ISSN 0325-2221 (versión impresa) – ISSN 1852-1479 (versión online)
Relaciones de la Sociedad Argentina de Antropología XLI (2), julio-diciembre 2016: 297-317

DE QUÉ SE ENFERMAN LOS NIÑOS: REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS ANTE LAS ENFERMEDADES DE MAYOR PREVALENCIA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD DEL GRAN LA PLATA (PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA)

Lorena Pasarin[*] *y Anahí Sy*[**]

Fecha de recepción: 6 de noviembre de 2015
Fecha de aceptación: 2 de noviembre de 2016

RESUMEN

En este artículo analizamos los procesos de salud/enfermedad/atención (PSEA) en torno a las enfermedades respiratorias de los niños menores 5 años de edad, que asisten a un Centro de Atención Primaria de la Salud en el Gran La Plata (Buenos Aires, Argentina). Mediante el análisis de historias clínicas, identificamos las enfermedades más frecuentes en los niños: las respiratorias. Luego, a partir de la aplicación de la metodología cualitativa del estudio de casos, realizamos entrevistas a familiares y al pediatra sobre casos de enfermedad recientes o en curso. El análisis permite identificar que la resolución de problemas de salud involucra diversos actores en el ámbito doméstico y extradoméstico, identificando convergencias y divergencias al referir al diagnóstico, etiología y terapéutica de las enfermedades respiratorias. De esta forma es posible profundizar en las particularidades del comportamiento en torno al PSEA en el primer nivel de atención.

Palabras clave: *Metodología del estudio de casos – proceso de salud/enfermedad/atención – enfermedades respiratorias – atención primaria de la salud*

[*] Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas "Prof. Dr. Fernando E. Viteri". E-mail: lopasarin@gmail.com
[**] Instituto de Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús. CONICET. E-mail: anahisy@gmail.com

WHAT MAKE CHILDREN GET SICK? DEPICTIONS AND BEHAVIOURS FACING MAJOR PREVALENCE DISEASES IN A PRIMARY HEALTHCARE CENTRE FROM GRAN LA PLATA (BUENOS AIRES PROVINCE, ARGENTINA)

ABSTRACT

In this article we analyze health/disease/care process around respiratory disease in children under five years old, attending to a primary healthcare center from Gran La Plata (Buenos Aires, Argentina). Throughout qualitative methodology we work with case study analysis interviewing family members and the pediatrician about recent or in course cases. We observed that the resolution of health problems was not exclusively circumscribed to 'official spaces' involving different actors from domestic and extra-domestic scopes. This study allowed us to identify convergences and differences among pediatrician and family members regarding diagnosis, etiology and therapy stories of the disease. Moreover this research gives light on specific behavior of actors involved in health/disease/care process in the context of primary healthcare.

Keywords: *Qualitative case study methodology – health/disease/care process – respiratory diseases – primary health care*

INTRODUCCIÓN

La mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de 5 años constituye la tercera causa de muerte de niños en Argentina, correspondiendo al 8,6% de todas las muertes por causas definidas. La tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias (codificadas como JJ00-J99 según la Clasificación Internacional de Enfermedades-CIE 10) (Organización Panamericana de la Salud [OPS] 1995) se ubica en 1,11 por cada mil nacidos vivos para el bienio 2009-2010. En la provincia de Buenos Aires, las tasas alcanzan 1,44 por cada mil nacidos vivos durante el mismo período (Bossio 2012).

En lo que respecta a la morbilidad, la neumonía, la bronquiolitis y la bronquitis son las principales infecciones de las vías respiratorias inferiores y constituyen uno de los problemas de salud más importantes para la población infantil menor a 5 años. El sistema de salud, especialmente el sector público, se ve saturado en época invernal por una mayor demanda en la atención de estas patologías, que constituyen las primeras causas de consulta pediátrica: en la provincia de Buenos Aires representan el 50% de las internaciones y el 70% de las consultas ambulatorias (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires [MS] 2007; Ministerio de Salud de la Nación Argentina [MSAL] 2010).

Estos primeros años de vida tienen un gran impacto en la salud de los niños. Desde el nacimiento hasta los 5 años, los niños se encuentran mayormente vinculados con su núcleo familiar, donde reciben la mayor parte de los cuidados que reproducen las pautas de crianza propias de su cultura; es así que el modo en que se utilicen los recursos colectivos influirá fuertemente en los niveles de nutrición, atención de la salud, educación y protección del niño (UNICEF 2007). En cuanto a la salud, las ideas sobre el origen de una enfermedad, así como la identificación del cuadro diagnóstico, el nombre que dan a un padecimiento y la forma de dar respuesta a ellos pueden ser muy diversas de acuerdo a la historia y cultura de los grupos sociales, que constituyen lenguajes y categorías diferenciadas para ofrecer explicaciones e interpretaciones relativas a estos procesos. Estas representaciones sociales en torno a la salud, llevan a las personas a tomar una postura ante la enfermedad y con ello sobre la forma en que debe ser manejada y atendida (Pasarin 2011).

Por ello, el conocimiento médico oficial o académico, por incluirse dentro de un marco cultural particular, no puede ser aplicable universalmente a grupos sociales o culturas diferentes

(De Miguel 1980). Si los profesionales de la salud no tienen en cuenta estas representaciones es muy posible que sus propias representaciones en torno al padecimiento no coincidan con la de los enfermos y las de sus familiares, produciendo dificultades en la atención (Torres López 2002). Sin embargo, estas ideas 'profanas' y 'expertas' también pueden confluir en algunos símbolos y signos comunes, dando significados particulares a las experiencias vividas.

Esta investigación forma parte de la tesis de Maestría *Proceso salud/ enfermedad/atención de niños de 1 a 5 años de edad, en la localidad de Arturo Seguí, Provincia de Buenos Aires* (Pasarin 2011). En este trabajo se presentan algunos de los resultados centrales respecto de las explicaciones en torno a la etiología y tratamiento de enfermedades de mayor prevalencia en una comunidad suburbana del Gran La Plata (Buenos Aires, Argentina). Se trabajará con casos de enfermedades respiratorias de niños de 1 a 5 años a partir de los relatos de los adultos que han tenido alguna participación en ellos, confrontándolos con aquellos provenientes del sector de salud oficial.

MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Para el desarrollo de esta investigación se aplicó la metodología del Estudio de Casos, con perspectiva cualitativa, como fuente de información acerca de episodios concretos de enfermedad. Esta aproximación permite explorar respuestas alternativas a una misma enfermedad, reconocer variables socioculturales que intervienen en estos procesos y acceder a diferentes concepciones y estrategias en torno a los procesos de salud-enfermedad (Crivos 1999).

Se considera que la implementación de esta metodología resulta particularmente adecuada en tanto admite un abordaje de la situación de enfermedad desde la experiencia vivida. Esto permite acceder al conocimiento y las prácticas efectivamente involucradas en la identificación de las enfermedades, las redes sociales que moviliza, los diversos factores involucrados en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, la asignación de causas, la significación de los signos, síntomas y recursos disponibles, la terapéutica, el seguimiento y sus resultados (Sy 2008).

Se trabajó con casos de enfermedad recientes o en curso, ya que a partir de los éstos, en términos de Menéndez (2003), sería posible "identificar todas o, por lo menos, la mayoría de las formas de atención que intervienen en un contexto determinado, lo cual sería difícil de obtener –por muy diversas razones– si partimos inicialmente de los curadores" (Menéndez 2003:187). Es en este sentido que adoptamos un enfoque que permita visualizar la diversidad de actores sociales que intervienen en el proceso salud/enfermedad/atención e interpretar sus conductas relacionalmente (Menéndez 2003:201).

Nuestro procedimiento metodológico buscó acercarnos a cada una de las personas que intervienen en el cuidado de los niños y niñas ante episodios de enfermedades respiratorias, no exclusivamente a las madres (como cuidadoras) o al sector de salud (como curador). Por ello, indagamos en torno a las *representaciones sociales*, concebidas como formas de conocimiento práctico que son elaboradas y compartidas socialmente, resultado de procesos históricos, y orientadas a posibilitar la comunicación, y que deben ser entendidas dentro de los contextos sociales, materiales e ideativos en las cuales se producen (Jodelet 1985; Spink 1993, Menéndez 2002). En el campo de la salud/enfermedad/atención, estas representaciones serán generadas a partir de las experiencias personales y de las compartidas, que comprenderán las nociones colectivas sobre el cuerpo y su funcionamiento, las señales que indican que algo se encuentra mal, la gravedad de la situación, la interpretación y su forma de atención. Estas representaciones y experiencias tendrán un efecto significativo en la elección de las formas de atención de los padecimientos y en la aceptación, rechazo o indiferencia sobre la forma de manejar la enfermedad prescrita por los profesionales de la salud (Torres López 2002).

El trabajo de investigación en terreno fue de 4 meses, ejecutado en 2 etapas. Durante la primera se llevó a cabo una prospección y relevamiento de documentación de las consultas pediátricas (historias clínicas) realizadas durante el año 2007 en el Centro de Salud Nº11 de la localidad de Arturo Seguí. El objetivo fue seleccionar las enfermedades con mayor ocurrencia para utilizarlas como categorías diagnósticas durante la segunda etapa del trabajo de campo. Como resultado de ese relevamiento hallamos como más prevalentes las enfermedades respiratorias, en primer lugar, y las parasitarias, en segundo. En este artículo solo serán utilizados los datos correspondientes a las enfermedades respiratorias.

En la segunda etapa del trabajo de campo, presenciamos la consulta pediátrica a fin de detectar la ocurrencia de estas enfermedades (o sus síntomas), contando con el consentimiento expreso de las autoridades pertinentes, los padres y/o responsables de los niños y los pediatras que atendían el consultorio. En ese contexto, se seleccionó una muestra de 9 casos, esto es episodios de enfermedad respiratoria, ya fueran de comienzo reciente o en curso, en niños de entre 10 meses y 4 años de edad. A partir de allí, se realizaron entrevistas semiestructuradas a sujetos involucrados en su atención, a saber: madres y/o familiares de los niños con diagnóstico de enfermedad y profesional de la salud, que realizaron el diagnóstico y/o acompañaron en el proceso. Las entrevistas fueron realizadas el mismo día o en días posteriores a la consulta, en el Centro de Salud o en los domicilios particulares de los informantes, según era consensuado con los entrevistados.

Se obtuvo información relevante de los 9 casos de enfermedad respiratoria a través de 12 entrevistas grabadas. El relevamiento de datos estuvo basado en el criterio de saturación teórica de las categorías investigadas, donde a medida que avanza el proceso se van agregando sujetos a la muestra, buscando incrementar la diversidad. El proceso termina cuando entrevistas con personas adicionales no producen ninguna información nueva o relevante para la comprensión del fenómeno (Vieytes 2004). En este tipo de muestreo lo más importante no es el número de personas entrevistadas, sino la información que proporcionan para interpretar el tema de interés.

La modalidad de entrevistas incluyó la realización de una serie de preguntas abiertas, siguiendo un eje temático, combinada con abordajes libres de los informantes acerca del tema propuesto. Los ejes en que versaron las entrevistas fueron:

- Denominaciones de la enfermedad.
- Síntomas.
- Ocurrencia de la enfermedad:
  - Momento: ¿Cuánto hace que está enfermo?
  - Lugar: ¿Dónde contrajo la enfermedad?
  - Causa: ¿Cómo se enfermó? ¿Por qué?
- Trayectoria de la enfermedad:
  - ¿Quién realizó la consulta?
  - ¿Qué tratamiento se indicó? ¿Por qué? Remedios usados, dosis, formas de prepararlo. Cuidados. Frecuencia de consulta.
- Resultados del tratamiento.

Las entrevistas fueron registradas en grabaciones digitales de audio para obtener un registro textual del discurso de los entrevistados.

Previo al desarrollo del trabajo de campo, el proyecto fue presentado al Comité Institucional de Revisión de Protocolos de Investigación del Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas Prof. Dr. Fernando E. Viteri del Hospital de Niños de La Plata. Este fue aprobado en conformidad con los principios contenidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Durante el trabajo en terreno se solicitó un consentimiento informado por escrito a cada persona participante, informando sobre los objetivos, potenciales beneficios, riesgos e inconvenientes y

asegurando la libertad de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Los nombres y apellidos de los entrevistados, como así también cualquier otro dato que permitiera identificarlos, fueron remplazados por un código para garantizar la confidencialidad de los datos y preservar el anonimato.

La codificación de las entrevistas corresponde a la primera letra del nombre y del segundo nombre de la madre, seguido por el número de caso siguiendo el orden en que fue registrado (en ocasiones, se entrevista a la misma madre por casos de enfermedad ocurridas a distintos hijos). En las entrevistas con la pediatra se coloca PD y el número corresponde al caso que está refiriendo. La información obtenida en las entrevistas fue transcripta textualmente en procesador de textos. Las referencias incluyen la pregunta del entrevistador o alguna observación realizada sobre la situación de la entrevista entre paréntesis.

Posteriormente se realizó un análisis inductivo de los datos, partiendo de las entrevistas transcriptas de manera textual y utilizando el software NUDIST (Qualitative Solutions and Research [QRS] 1997) como soporte para la sistematización y análisis de los datos.

Categorías de análisis

Buscando recuperar la temporalidad que supone el caso, partimos de la categoría de proceso de salud/enfermedad/atención (PSEA), considerando que la enfermedad no es una situación estática sino que constituye un proceso que involucra factores psicológicos, sociales y culturales que influencian la experiencia de los malestares o padecimientos, sus manifestaciones y la expresión de los síntomas, y que implican subjetividades, interacciones y negociaciones entre los distintos actores involucrados (Good y DelVecchio Good 1982; Becker *et al*. 2009). Por ello consideramos el PSEA, tal como lo fue planteado por Menéndez (1994), como el conjunto de representaciones, saberes y prácticas que generan los grupos sociales para entender, explicar, "enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos" (Menéndez 1994:71).

En el marco de este proceso, identificamos el cuadro diagnóstico, considerado como la detección del padecimiento que incluye la identificación de una serie de trastornos, signos y síntomas que llevarán a reconocer la existencia de un problema de salud y a diferenciarlo de otros posibles padecimientos. A partir de ellos, se logra establecer un diagnóstico que determinará las decisiones por tomar y las actividades a desarrollar para su resolución (Osorio Carranza 2001). De acuerdo al Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas (1979), los signos son definidos como datos objetivos reconocidos por un observador que son consecuentes con una enfermedad o alteración de la salud y que se hacen evidentes en la biología de una persona enferma (por ej., la fiebre, el edema, el enrojecimiento de una zona del cuerpo), mientras que los síntomas son manifestaciones de alteraciones orgánicas o funcionales a partir de una referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que reconoce como anómalo (por ej., la distermia o sensación de tener un trastorno de la temperatura corporal, sensación de fiebre, escalofrío, mareo, náusea, dolor, somnolencia, etc.). Desde la biomedicina, la perspectiva del paciente o de la madre únicamente podría corresponder a lo denominado como síntoma, consiguiéndose una posible interpretación como signo solo con la corroboración del médico profesional (Osorio Carranza 2001). En el caso de esta investigación, se tomará a los signos y síntomas como conjunto en el cuadro diagnóstico debido a la dificultad de clasificarlos en una u otra categoría, sin embargo, en la medida de lo posible se intentará diferenciarlos.

Dentro de este cuadro diagnóstico se incluyen las denominaciones o designaciones de la enfermedad, que refieren a la forma de nombrar el padecimiento y que pueden ser muy diversas de acuerdo a la historia y cultura de los grupos sociales; éstas constituyen lenguajes y categorías diferenciadas para ofrecer explicaciones e interpretaciones relativas a estos procesos.

Asociado a la identificación de la enfermedad se presentan las explicaciones sobre su etiología, esto es, sus causas, las que colaboran enormemente en la definición y/o confirmación de los diagnósticos.

Con la definición del diagnóstico aparecen las respuestas terapéuticas o el tratamiento, que entendemos como las diversas formas de cuidado para el alivio de los síntomas o la curación definitiva de los problemas de salud, que van desde la administración de medicaciones en el hogar (autocuidado/autoatención) hasta la atención brindada por profesionales de la salud –atención médica profesional– (Haro Encinas 2000; Menéndez 2005, 2009). En este camino se emplean recursos de diverso tipo –ya sea farmacológicos, higiénicos o físicos–, aplicados como tratamientos curativos o paliativos en el intento por alcanzar la resolución del problema de salud o atenuarlo.

RESULTADOS

Caracterización del área de estudio y su población

Se trata de una localidad situada a 17,5 km del casco urbano de la ciudad de La Plata. La población se dispone alrededor de la exestación de ferrocarril, en torno a la que se instalan la mayoría de los comercios y residencias. Hacia la periferia pueden encontrarse dos sectores diferenciados: uno de explotaciones de actividad primaria intensiva (floricultura y horticultura) con residencias asociadas, y uno de concentración de población de bajos recursos económicos, apostada en casillas y ranchos que ocupan pequeñas parcelas. La localidad cuenta con la provisión de energía eléctrica pero carece de otros servicios. Esta situación, entre otras, coloca a la población en un nivel crítico, con un 31% de sus habitantes con las necesidades básicas insatisfechas (NBI) (Dirección General de Estadística y Evaluación de Programas Especiales 2009).

Hasta el año 2001, la localidad contaba con 6.115 habitantes (Dirección Provincial de Estadísticas 2001). En los últimos años, debido a la ocurrencia de migraciones provenientes del Conurbano Bonaerense, el número de habitantes de la localidad aumentó significativamente. La población es predominantemente de nacionalidad argentina, aunque con un significativo porcentaje de residentes de origen extranjero, provenientes de países como Perú, Paraguay y Bolivia. En general, la población activa se ocupa como obreros o empleados, aunque se registran también trabajos como cuentapropistas y trabajadores familiares. La mayoría de sus habitantes carece de servicios médicos por obra social, lo que resulta en la concentración de la mayoría de las consultas en el único Centro de Atención Primaria de la Salud de la localidad, distante a 13 km del hospital más cercano (Dirección General de Estadística y Evaluación de Programas Especiales 2009).

Material empírico obtenido: casos e informantes

Se trabajó con información referente a la descripción de los PSEA de casos de enfermedades respiratorias de 4 niños y 5 niñas de entre 10 meses y 3,5 años de edad. El relato de cada episodio fue realizado por la madre del niño y una de las pediatras del centro de salud. Respecto a la figura de la pediatra, si bien durante el trabajo de campo estuvimos en contacto con otros médicos especializados en pediatría, esta profesional fue la que había atendido los episodios de enfermedad de los niños que seleccionamos como caso para el análisis.

Todas las entrevistadas fueron mujeres de 20 a 42 años, con diferentes grados de experiencia en la maternidad (de 1 a 7 hijos). En general, estas mujeres no trabajaban fuera del hogar y se quedaban en su casa al cuidado de sus hijos. Quienes trabajaban afuera realizaban tareas domésticas en casas de familia y de cuidado de adultos mayores o contaban con empleo en empresas de limpieza.

Cuadro diagnóstico: dos perspectivas.

En el relato del caso que realizan las madres se observa que el diagnóstico de los padecimientos es efectuado en algunas ocasiones *a priori* y en otras *a posteriori* de la visita al médico, sobre la base de la observación del cuadro diagnóstico. Antes de la visita a la pediatra del Centro de Salud estas mujeres ya cuentan con una primera definición acerca de aquello que aqueja a sus hijos, situación que se confirma generalmente luego de la consulta médica. Asimismo, para realizar el diagnóstico reflexionan sobre las posibles causas que ocasionaron su desarrollo, cuestión que ayuda a concretarlo.

En cuanto a la pediatra, de acuerdo a lo observado, no puede asignar a primera vista un nombre específico a los signos o síntomas del niño, pero sí ocurre que señala la sospecha sobre el "compromiso" o localización de la enfermedad en algún sistema u órgano, el diagnóstico definitivo de los casos estudiados ocurre generalmente luego de dos visitas al Centro de Salud y la consulta acerca de la evolución de los síntomas observados.

Padecimientos respiratorios: cuadro diagnóstico y denominaciones de la enfermedad

Los cuadros diagnósticos fueron reconocidos por las madres por experiencias previas de enfermedad de alguno de sus hijos. Para nombrarlos utilizaron, en su mayoría, términos biomédicos que permiten definir signos característicos de ciertas enfermedades o síndromes (fiebre, tos, catarro, mocos). Algunos síntomas mencionados se corresponden con patologías específicas y no con signos como, por ejemplo, la gripe. También surgen referencias asociadas a observaciones de las madres respecto a cambios en la conducta de sus hijos.

> Yo porque yo estoy todo el día con él. Aparte ya, cuando no quiere jugar, ya se duerme más, ya sé... que se está enfermando (SR.1).

> Sí. ¡Porque los labios naturales no es tan rojo que digamos! En cambio, un color natural, rosaditos son los labios de ellos. Pero cuando empieza a enrojecerse mucho es porque va a tener temperatura. Y a la noche siempre tienen temperatura (EE.2).

> Si... está decaída. Aparte te das cuenta porque respira muy rápido y se le... ponete ahí, ponete ahí (DIRIGIENDOSE A SU HIJA)... se le hunde para adentro la parte de acá de las costillitas, para adentro (G.6).

Para referirse a los padecimientos sufridos por sus hijos, las madres utilizaron los siguientes términos: neumonía, gripe, broncoespasmo, dificultad respiratoria, bronquiolitis (o como sinónimos: bronquitis, asma y catarro). Estas enfermedades se producían concurrentemente o podían presentarse una por caso. Como puede observarse todos los términos utilizados para denominar las enfermedades provienen de la biomedicina y se refieren de modo indistinto a signos o patologías específicas (tabla 1).

La pediatra hace escasa referencia a los cuadros diagnósticos particulares de cada uno de los casos (por ej. patología broncoespasmo, dificultad respiratoria, "reflujo que esté anormal") y directamente menciona el diagnóstico de la enfermedad padecida por el niño/a. Para los mismos casos, utiliza los siguientes términos: Bronquitis broncoobstructiva, hiperreactor, neumonía, problemas respiratorios, crisis broncoobstructiva o cuadro broncoobstructivo (tabla 1). En la siguiente tabla presentamos la terminología utilizada por las entrevistadas para nominar la enfermedad según cada caso correspondiente.

Tabla 1. Terminología de los padecimientos utilizada por la madre y la pediatra

CASO	DENOMINACIÓN PEDIATRA	DENOMINACIÓN MADRE
1	Neumonía-hiperreactor	Neumonía
2	Problemas respiratorios	Gripe
3	----------	Broncoespasmos
4	Hiperreactor-cuadros broncoobstructivos	Dificultad respiratoria
6	Hiperreactor	Catarro, asma
8	Bronquitis Broncoobstructiva-broncoespasmo	Asma
9	Crisis Broncoobstructiva complicada con neumonía de proceso viral.	Bronquiolitis
10	Crisis broncoobstructiva	Bronquiolitis
11	Bronquiolitis	Bronquiolitis
12	Cuadro broncoobstructivo	Bronquiolitis

Fuente: elaboración propia.

En relación con los diagnósticos, la pediatra se refiere a los casos 11 y 12 de la siguiente manera:

> Los AGUIRRE hay un... son en realidad... chicos que han tenido... ponele, JUAN hizo una bronquiolitis y después de la bronquiolitis quedó como más... reactivo. Eh... no han tenido internaciones ninguno de los 2. Eh... JOSEFINA hace también cuadros broncoobstructivos, está en sobrepeso, así que por ahí tampoco eso no la favorece demasiado... (PD.0).

En referencia al caso 8 menciona:

> Sí. Porque no tiene ninguno de sus dos papás, ni la mamá ni el papá. FERNANDO es un broncoobstructivo, que estaba en un mal medio (…). Es un hiperreactor, sí. Todavía por la edad uno no podría catalogarlo como asma, pero es un hiperreactor y tiene antecedentes de... por la parte de la mamá de otras hermanitas que son asmáticas. Así que lo más probable es que vaya a ser asmático (PD.0).

En cuanto al caso 6 menciona:

> Esa nenita tiene cuadros respiratorios... Nada... hiperreactora (…). (Qué es hiperreactor?) Hiperreactor es, en realidad el chico que de por sí tiene una reacción más exagerada ante algunos agentes extraños. Algunos porque han tenido ponele bronquiolitis o alguna patología respiratoria cuando es bebé, deja algún tipo de respuesta más exagerada. Otro porque es hiperreactor, o sea, está en la edad de ser hiperreactor: hasta los 5 o 6 años, el pulmón del chico madura. Pero uno no lo puede catalogar ni como asmático, ni como...En algunos casos, si además de esa patología respiratoria se acompaña de otra cosa, uno busca otro tipo de enfermedad. ¡Qué se yo! Que haya un reflujo, que sea un fibroquístico o alguna otra cosa. Sino no. (PD.0).

Del caso 4 refiere:

> ¿Cuadros broncoobstructivos? Sí. La vio neumonología y en realidad le pidió un par de estudios, que la mamá le hizo y no hubo nada más que sérica reactora, que estaría dentro de lo esperable para la edad. Tuvo una internación... de un cuadro respiratorio. Pero bueno,

> no. Después no hubo ninguna otra intercurrencia, digamos, que hiciera pensar en otra cosa. (…) (PD.0).

En estos discursos puede observarse que a partir de referencias como "es un broncoobstructivo", "es un hiperreactor", "que sea un fibroquístico o alguna otra cosa", la pediatra identifica al niño como que "es" o "fue" tal o cual enfermedad o problema y no como individuos que tienen una enfermedad o la padecen.

La causalidad o etiología de los padecimientos

Respecto a la causalidad o etiología de los padecimientos de los niños las madres ofrecieron diversas explicaciones basadas en:

- el conocimiento adquirido por una experiencia personal o de enfermedad previa de sus hijos,
- la referencia de otras personas de su entorno social o de los médicos del Centro de Salud y/o del hospital.

Para todos los padecimientos respiratorios las madres refieren como principal causalidad el cambio de clima y/o la exposición del niño a bajas temperaturas, mencionando dentro de éstas el frío o el invierno, indistintamente. Estos tipos de padecimientos se hallan fuertemente vinculados a la noción "de aire", producto de un cambio brusco del clima al cual el niño se encuentra expuesto, cuando por ejemplo el niño sale de su casa (calor) hacia afuera (frío) sin el abrigo necesario.

La neumonía se asocia a una conducta sobreprotectora materna que los volvería más enfermizos. Se menciona también la posible existencia de "un mal" que afecta al niño, por la envidia o celos, producto de relaciones de la madre o de la familia con otras personas.

> No, cuando hace un poquito de calorcito sí lo saco afuera (…). Pero igual no tengo lo tengo mucho afuera, a las 5 poraí ya, o antes, nos metimos ya adentro (SILENCIO). (…) por ahí lo cuidás mucho, por ahí le pongo la estufa, viste, que mantenga caliente la pieza. Y mi hermana dice a veces: por lo que estás mucho encima de él, vos nomás lo enfermas; dice mi hermana (SR.1).

> A como ser que al nene mío me lo habían hecho un mal, una piba... porqué no sé, ella me lo dijo... una chica, esta primera me lo dijo, la que lo llevábamos antes y fue así. Yo lo traje acá al médico y tenía neumonía... (¿Por ahí puede ser que cuando se enferman así los nenes es por un mal así, que te hacen?) A: Claro, hay gente mal y gente buena... por ahí no te quieren ver bien y buscan esos métodos para hacerte mal también. Hay gente que se presta para hacer mal también... (¿Y ustedes que creen? ¿qué puede ser algo de eso o no?) A: ¡Y sí! Puede ser... M: Sí. Yo lo llevo al médico, a todos lados y... ¡siempre igual! (…) (¿Y quien le puede haber hecho algo mal? ¿Por vos o al nene?) M: Pienso que por mí... A: Pasa que hay personas que tienen bronca o no pueden ver bien a alguien y... el arma de ellos es los chicos. Como decir, la mamá es de él... Por ahí, a uno grande, uno mismo, como ser... a mí varias veces me hicieron pero yo, dura, no...no... (SR.1 y P.1).

Para la gripe, las explicaciones se encuentran asociadas a agentes patógenos y a la idea de contagio, realizando una directa asociación entre el contacto del niño con una persona enferma y la adquisición de la enfermedad.

> Y puede ser, verdad, porque viste… ella está en el jardín ¡y en el jardín hay muchos! Había uno que… 15 días creo que faltó su compañerito por razones de eso… de broncoespasmo. Yo digo que seguramente que por eso. ¡Pue' amanece nomá' así! (EE.2).

Respecto a la bronquitis y bronquiolitis se menciona como causalidad la posibilidad de obtener este tipo de padecimiento por movilizar al niño en demasía, sin especificar la razón acerca de por qué el movimiento lo enferma. Por otro lado, se menciona la posibilidad de contraer la enfermedad a través de *virus* que se encuentran en el ambiente y que son adquiridos por los niños. Otra causalidad asociada a este tipo de padecimiento es una conducta propia del niño/a que lo induce a contraer la enfermedad, haciendo mención a que determinados comportamientos como "andar descalza" se encuentra directamente asociado a la adquisición de este padecimiento.

> Sí y después empezó JOSÉ. Estaba tosiendo hacía muy poco y con el trajinar parece lo hice enfermar a él más. Si... estaba... ahora está bastante bien. Lo cuido así, cuando empieza ya a toser y fiebre. Cuando tienen ya le traigo acá o sino lo llevo a guardia, o sino de acá lo llevo allá, o Gonnet o Niños... (VC.9.10).

> No sé (RIE). No sé... Por ahí puede ser un virus, algo, sí. Sí, hay veces sí, cuando vengo me dicen que es un viral, que se va, sí. (¿Y esos virus de dónde se lo agarra?) Eh, no sé... de por acá (RÍE) (VC.9.10).

> Bueno, aparte ésta, ésta; cuando anda así en zapatillas, zapatillas se las saca también, anda descalza. Por eso también (LM.11.12).

Entre las causalidades mencionadas para la dificultad respiratoria se menciona la posibilidad de que el niño "sea propenso" por tener "problemas desde chico", asociado a eventos pasados de padecimiento de la enfermedad. Es decir, se la asocia con la capacidad inmunológica del niño y se señala esa situación como factor predisponente. A eso se agrega la posibilidad de que el padecimiento ocurra por contagio, donde otras personas son portadoras de la enfermedad y "se la pegan" al niño.

> (Pero… ¿y por qué se enferma, por ejemplo, ahora? ¿Vos por qué pensás que hace 10 días se enfermó?) Y yo… por no tener cuidado no es, porque yo a ella la baño, la seco el pelo…del baño no sale…sale con el pelo seco… re cambiada… No. Me parece que es propensa… propensa. Y por ahí… el papá… que se yo…trae un moquito. Viste que para uno es un moquito y para ella es más grave, ¿viste? Y… qué se yo, ella todavía duerme todavía en la misma habitación con nosotros y por ahí tiene que ver eso, por ahí se lo pegamos… ¡Yo a veces le echo la culpa a él! (S.4).

Para el catarro y el asma se menciona la asociación con un problema crónico "desde que nació", que lo lleva a repetir el padecimiento frecuentemente. Para el asma se agregan conductas de riesgo como el hecho de que el niño "se desabriga" y así contrae la enfermedad o "transpira demasiado". También se menciona la posibilidad de contraer el padecimiento por la existencia de una predisposición familiar.

> (¿Y como se enfermó? ¿Qué te parece que pasó?) Y ella desde que nació. Sería desde que nació quedó internada. Por el mismo de que no podía respirar, viste... se le iba la respiración. (¿Y vos te das cuenta que hay alguna causa, para que se enferme? ¿Algo que pasa siempre para que se enferme?) Y... de un día para otro. Porque desde que nació, después a los 15 días ya... (G.6).

> Y ahora JULIO tiene los bronquios, tipo asma... desde que nació (JEF.8).

> (¿Y alguna otra cosa que usted piensa que pueda pasar? ¿Para que se enferme?) Nooo, otra cosa no puede tener, mami. Si es eso, como tuvo mi hija, tiene él. Toda la familia tiene eso. (Todos así). La mayor tuvo eso... (JEF.8).

Para los mismos casos, la pediatra ofrece otras explicaciones al describir la etiología de las patologías respiratorias. En primer lugar, menciona el medio en el cual vive el niño como primer factor desencadenante. Así, la mala alimentación, la convivencia con fumadores, la permanencia en una vivienda de condiciones precarias, los problemas familiares, la falta de cuidados o la permanencia del niño en ambientes faltos de ventilación o encerrados, son factores que influyen fuertemente en el desarrollo de estas enfermedades.

> (…) FERNANDO es un broncoobstructivo, que estaba en un mal medio. En realidad, porque tenía una mamá que era consumidora, drogadependiente... Y un papá alcohólico, que estuvo preso por robo... Fumadores los dos... Eh... y bueno, fallecieron y ahora se quedó con su abuela. Desde que está con la abuela tiene menos episodios, por ejemplo (¿Y qué es lo que tiene? ¿Asma? Porque la abuela me dijo que tenía asma...). (PD.0).

En segundo lugar, aparece como explicación etiológica la existencia de alguna patología previa como alergias, hiperreacción del niño (susceptibilidad a diversos factores desencadenantes), déficit inmunológico, parasitosis, síndromes genéticos no determinados o fibrosis quística. También menciona que puede deberse a la adquisición de algún virus o bacteria, por contagio a través del contacto con algún enfermo.

> (…)(¿Cuando uno se agarra alguna cuestión respiratoria es por virus, por bacterias, por las dos cosas?...) Puede ser por virus, o por bacterias. Hay otros cuadros respiratorios que obedecen a otro tipo de cosas: esto de ser alérgico... que haya un déficit inmunológico... por... algunas parasitosis producen también manifestaciones de lo que es un cuadro respiratorio. No es lo más común, no lo hace cualquiera, lo hace el que puede. Por ahí en un medio donde... No son, por ejemplo, en el caso de los FERNANDEZ, no son ninguno de los 2 fumadores... Da la sensación de que es una familia como muy cuidadosa, no han tenido problemas de alimentación ni nada... (PD.0).

> Hay síndromes que se asocian con determinada patología respiratoria o neurológica. Pero... así a grosso modo, las cosas que pudimos descartar, por ejemplo, es una fibrosis quística que sería una de las cosas importantes que teníamos que descartar. Bueno, eso se descartó. Eh... igualmente creo que FACUNDO tiene en contra el medio donde vive. Porque no lo ayuda. Con una mamá que si bien se ocupa, le falta y encima vive en un entorno terrible, donde nadie hace lo que tiene que hacer... mucha gente enferma. Los abuelos por empezar, que son los que sostienen digamos la casa, tanto la abuela como el abuelo están internados, es un tema (PD.0).

También recalca que el frío no es causante de enfermedades respiratorias, aunque destaca que de cierta manera es un factor predisponente por el hecho de que en determinadas épocas la presencia de bajas temperaturas colabora con una menor ventilación de los ambientes y, consecuentemente, con una mayor concentración de los gérmenes.

> (Te hago una pregunta, porque viste que hay todo como un... Como que uno siempre piensa que uno se enferma en invierno, de algo respiratorio, por el frío. ¿En realidad es por el frío

> o por estar dentro de un ambiente cerrado o no ventilado... o sea, cual es la causa? Por el frío o..). El frío colabora porque, obviamente, te expone... lo expone a uno a gérmenes más frecuentes en determinada época. Qué se yo, que haya un sicitial respiratorio y que el chico venga y que esté en la sala de espera y demás, lo predispone. Pero tiene mucho que ver el medio donde viven (Pero es por estar en contacto con alguien, no es que por el frío uno se agarra algo…) No debería por qué...no...tiene que ver más que nada con eso, el hecho de que esté en un ambiente cerrado, que si usaste... ¡No ventilas! Que... bueno, esto de la sala de espera que te digo... Que esté en contacto con muchos hermanitos que seguramente van a la escuela, vienen con mocos y se contagió. Pero no por el frío en sí. (No, porque hay una cosa así como...) Si, de que viene el frío y viene la gripe (…). No. Y si uno mantuviera la misma conducta haga calor o frío, con respecto a la diarrea, que es lavarte las manos y mantener la higiene de las cosas que utilizas, no tendría por qué influir. Pero bueno... (PD.0).

Respuestas terapéuticas

La terapéutica a los padecimientos respiratorios se encuentra asociada a la resolución y/o alivio de los síntomas presentados. Las madres utilizan distintos tratamientos conocidos con anterioridad y generalmente los aplican previamente a la consulta con los médicos del Centro de salud y/o del hospital. Entre los más utilizados se encuentran antipiréticos, expectorantes, broncodilatadores y medios físicos (baños, paños fríos, vapor, aspiración, nebulizaciones con solución fisiológica).

Para el tratamiento de la tos, o cuando sus hijos están agitados, las madres recurren a tratamientos tradicionales como baños de vapor o infusiones de flores de malva blanca mezclada con leche (expectorante), que combinan con la realización de puff (inhalación por medio de un aerosol) con broncodilatadores (salbutamol) aplicados con aerocámara y/o nebulizaciones. En general, estos medicamentos de patente son aplicados sin consulta previa de ese evento al médico profesional, por conocimiento precedente de la madre.

> No, siempre traigo a consultar. O si por ahí está muy avanzada ya sé lo que tengo que hacer... (Y por ejemplo, ¿qué haces cuando no podes venir acá?) Y... ¡puff! (¿Con qué?) Aerosol. (¿Y eso la alivia?) Sí. (¿Y eso cómo le hacés? ¿Todos los días?)No, no, no. Cuando está atacada (G.6).

> Él, bueno... él le agarra, cada dos por tres, bronquiolitis, se agita mucho... y bueno... Primero, cuando no tenía el puff le hacía...que ella...a ella era la primera que bueno, que nació que tenía así... le hacía nebulización. Cada vez que estaba agitada le hacia las nebulizaciones yo. Y bueno, después la traje acá y le dieron un... el puff. Y ya ahí, cada vez que veo que están agitados o tienen... están resfriados, ya empiezo con el puff (EE.2).

> Hay esas malvas blanca… en Paraguay hay muchísimo, verdad… los remedios que se hacen… Acá no encuentro tanto yo, verdad. Es medio seco lo que se compra acá (...) (¿Y a ellos con la malva blanca qué haces?) ¡Le pongo con leche! ¡Tampoco le doy tan puro! (…). Preparo como un té, tapo para que no se evapore y le pongo en la leche sí, ¡acá es conocido eso! Porque hay un libro de medicina que tiene eso… la malva blanca… que yo había comprado acá un libro. En eso está la malva blanca, se conoce (…) (¿Y eso cada cuanto le das?) No, a la mañana nada más cuando empieza a tener la tos (…). Pero con eso no le pasa, la única solución es que vaya a la sala. (¿Y eso para qué es? ¿Para que se le pase la tos?) Es como un expectorante es y también se le hace vapor a los chicos (…) (EE.2).

Para bajar la temperatura corporal, producto de la fiebre, se realizan baños con agua templada, se administran antipiréticos (ibuprofeno) y/o se colocan paños fríos sobre la frente del niño.

> Yo le tomo la temperatura y si no tiene 38 por ejemplo, si tiene 37 y un poquito más, 37 y 9, está teniendo… Yo tengo así para… el que viene… ranita sana sana, que dice poner, con ese le bajo la temperatura. O le baño con agua medio templadito, pero no frío ni tampoco caliente. Y si le pasa con eso, empiezan a jugar otra vez. A jugar… y después le tomo otra vez la temperatura y no tienen más, bueno, me tranquilizo. Y si a la noche le tomo otra vez cuando siento que tiene un poquito y tiene más de… cuando llega a los 38 y un poquito más ya le doy remedio, lo que siempre me dice su pediatra para que le dé. Porque siempre tengo. Esta vez traje 2 frascos de remedios de…para la temperatura. (¿Y qué te da?) Ibupirac (…) (EE.2).

> Si, por ahí, cuando tengo jarabe para fiebre, por ahí de noche no saco así ratito. Viste, yo... Si tengo algo para fiebre le doy para fiebre algo y si no tengo con pañitos, algo, lo bajo... este... fiebre y después, esteee, nada. Después ya traigo al día siguiente (VC.9.10).

Para el tratamiento de la gripe las madres administran jugos de cítricos exprimidos, como el pomelo o el limón, que se entibian y son ingeridos junto con una "aspirineta" (ácido acetilsalícico).

> Y la gripe y eso siempre se toman… como dicen, se hacen… jugo de pomelo, que el pomelo allá abundan. Y hay limones, que se le hace jugo, se le toma con una aspirineta o si es persona grande una bayaspirina. (¿Y le hacés eso a ellos también?) Y sí, porque eso recetan los doctores también. Como tienen vitamina c y eso entonces le ayuda. Allá todo se toma, en casa tenía todo eso: de limones, naranjas, pomelos… pomelos del blanco… acá no hay pomelos de ese blanco casi…solo el rosado (EE.2).

En el tratamiento de la mucosidad y/o el catarro utilizan medios físicos como la aspiración del moco con pipetas, las nebulizaciones con solución fisiológica o el baño de vapor para "aflojar" la mucosidad. Respecto al último método, lo más frecuente es la utilización de una olla con agua caliente, donde se acerca la cara del niño, tapándolo con una toalla, manta o frazada para evitar la pérdida del vapor, así se produce el efecto de ablandamiento de la mucosidad. Se pueden agregar a este baño gotas de salbutamol (droga farmacológica) u hojas de eucaliptus para aumentar el efecto. También se menciona el uso de una mecánica de golpeteo persistente en la espalda para la eliminación de la mucosidad.

> (¿Y el vapor se hace para neumonía nomás?) No, cuando está... sí, cuando están... cuando tienen mucho moquitos, están así congestionados, se le hace. Primero para que también... alivie un poquito y se le aflojen los mocos (SR.1).

> (...) Y cuando yo le hago los remedios, yo le pongo así, porque ninguna madre le pone así, lo hago jugar con él, ¿eh? Y lo hago así (LE HACE AL NENE GOLPETEOS EN LA ESPALDA) y sí, le pongo un pañuelito acá y hace (UN RUIDO) y tira todo (Ahhh, mirá) Y ninguna mamá hace eso. No. Lo tienen ahí, sentado, no, tienen que hacer así, y él sabe que le hago así (¿En la espaldita?) Si (¿Y eso por cuanto tiempo le hace así?) ¡No! Yo le hago lo que yo quiero, para que saque todo el catarrito, juego con él y después tira todo el catarro (JEF.8).

> (¿cómo...le ponés algo al agua para que... se abran los pulmoncitos o algo?) No, por ahí el salbutamol en gotas (¿Adentro del agua?) Sí. (¿Y cuantas gotitas le pones?) 3, 3 gotitas.(Y eso hace como...) En sí algunas le ponen un poquito de sal, algunas... pero yo no, antes, al menos mi mamá antes si... ponía...pero no...(¿Y las gotitas se las ponés después de hervir el agua?) Claro, se las hecho al fuentencito, se las hecho (P.1).

> Me hace bien a ese hacerlo, porque yo le hacía a mi hija así. Con eucalipto este, era el más (...) era mejor. Yo le hice ahora le dije ahora a Héctor, tené cuidado con la olla. Pero yo tengo cuidado, porque yo estoy sola con él... Le agarro así, como lo tengo acá, viste, las patitas pa'ca, y las manitas las tengo yo y le hago así y le hago. (¿Y cómo le hace el vapor?) Le hago con él. Le pongo una ollita chiquita y le hago, y le pongo una toalla. (¿Y eso le hace más moco dice usted?) Sí, saca más moco, ¡sabés cómo saca! Y ese le hice a mi hija, yo mucho antibiótico no le daba. El antibiótico le hace muy mal también a veces. Como nosotros antes hacíamos casero, viste, mi mamá hacía las cosas... Yo le hago con eucalipto. Y es mejor. Yo estoy con un tarro viejo ahí así. (¿Y le pone algo al agua para que...?) Sí, eucalipto (¡Eucalipto. Ahh! ¿cuánto le pone?) una hojita o dos, tres, para él nomás, solito le pongo y sale... (JEF.8).

Algunas madres mencionan la realización de determinadas prácticas para prevenir estas enfermedades o para evitar el agravamiento de un padecimiento ya existente. Entre ellas plantean ventilar los ambientes, evitar que fumen en el hogar, no tirar aerosoles ambientales, alimentar con frutas a los niños y no sacarlos de la casa cuando hace frío. Aquí aparecen mixturadas distintas recomendaciones médicas junto con la propia percepción de las madres.

> (¿Y haces alguna otra cosa en tu casa así para aliviarlo a él? Alguna cosa así que hayas aprendido...que te hayan enseñado en tu casa...) Sí, lo de...tratar de que no fumen. ¡Es una historia con mi marido, fuma! ¡Así que es una lucha! ¡Hay cosas que no se puede hacer en la casa! Tirar aerosoles...y todo por los pulmones, así que... (N.3).

> (...) Y no tratarlos de sacarlos mucho, cuando hace mucho frío (EE.2).

> (...) Por ahí cuando está lindo el día sí, abro las ventanas, todo. Saco todo, las frazadas, todo afuera (...) (SR.1).

Tratamiento prescripto desde la atención médica profesional

Para extraer el "moco" la pediatra indica la aplicación en la nariz de una solución hipertónica compuesta por cloruro de sodio (sal) envasada en cápsulas estériles. Esta terapéutica es recomendada para el alivio de los síntomas y no como terapia de curación, y sólo es indicada en los casos en que el niño no quiere/puede alimentarse o cuando tiene dificultad para respirar.

Para el alivio de mucosidades o de la tos, la médica desaconseja el uso de vapor, no por contraindicación terapéutica, sino por los accidentes que pueden ocasionarse. En este punto, menciona antecedentes de quemaduras en manos, rostros y cuerpos de los niños debido a la utilización de ollas con agua caliente para producir el vapor, al no contar con ducha en el baño.

Para los cuadros respiratorios en general, las nebulizaciones en el hogar no son muy recomendadas por la pediatra, ya que irritan y humedecen las vías respiratorias y no resuelven el problema. Del discurso de las informantes surge que a pesar de esta recomendación, se realizan nebulizaciones con gran frecuencia ya sea por motivación propia o por indicación médica.

También se realizan nebulizaciones con oxígeno para el tratamiento de las enfermedades respiratorias. Sin embargo, la pediatra refiere que, aunque se utilizan mucho, solamente deberían realizarse cuando los niños presentan un cuadro de hipoxia o falta de oxígeno, mientras que para cuadros leves es preferible el uso de broncodilatadores en aerosol.

> (¿Y nebulización? Ayer te escuché que decías que no...) Trato que no. El tema de la nebulización es que a las mamás les encanta nebulizar a los chicos y de por sí uno perpetua el moco en las vías respiratorias. O sea, vos estas todo el tiempo irritando y humidificando las vías respiratorias. ¡O sea, si no hace moco es porque es extraterrestre! (SE RÍEN) Claro, no hay otra. Y bueno, ya se vio y se estudió que la llegada del broncodilatador no tiene la misma llegada que con el aerosol. De alguna manera es prevenirle tantos cuadros respiratorios altos al divino botón. En los países civilizados ya no se usa más el nebulizador. En un momento era la panacea el ultrasónico y hoy se vio que al contrario, es más irritante que... por el tamaño de la partícula que emite que... (¿Y con oxígeno es lo mismo? ¿No? Es distinto). No, son 2 cosas diferentes. Igualmente, no siempre... O sea, acá se nebuliza mucho con oxígeno pero no porque esté indicado. Uno nebuliza con oxígeno cuando el chico tiene realmente un cuadro de hipoxia o falta de oxígeno. Pero bueno, acá no hay un compresor adecuado ni nada como para que se hagan nebulización con otra cosa...Así que es lo que hay (PD.0).

Respecto a la terapéutica farmacológica, se utilizan broncodilatadores de salbutamol en aerosol para todos los cuadros respiratorios presentados, excepto en el caso 2. Generalmente es indicado un puff cada 4-6 horas durante 48 horas.

Los corticoides inhalatorios (*budesonide*) solo están indicados a manera preventiva si el niño ha tenido varios episodios anteriores o cuenta con antecedentes de bronquiolitis (3 casos).

El corticoide en gotas (*predimisona, betametasona*) es utilizado en la atención de la mayoría de los cuadros respiratorios aquí presentados, ya sea administrado directamente o en nebulizaciones. La cantidad de gotas dependen del peso del niño y generalmente se indica su consumo cada 6-8 horas, durante 48 horas.

Respecto a los antibióticos, si bien la pediatra solo menciona la indicación en un caso (*Trimetroprima Sulfametoxasol*), por referencia de las informantes puede observarse que, en la mitad de los casos, se les ha realizado la indicación de esta medicación (por ej., Claritromicina, Azitromicina, Amoxicilina).

DISCUSIÓN

Concluyendo acerca de qué dicen los que saben de qué y por qué se enferman los niños

Si realizamos un análisis de los resultados, poniendo en relación el saber y las prácticas de las madres con las recomendaciones médicas, observamos en primer lugar que en cuanto al cuadro diagnóstico, puede observarse un gran énfasis de las madres en la identificación de signos y síntomas en relación con la percepción médica. En su discurso la pediatra hace mayor énfasis en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, mientras que en los discursos de las madres se observa una mayor cantidad y variabilidad, ya que han identificado 27 signos y síntomas para padecimientos respiratorios.

En cuanto al vocabulario, las madres coinciden con la pediatra en la forma de nombrar los padecimientos de los niños, aunque éstos no siempre son coincidentes caso a caso.

Es de destacar que lo señalado por la pediatra en cuanto a los diagnósticos, cuando presenta los casos y describe a los niños como problemas médicos, representándolos como el ámbito de

la enfermedad más que como agentes, coincide con lo planteado por Byron Good (2003) en su estudio sobre la construcción del objeto en medicina. Este autor considera que esta forma de concebir la enfermedad es producto de procesos formativos provenientes de la instrucción recibida por los médicos en su formación, donde "aprenden a construir personas enfermas y a convertirlas en pacientes, percibidos, analizados y presentados como apropiados para el tratamiento médico" (Good 2003:149). En términos de Good (2003) se concibe la enfermedad residiendo en el cuerpo y el objetivo del médico es entender los fenómenos superficiales que observa, con referencia a órdenes ontológicos más profundos, vinculando los síntomas y los signos con una estructura o funcionamiento fisiológico. Solo se concibe al paciente como persona y actor cuando es considerado moralmente responsable de sus enfermedades. En este caso, se responsabiliza a los padres por el padecimiento del niño (que deja de ser niño para ser "un broncoobstructivo") por la adicción a drogas de su madre o el alcoholismo y la conducta delictiva de su padre, que convierten el entorno en un "mal medio" para el desarrollo del niño.

En contraste con la coincidencia que hallamos respecto a los diagnósticos que da la madre y la pediatra a cada caso, las explicaciones etiológicas difieren: las madres reconocen una multicausalidad en la consecución de ambos tipos de padecimientos, sin colocar en un solo factor las explicaciones causales de dichos problemas.

Las explicaciones de las madres sobre las etiologías de las enfermedades tratadas pueden organizarse en tres niveles diferentes, de acuerdo con la clasificación propuesta por Osorio Carranza (2001): nivel del paciente o individual, nivel del mundo natural y nivel del mundo social.

En los casos estudiados, las etiologías asociadas al *nivel del paciente* o *nivel individual* incluyen aquellas causas relacionadas con el estilo de vida ("anda descalza", "se desabriga"), la higiene (transpiración), la exposición a fríos o vientos ("Del aire."), la vulnerabilidad personal –física o psicológica– ("Tiene que ver con ese episodio que tuvo de chiquita.", "Es propensa.", "Desde que nació.").

En cuanto al *nivel del mundo natural*, es muy fuerte la mención del clima como principal factor desencadenante de los padecimientos respiratorios, mencionando que estos ocurrirían cuando el niño pasa de un ambiente cálido a uno frío, anda descalzo o no tiene la vestimenta apropiada en clima frío o húmedo.

Por último, el *nivel del mundo social*, se asocia a conflictos interpersonales derivados de la interacción social ("Le hicieron un mal.", "Lo enferma la madre."), violencias o estrés ("por el trajinar parece que lo hice enfermar a él más."). En relación con este nivel, se encuentra coincidencia con otros estudios: cuando la madre o un familiar cercano tienen un problema con otra persona los niños son más vulnerables y susceptibles a adquirir una enfermedad (Sesia 1999; Remorini *et al*. 2009). También el niño puede enfermarse a causa de un ambiente particularmente "cargado" a nivel emocional en el hogar o como un castigo indirecto para los padres, esto último especialmente observado en cosmologías indígenas (Remorini 2008).

En cuanto a las causalidades ofrecidas por la pediatra, ésta reconoce que las condiciones de vida en las cuales se encuentran los niños tienen directa relación con el desarrollo de los problemas de salud estudiados en este trabajo. Asume la existencia de un medio ambiente "patologizante" a partir del cual se desarrollan estas enfermedades específicas e incluye protagónicamente los factores sociales de dicho medio como predisponentes. En esta visión se encuentra asociada claramente una idea de riesgo, ya que coloca la posibilidad de ocurrencia de eventos o fenómenos vinculados a la salud a partir de determinadas exposiciones ambientales, como escenarios que favorecen el desarrollo de la enfermedad (de Almeida Filho y Ayres 2009).

Tales escenarios aparecen de forma recurrente en el discurso de la pediatra, como los contextos donde resulta inevitable la enfermedad.

¿Y cómo lo curamos? Recapitulando acerca de la terapéutica.

La terapéutica aplicada en el ámbito doméstico resulta principalmente sintomática. No obstante, se realizan algunos procedimientos tendientes a prevenir la aparición de la enfermedad o para evitar complicaciones de un padecimiento ya desencadenado. Se encuentra, al igual que lo referido por Osorio Carranza (2001), que el repertorio de los tratamientos conocidos es mayor a los efectivamente utilizados.

Existe prácticamente un tratamiento para cada uno de los síntomas de los padecimientos respiratorios, manejando, para el conjunto del padecimiento, una combinatoria de medicamentos y/o prácticas diferenciales, que pueden ser realizadas al mismo tiempo o en distintos momentos del PSEA. Esta combinatoria incluye el uso de prácticas domésticas y de terapias propuestas por el sector profesional. Respecto a terapias domésticas, el uso de plantas medicinales es escaso y es más frecuente el manejo de medios físicos como los paños fríos, pipetas y baños de vapor. La influencia de la biomedicina se evidencia en la realización de nebulizaciones y en el uso de medicamentos de patente como los corticoides en aerosol y/o gotas y los antipiréticos.

Como puede observarse, la automedicación cobra gran valor en las prácticas de autoatención de la salud de estos niños, constituyéndose en lo que Menéndez (1992) llamaría una "supervivencia positiva". En este sentido, la biomedicina y el sector de salud plantean dos cuestiones contradictorias. Por un lado, cuestionan y, por otro, favorecen ciertos tipos de automedicación, reconociendo que estas prácticas, muchas veces, son decisivas para abatir o controlar determinados padecimientos (Menéndez 2003). Tal como lo plantea este autor:

> el hecho de que la población utilice estos fármacos e inclusive autonomice su uso, evidencia que reconoce su eficacia y además (…) que en gran medida aprende dicha eficacia a través de la relación directa o indirecta con el personal de salud, evidenciando que el sector de salud, el personal de salud, el médico enseñan a autoatenderse más allá de la intencionalidad de hacerlo (Menéndez 2003:205).

Respecto a la terapéutica empleada por la pediatra, se observa también un tratamiento básicamente sintomático. Es notable en su discurso el énfasis puesto en las prácticas que no deberían ser realizadas por las madres por su carácter de "riesgo", ya sea por accidentes que pudieran sucederse o por el empeoramiento del cuadro diagnóstico, como por su nulidad ante la resolución del problema.

Para el tratamiento de los padecimientos respiratorios, se indican mayormente medicamentos de patente como broncodilatadores en aerosol o gotas y antibióticos. Se relega a un segundo plano el uso de nebulizaciones.

CONSIDERACIONES FINALES

A través de las entrevistas realizadas a las madres y la pediatra pudimos acceder a las representaciones en torno a la enfermedad y su forma de tratarla, en sus discursos hallamos divergencias y contrastes a la vez que coincidencias.

En primer lugar, en cuanto al diagnóstico las semejanzas fueron notorias, especialmente en la terminología empleada para designar los padecimientos. En esta instancia, en el discurso de las madres se enfatiza principalmente el reconocimiento de los síntomas y signos en contraste con aquellos realizados por la pediatra quien los toma como un todo y los prioriza en cuanto le permiten realizar un diagnóstico certero.

En segundo lugar, en relación con la etiología, son las madres quienes proporcionan mayores explicaciones y dan detalles respecto a la causalidad de los padecimientos de los niños, dando

cuenta de aspectos que explican la etiología desde niveles individuales, naturales y/o sociales, según la clasificación de Osorio Carranza (2001). Por su parte, las explicaciones de la pediatra se centran mayormente en una concepción de riesgo, considerando que los niños conviven en un medio (sea éste social y natural) que favorece el desarrollo de diversas patologías (Feinholz Klip y Ávila Rosas 2001; de Almeida Filho 2009; Ayres 2009). Asimismo, las explicaciones acerca de las causas de la enfermedad colaboran enormemente en la definición y/o confirmación de los diagnósticos, por lo cual podemos señalar que su estudio resulta de vital importancia en la reconstrucción del PSEA.

En tercer lugar, respecto a la terapéutica, los procedimientos preventivos no resultan de gran peso. Por el contrario, ambos tipos de informantes coincidieron en una forma de tratamiento principalmente sintomático. Las madres manejan múltiples tratamientos al combinar medicamentos y prácticas domésticas. En muy raras ocasiones se emplearon plantas o remedios medicinales caseros, aunque es notable el conocimiento que estas mujeres poseían respecto a ellos. Retomando a Menéndez (2009) esta automedicación no se realizaría solo por un efecto mágico o de micropoder de la relación médico/paciente, sino que, a partir de las interacciones directas o indirectas de la madre (y sus redes) con el personal de salud, un determinado fármaco puede resultar eficaz o por lo menos más eficaz que otros productos alternativos (Menéndez 2003 y 2009). En este sentido, nuestra aproximación, buscó identificar y trabajar con todos los actores sociales significativos respecto a la atención de los niños/as; como lo plantea Menéndez (2003) desde un enfoque relacional. Ello nos permitió identificar las prácticas que se desarrollan especialmente dentro del hogar que resultan comprensibles a la luz del vínculo con el sector salud, cuestión que queda invisibilizada si se coloca el foco en los curadores o las madres exclusivamente.

Las tres instancias presentadas señalarían una convergencia de los saberes y prácticas, más a causa de un acercamiento de los 'legos' hacia el 'saber médico' que lo contrario. Esta aproximación resultaría de "una tendencia dominante a la medicalización de la práctica materna" (Osorio Carranza 2001:200). Sin embargo, ello no ha resuelto las dificultades que se plantean a la hora de prevenir y/o reducir la incidencia y prevalencia de enfermedades que se mantienen entre las principales causas de muerte infantil tanto a nivel provincial como a nivel nacional. Al respecto, nos parece útil señalar lo planteado por Menéndez (2009) al referir a la relación entre autoatención, medicina tradicional, alternativa y la biomédica como un sistema de "transacciones permanentes", donde intervienen procesos de reapropiación y rearticulación generados desde la medicina y, especialmente, desde los usuarios. En el proceso de autoatención se articula las formas existentes, más allá de que éstas tengan interacciones directas entre sí, con el objetivo de hallar una solución a sus problemas. Desde la perspectiva biomédica, señala Menéndez (1992 y 2009), se tiende a subrayar la visión negativa hacia la auto atención y automedicación, mientras que por otro lado promueven e incentivan prácticas de autocuidado, y es de los propios médicos (o de la prescripción del médico) que la gente "aprende" a automedicarse.

Desde esta perspectiva, y a partir de los resultados obtenidos, consideramos que la autoatención (incluyendo en ella la automedicación y autocuidado) representan el medio a través del cual los sujetos y sus grupos evidencian su capacidad de acción, de creatividad, de encontrar soluciones a los problemas que los afectan; en este sentido, el hecho que el personal de salud se implique en la tarea, representa un enorme potencial para el afianzamiento de ciertos micropoderes, cuya acción puede tener efectos positivos en la salud de la gente.

No obstante, tal como se plantea desde corrientes críticas en antropología médica, no puede excluirse la incidencia de los factores económico-políticos y socioculturales en la producción y solución de los problemas de salud/enfermedad. Como presentamos más arriba, las condiciones de vida cotidianas de las familias encuentran vulnerados derechos fundamentales. Scheper Hughes (1997) plantea en su trabajo sobre la mortalidad infantil en Brasil que las representaciones de las mujeres se despliegan en condiciones que ellas no han elegido, y nada reemplaza el acceso al agua

potable, la educación, los servicios de salud, esto es, las condiciones en las cuales la reproducción de la vida pueda ocurrir de modo saludable.

BIBLIOGRAFÍA

Ayres, J. R. C. M.
2009. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saude soc* 18 (suppl. 2): 11-23.

Becker, S.G., L. M. Rosa, G. C. Manfrini, M. T. S. Backes, B. H. Meirelles y S. M. A. D. Santos.
2009. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. *Revista Brasileira de Enfermagem* 62 (2): 323-326.

Bossio, J. C.
2012. Epidemiología de las Enfermedades del Sistema Respiratorio en Menores de 5 Años. *6º Congreso Argentino de Neumonología Pediátrica. Jornada de Enfermería en Enfermedades Respiratorias Pediátricas. Jornadas de Kinesiología Respiratoria.*

Crivos, M.
1999. La enfermedad como problema práctico. La metodología de casos en la investigación etnográfica de las actividades médicas. *Revista Kallawaya. Nueva Serie* (5): 59-61.

de Almeida Filho, N. y J. R. Ayres
2009. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud colectiva* 5 (3): 323-344.

De Miguel, M.
1980. Introducción al campo de la Antropología médica. En M. Kenny y J. M. De Miguel (eds.), *La Antropología médica en España*: 11-40. Barcelona, Anagrama.

Dirección General de Estadística y Evaluación de Programas Especiales, Municipalidad de La Plata
2009. *Centros comunales.* Municipalidad de La Plata.

Dirección Provincial de Estadísticas de la Provincia de Buenos Aires
2001. *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001*. Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires.

Feinholz Klip, D. y H. Ávila Rosas
2010. Consideraciones sobre el concepto de riesgo en el campo de la salud. *El Cotidiano* 17 (107): 13-20.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
2007. *Estado Mundial de la Infancia.* Nueva York, UNICEF.

Good, B. J.
2003. *Medicina, Racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica.* Barcelona, Ediciones Belaterra.

Good, B. J. y M. J. Del Vecchio Good
1982. Toward a Meaning-Centered Analysis of Popular Illness Categories: "Fright Illness" and "Heart Distress" in Iran. En A. J. Marsella y G. M. White (eds.), *Cultural Conceptions 5 of Mental Health and Therapy*: 141-166. Dordrecht, D. Reidel Publishing Co.

Haro Encinas, J. A.
2000. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En E. Perdiguero y J. M. Comelles (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*: 101-162. Barcelona, Bellatera.

Jodelet, D.
1985. La representación social: fenómenos, conceptos y teorías. En S. Moscovici, *Introducción a la Psicología Social vol.2*: 469-494. Barcelona, Ed. Paidós.

Menéndez, E. L.
1992. Auto-atención y Automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanente. En T. I. R. Campos (comp.), *La Antropología Médica en México*. México DF, Universidad Autónoma Metropolitana.
1994. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Revista Alteridades* 4 (7): 71-83.
2002. *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo.* Barcelona, Bellaterra.
2003. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde colet* 8 (1): 185-207.
2005. Intencionalidad, experiencia y función. *Revista de Antropología Social* 39 (14): 33-69.
2009. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires, Lugar Editorial.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MS). Programa Materno infantil
2007. *Módulo de capacitación en IRAB para el equipo de salud.* Buenos Aires, Ms.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (MSAL). Dirección de epidemiología
2010. *Boletín Epidemiológico Anual*. Buenos Aires, MSAL.

Organización Panamericana de la Salud
1995. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Décima Revisión (CIE-10).* Washington DC, OPS.

Osorio Carranza, R. M.
2001. *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles.* México, CONCULTA-INI-CIESAS.

Pasarin, L.
2011. Proceso salud-enfermedad-atención en niños de 1 a 5 años de edad, en la localidad de Arturo Seguí, Provincia de Buenos Aires. Tesis de Maestría inédita, Universidad Nacional de Lanús, Departamento de Salud Comunitaria. [En línea] Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/028523_Pasarin.pdf

Qualitative Solutions and Research
1997. *QSR NUD*IST [computer program].* Versión 4. Australia, Qualitative Solutions and research Pty Ltd.

Remorini, C.
2008. Aporte a la caracterización etnográfica de los procesos de salud-enfermedad en las primeras etapas del ciclo vital, en comunidades Mbya-Guarani de Misiones, República Argentina. Tesis doctoral inédita, Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata.

Remorini, C., M. Crivos, M. R. Martinez y A. Aguilar Contreras
2009. El "susto": "síndrome culturalmente específico" en contextos pluriculturales. Algunas consideraciones sobre su etiología y terapéutica en México y Argentina. En *Vth International Congress Of Ethnobotany*, San Salvador de Jujuy, Argentina.

Scheper-Hughes N.
1997. La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil. Barcelona, Ariel.

Sesia, P.
1999. Los padecimientos gastrointestinales entre los chinantecos de Oaxaca: aspectos denotativos y connotativos del modelo etnomédico. *Alteridades* 9 (17): 71-84.

Spink, M. J.
1993. O conceito de representaçao social na abordagem psicosocial. *Cadernos de Saúde Pública* 9 (3): 300-308.

Sy, A.
2008. Estrategias frente a la enfermedad en dos comunidades Mbyá Guaraní (Kaaguy Poty e Ivy Pyta, Provincia de Misiones). Aporte del estudio de casos a la investigación Etnográfica de los procesos de salud-enfermedad. Tesis doctoral inédita, Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata.

Torres López, T. M.
2002. Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales. *Revista de la Universidad de Guadalajara* (23): 1-16.

Vieytes, R.
2004. *Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad.* Buenos Aires, Editorial De las Ciencias.

VVAA
1979. *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 11ª ed*. Barcelona, Editorial Salvat.