELACIONADOS CON INFECCIÓN
RESPIRATORIA AGUDA ALTA Y SÍNTOMAS Y SIGNOS
ACOMPAÑANTES, SEGÚN INFORMANTES CLAVE
Y MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS.
VALLE DE SOLÍS, ESTADO DE MÉXICO**

Enfermedad	Síntomas y signos asociados	n		%
Gripa (n= 24)	Le da calentura*	15	63	
	Le corre el moquito*	13	54	
	Le duele la cabeza*	12	50	
	Está chillón (llorón)	11	46	
	Estornuda mucho	11	46	
	No quiere comer*	11	46	
	Está molesto*	10	42	
	Le lloran los ojos	10	42	
	Le hierve el pecho	10	42	
	Tiene moco espeso	10	42	
	No puede respirar	9	38	
	Tiene tos reseca*	9	38	
Anginas (n= 24)	Le da calentura*	19	79	
	No quiere comer*	16	67	
	Le duelen las anginas*	10	42	
	Le duele la garganta*	10	42	
	Está chillón (llorón)	11	46	
	Le duele la cabeza*	7	29	
	Tiene muchas flemas (claras)	7	29	
	Le da temblor en el cuerpo*	6	25	
	Tiene tos reseca*	6	25	
Tos (n= 7)	Le duele el cuerpo/los huesos	4	17	
	Le hace falta el aire	5	71	
	Está mormado o constipado	4	57	
	Trae pegadas las flemas	4	57	
	Muchas flemas, verdes o amarillas	4	57	
	Dolor de pecho*	4	57	
	Tos*	2	29	
	Le duele la cabeza*	2	29	
	Le hierve el pecho*	2	29	

* Signos y síntomas clave para el diagnóstico

sencia de tos en la entidad identificada con este mismo término. Dentro de los signos, destaca la presencia de fiebre y dolor de cabeza o de cuerpo, los que aparecen indistintamente en varias enfermedades. En el caso de las IRA de vías inferiores, se destacó la presencia de fiebre (“calentura”, “suda mucho”), de estertores audibles (“le hierve el pecho”, “le ronca el pecho”), de ataque al estado general (“está molesto”, “está llorón”) y de cianosis (“se pone morado”, “le hace falta el aire”).

Cuadro II

**ENFERMEDADES RELACIONADOS CON INFECCIÓN
RESPIRATORIA AGUDA BAJA Y SÍNTOMAS Y SIGNOS
ACOMPAÑANTES, SEGÚN INFORMANTES CLAVE
Y MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS.
VALLE DE SOLÍS, ESTADO DE MÉXICO**

Enfermedad	Síntomas y signos asociados	n		%
Bronquitis (n= 16)	Le da calentura*	10	63	
	Está molesto	10	63	
	Le hierve el pecho*	9	56	
	Le ronca el pecho*	9	56	
	Tos*	5	31	
	Está chillón (llorón)*	5	31	
	Le ronca el pecho	5	31	
	Tiene tos	4	25	
	Está irritable	4	25	
	Le hace falta el aire	4	25	
Pulmonía (n= 11)	Tiene moco espeso, verde	4	25	
	Trae pegadas las flemas	4	25	
	Tiene calentura*	5	45	
	Le hierve el pecho*	4	36	
	Se pone morado*	4	36	
	Le duele la espalda*	3	27	
	Tiene tos*	3	27	
	Le ronca el pecho*	3	27	
	No quiere comer	3	27	
	Está molesto*	1	50	
Neumonía (n= 2)	Le hace falta el aire*	1	50	
	Se pone morado*	1	50	
	Le da temblor en el cuerpo*	1	50	
	Suda mucho*	1	50	
	Le ronca el pecho*	1	50	
	Le hierve el pecho*	1	50	
	No puede respirar*	1	50	
	Le duele la espalda*	1	50	
Broncomonía (n= 10)	Le hace falta el aire	1	50	
	Le hierve el pecho*	10	100	
	Tiene calentura*	7	70	
	Le ronca el pecho*	6	60	
	Le duele el pecho*	5	50	
	No puede respirar	3	30	
	Tiene tos	3	30	
	Le hace falta el aire	3	30	
	Tiene moco espeso, verde	3	30	

* Signos y síntomas clave para el diagnóstico

Narrativa de episodios pasados de IRA

Respecto a los cuidados proporcionados en el hogar a los niños con IRA, fue común encontrar la restricción

parcial y selectiva de la alimentación usual, aunque las madres refirieron que, si el niño tenía hambre, sí le ofrecían alimento. Por otro lado, fue práctica común ofrecer alimentos líquidos, tales como caldos o sopas. Como remedios caseros se mencionaron el uso de té y la aplicación de limón en la garganta, así como de jitomate, tomate o papa asada. También se describió el uso de xoxonostle en el cuello y la práctica de hacer gárgaras de carbonato o de agua con sal. Entre los té empleados se mencionaron los de canela, bugambilia, gordolobo y xoxonostle con azúcar, así como la preparación de miel con limón. La segunda práctica casera más frecuentemente mencionada fue la aplicación de sebo de borrego o de pomada (Vick-Vaporrub®) en el pecho y la espalda, para calmar la tos. En todos los casos, las madres mencionaron que primero ofrecían uno o ambos de estos remedios antes de considerar acudir al médico, lo que usualmente se encontró a los 2.4 días de evolución de la enfermedad, en promedio. Entre las madres entrevistadas no fue común la auto-prescripción de antibióticos (éstos no se encontraron en ningún hogar visitado), pero sí lo fue el uso de anti-piréticos, particularmente salicilatos. La práctica de abrigar bien a los niños fue descrita por todas las madres, quienes prestaron particular atención a cubrir la cabeza con un gorro de lana u otro tejido.

Viñetas

Los resultados de la presentación de las viñetas a las 12 madres se exponen en el cuadro III. En los casos que no fueron graves (viñetas A, C y E), sólo una madre identificó erróneamente como “pulmonía” la viñeta de un niño de dos años sin enfermedad grave. Por el contrario, en los casos de enfermedad grave (viñetas B, D y F), hubo siete madres que los identificaron erróneamente como enfermedades no graves (tos, anginas, gripa, resfriado, infección de la garganta). El mayor número de errores (n= 4) se presentó en la interpretación de la viñeta de una niña de dos años con signos y síntomas de neumonía leve, seguida por el caso de un niño de seis meses con signos de neumonía, en el que tres madres no supieron reconocer la gravedad. Los manejos en el hogar sugeridos por las madres se caracterizaron por ser de tipo conservador, pues no incluyeron medidas que pueden ser peligrosas y no discriminaron particularmente entre los manejos para niños con enfermedad grave y los adecuados para niños con un padecimiento no grave. Por el contrario, las expectativas de las madres respecto al tratamiento ofrecido por un proveedor de salud sí mostraron diferencias cuando se trataba de enfermedades leves o graves. En estos últimos casos, las madres identificaron

la necesidad de internar a los niños, de ofrecerles oxígeno, de checarles el corazón o de controlarles la fiebre. Por otro lado, destaca la medicalización de las expectativas, ya que en todos los casos hubo madres que esperaban recibir una ampollita, un jarabe, una suspensión o una pastilla.

Comparaciones pareadas

Al ser confrontadas con la necesidad de elegir un proveedor de servicios para atender a un niño enfermo de neumonía, la opción más frecuente fue acudir a la clínica del proyecto, seguida por el médico particular de la cabecera municipal, el Centro de Salud de la SSA, ubicado también en la cabecera del municipio, el hospital de la SSA de la cabecera jurisdiccional y, como la opción menos frecuente, el médico privado también de la cabecera jurisdiccional (cuadro IV). En los primeros tres casos, las razones más frecuentemente aducidas fueron cercanía y costo; en los últimos dos, la expectativa de encontrar médicos con mayor experiencia y con especialidad.

Video

Al observar el video de niños con diversos signos respiratorios, 50% de las madres reconoció la respiración rápida en los seis niños que la presentaron. Sin embargo, ninguna diferenció entre la respiración rápida moderada y la respiración muy rápida. Por otro lado, fue más frecuente que las madres reconocieran la dificultad al respirar que la respiración rápida; el sonido del video ayudó a dicho reconocimiento, y las madres se refirieron al primer signo como un “quejido” o un “ronquido en el pecho”. En ningún caso las madres confundieron la dificultad para respirar asociada a un problema neumónico, signo al que se refirieron diciendo que el niño “está mal del pecho”, con la dificultad para inspirar provocada por una obstrucción nasal. La dificultad para respirar fue considerada como un signo de alarma que motiva la asistencia a la consulta, ya que 78% de las madres entrevistadas refirió que, ante este signo, no esperaría más de un día para ir al médico.

La sibilancia fue reconocida por 81% de las madres. Este signo fue descrito como un “hervor de pecho” o un “ronquido en el pecho”, y las madres consideraron que sí era un signo de alarma para acudir al médico. También se mencionó que las uñas se ponían moradas, particularmente en presencia de tos. La terminología frecuentemente empleada para referirse a los signos de dificultad respiratoria relacionados con IRA (respiración rápida, tiraje, estridor, sibilancia y cianosis) se presenta en el cuadro V.

Cuadro III
RESPUESTAS DE 12 MADRES A LAS VIÑETAS PRESENTADAS. VALLE DE SOLÍS, ESTADO DE MÉXICO

<i>Viñeta</i>	<i>Enfermedad identificada</i>		<i>Cuidados en el hogar</i>		<i>Tratamiento que esperaría recibir</i>	
Niña de seis meses con tos	Gripa/catarro/resfriado	9	Desenfriol®/Mejoral®	8	Inyección o ampolleta para la calentura	8
	Bronquitis	2	No destaparla o abrirla bien	5	Jarabe para la tos	5
	Tos	1	No sacarla al aire	4	Gotas para la calentura	2
			Dar un baño para bajar la fiebre	3	No sabe	1
Niño de seis meses con signos de neumonía	Pulmonía	3	Palmadas en el pecho y en la espalda	4	Inyección o ampolleta para la fiebre	9
	Infección en el pecho	2	Que no le dé el aire	3	Jarabe para la tos	7
	Bronquitis	2	Abrirla bien	3	Pastillas para la gripa	2
	Broncomonía	2	Té de hierbas	8	Algo para el hervor de pecho	1
	Gripa/resfriado	2	Dar un baño para bajar la fiebre	1	No sabe	1
	Anginas	1				
Niño de dos años con tos	Gripa/catarro	5	No sacarla al aire	5	Inyección	6
	Bronquitis	3	Té de canela	4	Jarabe	4
	Infección en la garganta	2	Que no se moje	3	Pastillas	3
	Anginas	1	Darle de comer	2	Gotas para calentura	1
	Pulmonía	1	Abrirla bien	2	Dimetapp®	1
			No bañarla	1	No sabe	1
			Darle cosas calientes	1		
			Limón en la garganta	1		
Niña de dos años con signos y síntomas de neumonía	Bronquitis	3	No sacarla al aire	6	Inyección	6
	Pulmonía	3	Taparla bien	4	Gotas para la calentura	2
	Tos	1	Vaporrub® en pecho	2	Suspensión	2
	Anginas	1	Bañarla	2	Supositorio	2
	Resfriado	1	Friega de alcohol	2	Jarabe	2
	Broncomonía	1	Neo-Melubrina	2	Neo-Melubrina®	1
	Infección del pecho	1	Mejoral®	1	Pastillas	1
	Infección del estómago	1	Darle muchos líquidos	1	Internarla	1
			No bañarla	1		
			Bolsa de agua en frente	1		
Niña recién nacida sin signos ni síntomas de neumonía	Gripa/catarro	6	No destaparla/taparla bien	7	Gotas	7
	No está enfermo	2	Gotas de té de manzanilla en la nariz	6	No acudiría al médico	3
	Mormado	1	No sacarla al aire	3	Inyección	2
	“El frío”	1	Té de hierbas	3	Cucharadas	2
	“Morsusuelo”	1	Vaporrub®	2	Jarabe	1
	No sabe	1	Limpiar la nariz	1	Penicilina	1
Niño recién nacido sin signos ni síntomas de neumonía	Pulmonía	5	Té de hierbas	6	Inyección	5
	Bronquitis	2	Mejoralito®/Desengriol®	2	Cucharadas	4
	No está bien de la respiración	2	Abrirla bien	2	Internarlo	3
	Broncomonía	1	Rogarle que coma	2	Suero	1
	Neumonía	1	No sacar al aire	1	Oxígeno	1
	Infección de la garganta	1	Pomada en el pecho	1	Checar corazón	1
					Medicamento	1

Cuadro IV
RESULTADOS DE LAS COMPARACIONES PAREADAS DE PROVEEDORES DE SALUD ELEGIDOS POR 12 MADRES PARA ATENDER A UN NIÑO PEQUEÑO CON NEUMONÍA. VALLE DE SOLÍS, ESTADO DE MÉXICO

Proveedor de salud elegido	Porcentaje de veces en que fue elegido %	Razones para elegir al proveedor	%
Clínica del proyecto	63	Por cercanía	82
		Más barato	32
		Porque pueden trasladar a otro sitio si se agrava	14
		Porque le atienden rápido	14
Médico particular de la cabecera municipal	59	Por cercanía	57
		Servicio más rápido	35
		Mejor medicina	13
		Le tienen más fé	13
Centro de Salud de la Secretaría de Salud en la cabecera municipal	50	Por cercanía	67
		Cobran más barato	33
		Lo conocen mejor	14
Médico particular de la cabecera jurisdiccional	35	Atención rápida	59
		Tiene mejor medicina	35
		Tiene más experiencia	18
		Sabe más	18
Hospital de la Secretaría de Salud en la cabecera jurisdiccional	41	Sale más barato	35
		Tiene más aparatos	20
		Tienen más experiencia	15
		Hay especialistas	10
		Hay más médicos	10

Discusión

Al interpretar los resultados de este estudio deben tomarse en cuenta las características de la exploración etnográfica. En primer término, destacan las diferentes formas de acercamiento al objeto de estudio, en nuestro caso la terminología empleada por las madres en relación con las IRA, así como la descripción de prácticas de manejo de dicha enfermedad. Esta técnica, conocida como “triangulación” de la información,²⁰ se realiza con el propósito de complementar la información obtenida, y adquiere mayor confiabilidad y solidez cuando se encuentra consenso en las respuestas obtenidas por diferentes métodos, como sucedió en el presente caso.

Una segunda característica se refiere a la representatividad de la muestra. En estudios exploratorios como el presente, no se pretende seleccionar una muestra representativa de la población general. El muestreo seguido fue intencionado, pues se buscaba identificar

a informantes que representaran la variabilidad de opiniones que se esperaba encontrar en la comunidad; además, al obtener opiniones consistentes entre sí, en respuesta a preguntas abiertas, este muestreo permitió aumentar la confianza en que dichas respuestas reflejan el consenso cultural de la población estudiada.²²

En tercer lugar, es conveniente destacar que la recolección de datos empleó un tiempo considerablemente más corto que el que tradicionalmente dedica la etnografía comunitaria al estudio de un fenómeno social, el cual puede ser de meses e incluso de años. Esto responde a la necesidad de contar, en poco tiempo, con información útil para el desarrollo de intervenciones. Esta “investigación con misión” ha llevado a la aplicación de las llamadas “técnicas rápidas de exploración etnográfica”.^{17,23}

En relación con los hallazgos del presente estudio, encontramos que 3% de las madres identificó erróneamente como IRA baja un caso de IRA leve, en tanto que 58% de ellas equivocadamente identificó

Cuadro V
TERMINOLOGÍA EMPLEADA POR LAS MADRES
PARA REFERIRSE A LOS SIGNOS DE DIFICULTAD
RESPIRATORIA RELACIONADOS CON IRA.
VALLE DE SOLÍS, ESTADO DE MÉXICO

<i>Signo de interés</i>	<i>Términos empleados por las madres</i>
Respiración rápida (Taquipnea)	Respira fuerte
	Respira mucho
	Respira rápido
	Tiene sesido (le brinca el estomaguito)
	Le brinca mucho el pecho
	Respira agitado, o está agitado
Tiraje	Está asoleado
Estridor	Se le hunde el pecho (en las costillas)
	Le sube y baja el pechito en las costillas
Sibilancia	Se queja, o tiene quejido
	Ronquido de pecho
Cianosis	Ronquido de pecho
n= 24	

como no graves las viñetas de niños con IRA baja. Esto puede deberse a la falta de especificidad de algunos términos empleados por las madres para referirse a las IRA altas o bajas. Por otro lado, también puede obedecer a la falta de capacitación sobre los signos que deben llevarlas a diferenciar enfermedades no graves de aquellas que requieren la búsqueda inmediata de atención médica.

Cuando se considere el uso de términos locales en mensajes de capacitación dirigidos a las madres para que puedan hacer la diferenciación mencionada, habrá que prestar atención a los términos empleados por ellas para referirse a las IRA altas y bajas. En el primer caso, las madres se refirieron a la amigdalitis como “anginas” y a la hipertermia como “calentura”. En el segundo, las madres se refirieron al malestar general del niño diciendo que “está llorón”; a los estertores audibles, como “le hierve o le ronca el pecho”, y emplearon términos como “respira fuerte”, “se le hunde el pecho”, “tiene quejido”, “ronquido de pecho” y “se pone morado” para identificar, respectivamente, taquipnea, tiraje, estridor, sibilancia y cianosis. La comunicación también se vería facilitada al usar términos que no son empleados por el personal de salud, tales

como el “sesido”, pero que resultan de uso común entre la población.

Este estudio también ofreció una visión sobre las preferencias en la búsqueda de atención médica ante la enfermedad grave en un niño. Los servicios públicos mostraron una alta tasa de preferencia por razones primordialmente asociadas con la accesibilidad (cercanía, menor precio), seguidas por aspectos organizacionales del servicio (rapidez en la atención, posibilidad de traslado, presencia de médicos especialistas). La preferencia por acudir a un médico privado osciló entre 59%, para la cabecera municipal, y 35%, para la cabecera jurisdiccional. En el primer caso, la razón mayormente expresada fue la cercanía (57%), y en menor proporción (13%), la fe en el médico o en la medicina. En el segundo caso, las razones se relacionaron mayormente con la rapidez con que se espera recibir la atención (59%), y en menor medida, con la expectativa de recibir una mejor atención (18 a 35%). En ambos casos, las preferencias expresadas reflejan la expectativa de tener un servicio más eficiente al pagar por él.

La etnografía exploratoria es un primer paso en el entendimiento de las conductas de las madres durante los episodios de IRA en sus hijos. Por un lado, nos da un acercamiento inicial al problema bajo estudio; por otro, permite establecer el terreno para hipótesis posteriores. En el futuro cercano, sería conveniente incorporar la terminología popular en los mensajes de salud dirigidos a la población, buscando mejorar la comunicación entre los prestadores de servicios de salud y los beneficiarios, en este caso, las madres. A más largo plazo, resulta necesario evaluar el impacto del empleo de estos términos en indicadores tales como el uso de los servicios de salud y, eventualmente, en la disminución de la mortalidad infantil por IRA. En este sentido, la experiencia en otras partes del mundo resulta promisorio.^{8,9,23}

Referencias

1. Bulla A, Hitze K. Acute respiratory infections: A review. *Bull World Health Organ* 1978;56:481-498.
2. Leowski J. Mortality from acute respiratory infections in children under 5 years of age: Global estimates. *World Health Stat Q* 1986;39: 138-144.
3. Berman S. Epidemiology of acute respiratory infections in children of developing countries. *Rev Infect Dis* 1991;13(suppl 6):454S-461S.
4. Garene M, Ronsmans C, Campbell H. The magnitude of mortality from acute respiratory infections in children under 5 years in developing countries. *World Health Stat Q* 1992;45:180-190.
5. Dirección General de Estadística Informática y Evaluación. Mortalidad 1993. México, D.F.: Secretaría de Salud, INEGI, 1993.

6. Secretaría de Salud. Manual de Normas para el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en los niños. México, D.F.: Dirección General de Medicina Preventiva, Secretaría de Salud, 1992.
7. World Health Organization. Acute respiratory infections in children: Case management in small hospitals in developing countries. Document WHO/ARI/90.5.1990, Ginebra: World Health Organization, 1990.
8. Bang A, Bang R, Tale O, Sontakke P, Solanki J, Wargantiwar R *et al*. Reduction in pneumonia mortality and total childhood mortality by means of community-based intervention trial in Gadchiroli, India. *Lancet* 1990;336:201-206.
9. Pandey M, Daulaire N, Starbuck E, Houston R, McPherson K. Reduction in total under-five mortality in western Nepal through community-based antimicrobial treatment of pneumonia. *Lancet* 1991;338:993-997.
10. Cherian T, John T, Simoes E, Steinhoff M, John M. Evaluation of simple clinical signs for the diagnosis of acute lower respiratory tract infections. *Lancet* 1988;2:125-128.
11. Campbell H, Byass P, Lamont A, Forgie LM, O'Neill KP, Lloyd-Evans N *et al*. Assessment of clinical criteria for identification of severe acute lower respiratory tract infections in children. *Lancet* 1989;1:297-299.
12. Berman S, Dueñas A, Bedoya A, Constain V, Leon S, Borrero I *et al*. Acute lower respiratory tract illnesses in Cali, Colombia: A two year ambulatory study. *Pediatrics* 1983;71:210-218.
13. Reyes H, Tomé P, Romero G, Gutiérrez G, Martínez H, Guiscafré H. Autopsia verbal en niños con infección respiratoria y diarrea aguda. Un análisis del proceso enfermedad-atención-muerte. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1993;50:7-16.
14. World Health Organization. The management of acute respiratory infections in children in developing countries. Document WHO/RD/85.15.Rev.2.1986. Ginebra: World Health Organization, 1986.
15. Allen L, Pelto G, Chávez A. The collaborative research and support program on food intake and human function: Mexico project. Storrs (CT): University of Connecticut Department of Nutritional Sciences, 1987.
16. Martínez H, Calva J, Meneses L, Vais H. Uso de bebidas y alimentos en el hogar durante la diarrea aguda del niño. Estudio etnográfico en una zona rural mexicana. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1991;44:235-242.
17. Pelto G, Gove S. Developing a focused ethnographic study for the WHO, Acute Respiratory Infection Control Programme. En: Scrimshaw N, Leason G, ed. *Rapid assessment procedures: Qualitative methodologies for planning and evaluation of health related programmes*. Boston: International Nutrition Foundation for Developing Countries, 1992: 215-226.
18. Romney A, D'Andrade R. Cognitive aspects of english kin terms. *Am Anthropol* 1964;66:146-170.
19. Weller S, Romney A. Systematic data collection. *Qualitative Research Methods Series*. Newbury Park (CA): Sage Publications, 1988:vol.10.
20. Bernard HR. *Research methods in cultural anthropology*. Newbury Park (CA): SAGE Publications, 1989.
21. Martínez H, Reyes H, Tomé P, Guiscafré H, Gutiérrez G. La autopsia verbal: una herramienta para el estudio de la mortalidad en los niños. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1993;50:57-63.
22. Pelto P, Pelto G. *Anthropological research: The structure of inquiry*. Cambridge (NY): Cambridge University Press, 1978.
23. Gove S, Pelto G. Focused ethnographic studies in the WHO Programme for the Control of Acute Respiratory Infections. *Med Anthropol* 1994; 15:409-424.