

Diarrea infantil complicada y redes de apoyo

ADRIÁN ACEITUNO, SELENE ÁLVAREZ,* VÍCTOR GARCÍA, SARA JUÁREZ
TOMÁS LUNA, MA. AMALIA MÉNDEZ, SILVIA MORALES,
LULÚ OLÁN Y RODOLFO REYES

Introducción

Las enfermedades diarreicas son uno de los retos más importantes que la sociedad y la medicina enfrentan en el intento de abatir la enfermedad y la muerte anual de tres millones de niños menores de cinco años. Los países en vías de desarrollo aportan el mayor número de defunciones causadas por deshidratación. Esta muerte es inexplicable desde una perspectiva técnica, ya que es prevenible en el 95% de los casos, si se rehidrata al niño con suero oral.

En México, las enfermedades diarreicas han permanecido invariablemente dentro de las primeras causas de muerte; aun cuando la mortalidad por diarreas se ha reducido significativamente (descendió entre 1984 y 1993 un 71.5%).¹

Además del problema que representa la cantidad de pacientes que mueren durante los episodios de diarrea, la mayoría de los que sobreviven quedan con algún grado de desnutrición.

Los niños menores de cinco años presentan tres episodios de diarrea en promedio al año,² constituyendo una de las causas más frecuentes de consulta médica en esta edad.³

El suero de hidratación oral está incluido como parte esencial de la terapia de hidratación oral (THO). Entendiéndose como THO, la adminis-

* Centro INAH, Veracruz.

¹ Secretaría de Salud, "Programa estatal de control de enfermedades diarreicas", Veracruz, 1994.

² Secretaría de Salud (Unidad de Planeación), "Registros estadísticos", Veracruz, 1993a.

³ Guiscafre y Gutiérrez, *Hidratación oral en un sistema de hospitales rurales en México*, México, Hospital Infantil de México, 1985, pp. 196-198.

tración del vida suero oral (vso), el aumento de líquidos, el manejo de la alimentación y el reconocimiento de los signos de deshidratación y gravedad del episodio diarreico* para la búsqueda de consulta médica oportuna.

A pesar de la difusión sobre el manejo y tratamiento realizada por el sector salud, la utilización del vso⁴ no es aún suficiente para contrarrestar el problema.⁵

El manejo* de la diarrea en el hogar puede ser satisfactorio siempre y cuando se incremente el consumo de líquidos, se use el suero oral y se continúe con la alimentación, ya que muchos de los episodios de diarrea con este manejo evolucionan favorablemente y no necesitan atención médica.⁶ Sin embargo, sabemos que existe una percepción* tardía por parte de algunas madres ya que se encuentran sometidas a un exceso de información contradictoria, proveniente de muy distintos canales que van desde la familia hasta el médico, lo que entorpece la solución del problema, sobre todo en el momento en que éste se complica. La confusión entre deshidratación y diarrea conlleva a prácticas de tratamiento utilizadas no sólo por la población sino también por los médicos privados, institucionales y tradicionales. En general, cuando hay atención incorrecta en algún episodio de diarrea aguda infantil, es porque se está curando la diarrea (que no se cura pues es autolimitada) y no previniendo la deshidratación.⁷

Por otro lado, se trata de curar la diarrea a través de una serie de tratamientos que no sólo no sirven sino que hacen daño a los niños. El uso de los llamados medicamentos antidiarreicos frecuentemente se asocia con efectos colaterales indeseables que pueden ocasionar hasta la muerte de los niños.⁸ El abuso de antibióticos es causa de diarreas prolongadas.⁹ El

* Los términos marcados con asterisco son definidos en el Glosario de términos al final del texto.

⁴ En 1946 se corroboró en el mundo la eficiencia de los sueros para prevenir la deshidratación. En México empezó a utilizarse a partir de 1959 y en 1970 se descubrió la fórmula actual, que es altamente eficiente.

⁵ Secretaría de Salud, "Salud infantil y preescolar. Evaluación. Cumbre Mundial en Favor de la Infancia", México, 1992.

⁶ World Health Organization, *Programme for Control of Diarrhoeal Diseases, Interim Programme Report*, Suiza, 1992, p. 42.

⁷ Selene Álvarez, "Sobrevivencia infantil. La terapia de hidratación oral en México", tesis doctoral en Sociología, México, UNAM, 1989.

⁸ H.F. Mota, "Abuso de antimicrobianos y otros conceptos erróneos en el tratamiento de diarreas en niños", en *Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx.*, 44, 1987, pp. 577-579.

⁹ Kassem, El Araby, Massoud *et al.*, "Effect of antibiotics on duration of diarrhoea and speed of rehydration", en *Gazette Egypt Paediatr Assoc*, 31, 1983, pp. 117-128.

ayuno lleva a la aparición o al agravamiento de la desnutrición infantil, que a su vez condiciona una mayor frecuencia y gravedad de episodios diarreicos.¹⁰ Estudios realizados en varios países demuestran que el empleo de medicamentos no apropiados es más frecuente que el del VSO. El uso de fármacos es de dos a cuatro veces más frecuente que el uso de VSO, y no es raro que se receten cuatro o más medicamentos.¹¹ Además, la administración de antidiarreicos y antibióticos tiene muchos inconvenientes, sobre todo desvía la atención del tratamiento correcto de la enfermedad. Cuando recetan, venden y administran un medicamento, el médico, el farmacéutico y la madre pueden creer que han hecho lo mejor para el niño, descuidando sin embargo la prevención de la deshidratación, la alimentación y la vigilancia.¹²

En el estado de Veracruz, para el año de 1993, la tasa de mortalidad por diarreas en menores de cinco años fue de 54.4 por 100 000 habitantes menores de cinco años.¹³ Se sabe también, a través de las autopsias verbales que se han realizado en el estado de Veracruz, que un número importante de niños enfermos de diarrea no recibieron VSO porque el médico no lo indicó y otros tantos no regresaron a consulta ante los signos de alarma por la misma causa. Una gran cantidad de niños fueron llevados muy tardíamente a consulta; otros, aunque llevados oportunamente, murieron porque la prescripción o las indicaciones fueron incorrectas. Casi todos los niños que murieron por diarreas recibieron atención médica previa. Las autopsias verbales reportan también una influencia importante de la familia en el manejo* de esta situación, destacando la autoprescripción incorrecta.

En la capital del municipio de Jalacingo, Veracruz, en el último año se presentó una tasa de mortalidad por diarreas sumamente elevada, con 431.0 por 100 000 menores de cinco años. En esta pequeña localidad con acceso a servicios de atención médica, ocurrieron cuatro muertes por diarrea, dos de ellas en el hogar y dos en unidad médica.

Consideramos muy importante estudiar el manejo de situaciones de diarrea en el hogar y sus redes sociales de apoyo, ya que a partir de ello tendremos un mayor conocimiento que sirva para un mejor manejo de

¹⁰ Condom, Cravioto, Johnston, De Licardif, Scholl, "Morbidity and growth of infants and young children in a rural Mexican village", en *Public Health*, 67, 1977, p. 651.

¹¹ Organización Mundial de la Salud, "El uso racional de medicamentos contra la diarrea en la infancia", en *Foro Mundial de la Salud*, vol. 12, núm. 3, s.f., pp. 382-383.

¹² Koss, *La etnomedicina en la salud mental en la comunidad*, 1992, p. 155.

¹³ Secretaría de Salud (Dirección General de Epidemiología), "Sistema de vigilancia epidemiológica", 1993b.

los procesos diarreicos en el hogar y, así, pueda transmitirse a la comunidad, en especial a las madres de los menores de cinco años y personas cercanas. Por lo que se llevó a cabo una investigación etnográfica en Jalacingo para comprender el manejo real de las situaciones de diarrea complicada dentro del hogar en niños menores de cinco años y su relación con las redes de apoyo* que los rodearon.

Marco teórico

La reproducción social de los hombres está impregnada por relaciones entre sistemas de lenguaje, prácticas sociales y necesidades de adaptación al entorno; o sea, está inmersa en un ambiente de transmisión cultural. Los hechos orgánicos están íntimamente relacionados con el entorno cultural socialmente estructurado.¹⁴ En este sentido, tradición, instituciones, costumbres, creencias, etcétera, son elementos constitutivos de la relación del individuo con su entorno, con otros individuos, con distintos grupos sociales, y por lo tanto, de las prácticas sociales.

Así, las concepciones de la salud y de la enfermedad se establecen con base en relaciones entre pensamiento, necesidades y prácticas; no solamente con indicadores clínicos. Las prácticas que inciden en los procesos mórbidos o en la procuración de la salud son resultantes de un largo proceso histórico que puede identificarse y estudiarse, pero siempre en relación con las formas de concebir los fenómenos e inmersas en relaciones sociales entre grupos e individuos.

Las maneras específicas en que los hombres se relacionan entre sí, sus percepciones, acciones y transformaciones de la realidad social y de su salud, se reproducen en la vida cotidiana. Ésta se concibe como el conjunto de prácticas que caracterizan la reproducción de los hechos particulares, los cuales a su vez crean la posibilidad de la reproducción social.¹⁵ La vida cotidiana es, entonces, el ámbito de la reproducción y se lleva a cabo al interior de un microcosmos: la familia. La familia ha sido el núcleo de reproducción del individuo por excelencia. La familia nuclear está conformada por el padre, la madre y los hijos, pero existen otras personas que comparten estrechamente las vivencias de cada familia. En el cuidado de los hijos se presentan diferentes prácticas generales y acciones ante

¹⁴ Altan, *Uomo e società. Manuale di antropologia culturale, storia e metodo*, 1973, p. 333.

¹⁵ Agnes Heller, *Sociología de la vida cotidiana*, Barcelona, Península, 1977, pp. 19, 21-23.

situaciones específicas que van conformando el conjunto de eventos que hacen posible la reproducción histórica de la familia.

En México, la situación de salud de las familias campesinas e indígenas es precaria y está caracterizada por altos índices de morbilidad y mortalidad debidos a enfermedades prevenibles que han sido llamadas enfermedades de la pobreza, principalmente desnutrición, diarreas y enfermedades respiratorias. Dentro de las enfermedades que minan la salud de la mayoría de los integrantes de dichas familias, en especial de los hijos —que son los más vulnerables—, las diarreas agudas complicadas tienen un lugar predominante en los daños a la salud de estos grupos.

En nuestro país, las madres indígenas son las responsables del cuidado de los hijos, desempeñan un importante papel en la atención de los procesos diarreicos. Estas madres tienen una serie de importantes obligaciones sociales dentro del proceso de reproducción, al igual que el resto de las mujeres en el país. Sin embargo, su pertenencia a grupos sociales especialmente desprotegidos y vulnerables hace que tengan menos instrumentos para su desempeño en el proceso reproductivo; por ejemplo, los altos índices de analfabetismo y desnutrición. Para estas madres, la enfermedad y la muerte de sus hijos es un problema significativo, y aunque existen posibilidades de prevenirlas, éstas siguen estando lejos de su alcance.

Las madres encargadas del proceso de atención* de los episodios de diarrea aguda complicada son auxiliadas por distintas personas que están alrededor de ellas: se les conoce como redes sociales. Existe un acuerdo unánime en cuanto a la importancia de estudiar las redes de apoyo, o redes sociales, que rodean a las madres y cuidadores de niños en torno al manejo de las distintas enfermedades. Además existe una necesidad consensuada de que los aspectos cualitativos de estas redes deben ser esclarecidos para que puedan ser potenciados como opciones de atención en la sobrevivencia infantil.¹⁶

La mayoría de los investigadores piensan que es necesario que existan seis elementos en una relación para considerarla como red de ayuda: 1) acuerdo entre creencias, 2) expresión de afecto, 3) apoyo a través de la expresión de las creencias y los afectos, 4) asistencia instrumental a través de tareas específicas, 5) provisión de ayuda material y 6) que la persona pertenezca a la red social del entorno de manera confirmada. Las

¹⁶ Margareta Thernlund y Gunilla Samuelsson, "Parental social support and child behaviour problems in different populations and socioeconomic groups: A methodological study", en *Social Science and Medicine* 36(3), 1993, pp. 353-360.

redes de ayuda están íntimamente ligadas con las percepciones, y es importante determinar “quién” provee “qué”, pues no necesariamente las acciones que tratan de ayudar son realmente percibidas como ayuda efectiva.¹⁷

El reconocimiento de un problema de diarrea es un proceso psicológico y de comportamiento mediado por factores sociales y culturales. Varios elementos de la reproducción familiar, como rutinas, hábitos de alimentación, representaciones de la enfermedad, competencia por los recursos, etcétera, son relevantes para el reconocimiento de la enfermedad (diagnóstico) y su consecuente tratamiento*. El actual conocimiento sobre el proceso familiar de reconocimiento-tratamiento indica que éste se divide en dos fases. En la primera, se dan remedios caseros y se espera a que “se pase” el síntoma. Si continúa, ocurre una transición en la situación que hasta aquí era controlada por los padres o encargados, y el episodio se convierte en público. Aquí es donde la designación pública de que se trata de un episodio de diarrea lleva a los padres a una “carrera de tratamientos”, por lo general inapropiados, al entrar en relación con el ambiente social que los afecta.¹⁸

Objetivo general

Conocer el manejo real que las madres realizan en casos de diarrea complicada en niños menores de cinco años dentro del hogar y su relación con las redes sociales que los rodean y su desenlace.

Objetivos específicos

- I. Identificar a las familias con niños menores de cinco años.
- II. Identificar las situaciones de diarrea complicada.
- III. Seleccionar las situaciones.
- IV. Describir las situaciones identificadas anteriormente.
 - a) Identificar lo que la madre reconoce y describe como diarrea y deshidratación.

¹⁷ Holly Anne William, “A comparison of social support and social networks of black parents and white parents with chronically ill children”, en *Social Science and Medicine* 37(12), 1993, pp. 1509-1520.

¹⁸ P. Berman, “The household production of health: Integrating social science perspectives on micro-level health determinants”, en *Soc. Sci. Med.*, 38, 1994, pp. 205-215.

- b) Identificar si las madres reconocen estar capacitadas o informadas sobre el manejo de los episodios de diarrea.
 - c) Identificar los tratamientos utilizados en los casos de diarrea implicados.
 - d) Identificar las percepciones hechas por la madre en los casos de diarrea.
 - e) Identificar la preamenaza y la amenaza percibidas por la madre en los casos de diarrea.
 - f) Identificar las decisiones que las madres toman en las situaciones de diarrea complicada.
 - g) Identificar los desenlaces de los episodios de diarrea complicada.
- V. Identificar y describir las redes sociales y como influyen en la madre en el manejo del episodio de diarrea complicada.
- a) Identificar y describir la red de apoyo familiar.
 - b) Identificar y describir la red de apoyo social.
 - c) Identificar y describir la red de apoyo institucional.
- VI. Relacionar las percepciones y acciones de las madres con las redes de apoyo en el manejo de diarrea complicada y su desenlace.

Metodología

Se realizó un estudio etnográfico. Este tipo de estudio de carácter exploratorio-descriptivo permite captar información abundante y básica de problemas dentro del proceso salud-enfermedad que no pueden explicarse deductivamente.

Se llevó a cabo del 12 de octubre al 1º de noviembre de 1994 en la localidad de Jalacingo, municipio del mismo nombre. El universo estudiado fueron todas las madres de Jalacingo con hijos menores de cinco años, vivos o muertos, que presentaron situaciones de diarrea complicada. La localidad se encuentra dividida geográficamente desde su fundación en cuatro zonas denominadas: cuartel primero, cuartel segundo, cuartel tercero y cuartel cuarto.

El grupo de trabajo estuvo conformado por cuatro equipos, asignándole a cada uno de ellos los cuarteles mencionados anteriormente, en los que se realizó la selección de las situaciones de diarrea.

Los criterios para seleccionar las diferentes situaciones fueron: 1) Cuando la madre percibe la gravedad del episodio* de diarrea y clínicamente lo es; 2) cuando la madre percibe la gravedad del episodio de diarrea

y clínicamente no lo es; 3) cuando la madre no percibe la gravedad y clínicamente lo es; 4) cuando las situaciones reportadas de diarrea complicada ocurrieron durante el periodo comprendido entre el 1° de octubre de 1993 al 30 de septiembre de 1994.

Este periodo de tiempo fue seleccionado porque los episodios de diarrea aguda son menos comunes que los de diarrea aguda complicada, y aunque existe el problema de sesgo de memoria en las informantes, se pensó que el hecho mismo de ser episodios especialmente complicados haría que las madres los recordaran con claridad en la mayoría de los casos.

Inicialmente se pensó seleccionar a las familias con niños menores de cinco años a partir del Censo Nominal de niños menores de cinco años del Programa de Vacunación Universal, que se encuentra en el Centro de Salud de la localidad; pero al visitar los hogares señalados se detectó que no estaba actualizado el censo ya que no coincidían las casas reportadas con niños menores de cinco años con los hogares visitados. Por decisión del grupo investigador se realizó un censo casa por casa en los cuatro cuarteles, para identificar los hogares donde existían niños menores de cinco años. En un primer momento se visitaron 754 casas, de éstas se seleccionaron 437, el resto de las casas fueron excluidas por no existir menores de cinco años (162), casas ocupadas como negocio (33), casas en las que al realizar la visita no se encontró a la mamá (38) y casas cerradas (84).

A las madres con niños menores de cinco años se les realizó una entrevista con un cuestionario de preguntas abiertas descriptivas como instrumento para seleccionar las situaciones que cumplieran con los criterios del estudio. Se identificaron 238 madres con niños que presentaron diarrea, las cuales quedaron divididas en 114 madres que percibieron situaciones de diarrea complicada y 124 madres que no percibieron la situación de diarrea complicada. Al momento de seleccionar las situaciones de diarrea, se invitó a las madres a participar en el estudio voluntariamente en un segundo momento, explicándoles que se les realizaría una entrevista. De las 114 situaciones se excluyeron del estudio 23 por no haberse podido realizar la segunda entrevista. A las 86 restantes se les integró en dos categorías: a) 76 madres que percibieron situaciones de diarrea complicada* y clínicamente lo fueron, y b) 10 madres que percibieron situaciones de diarrea complicada y clínicamente no lo fueron. Del grupo de 124 madres que no percibieron situaciones de diarrea complicada, se incluyeron al estudio dos situaciones que clínicamente sí lo fueron. A las 88 madres se les realizó una segunda entrevista de tipo abierta semiés-

estructurada con una guía de preguntas (instrumento de preguntas generadoras). En el transcurso del desarrollo de la entrevista hubo la necesidad de efectuar preguntas directas a la madre que no estaban previstas, para obtener información sobre la descripción y reconocimiento de diarrea y deshidratación (todas las entrevistas fueron grabadas). Posteriormente se escucharon las grabaciones tantas veces como fue necesario agrupando la información por categorías previamente establecidas, se delinearon patrones de atención y se relacionaron las percepciones de las acciones* y las distintas redes de apoyos con los desenlaces* de las situaciones de diarrea complicada.

Resultados

Reconocimiento de la diarrea

Las 88 madres reconocieron la diarrea como: “hacen suelto o aguado y muchas veces” y la asocian con “alimentos que les caen mal”, “se caen y se les voltea la pancita, o se les cae la mollera”.

Reconocimiento de la deshidratación

La mayoría de las madres (86) describieron la deshidratación como: “es cuando dejan de comer, de beber, adelgazan, están pálidos, tienen los ojos hundidos, tienen sed, lloran sin lágrimas y tienen la boca seca, están zonzos y sin ganas de nada, no quieren comer ni beber, orinan poco y se les sume la mollera”. Sólo dos de las 88 madres (2%) describieron la deshidratación como “pérdida de líquidos y sales minerales”.

Las madres no asocian la deshidratación con pérdida de líquidos, ya que la confunden con los síntomas de la misma; así deshidratación la describen como “mollera hundida”, “ojos consumidos” y “demacrados”. Esta confusión entre síntomas de la deshidratación y su causa hace que, aunque el tratamiento de tés y atoles utilizado implica aumento de líquidos (véase más adelante), éste no se asocia específicamente con la reposición de líquidos necesaria para prevenir la deshidratación, sino como formas de mejorar o curar la diarrea. Por lo anterior, la necesidad del uso de VSO, que es un complemento básico para el proceso de rehidratación

de los casos de diarrea aguda complicada, no es tan evidente como podría ser si se identificara pérdida de líquidos con deshidratación.

Tratamientos

En cuanto al vso, que es imprescindible en el manejo de los episodios de diarrea aguda complicada, se encontró que de las 88 situaciones estudiadas sólo 33 lo refieren (38%) y de éstas, 12 (14%) sí lo proporcionaron a sus hijos. Sin embargo, de estas doce solamente en 4 (5%) casos el uso fue oportuno y correcto (en vez de automedicar o como prescripción correcta del médico). La razón más importante que expusieron las madres para no usar el vso fue que a sus hijos no les gusta y lo vomitan (33.3%). Sólo una madre dijo que "no se lo da a su hijo porque es caro".

De las 88 situaciones de diarrea complicada estudiadas, sólo en doce (14%) de ellas el médico incluyó en el tratamiento la hidratación a base de vso. Asimismo, se encontró que en ninguna de las situaciones la madre haya referido que el médico tratante le indicara que al ver que su niño se agravaba o que ella reconociera signos de alarma, regresara de inmediato a consultarlo.

Las madres que recurrieron a la práctica tradicional consideran que el proceso diarreico es causado por la "pancita volteada" en su mayoría, y el tratamiento que se les prescribió a sus hijos fue la "sobada", este procedimiento consiste en: "se unta aceite en la pancita, se frota el aceite con un masajito hasta que se endereza, se colocan hojitas de yerbabuena y ruda y se faja a la criatura, se nota cuando la pancita se voltea en que un lado de la barriguita está más hundido y se toca una bolita".

Otra práctica utilizada fue la "tronada de empacho", ésta consiste en que "se ve que al niño se le achica un ojito y los huecos de la pantorrilla se ven dispares, por lo cual se debe tronar el empacho, esto se hace con un masaje y se jala el cuerito de la espalda, hasta que truene, si no truena es que no es empacho, se utiliza para despegar lo que se le pegó a las tripitas". La "chupada de mollera" consiste en que "se le coloca café en la cabeza en el sitio de la mollera, se le chupa fuerte y después se le coloca azúcar con un papelito, para que levante la mollerita".

Detectamos también un uso importante de remedios caseros por la mayoría de las madres, las cuales incluyeron tés, principalmente de manzanilla; sin embargo, lo realmente alarmante es la utilización indiscriminada de otro tipo de medicamentos como la terramicina y la ampicilina. La proporción del uso de estos medicamentos y la de vso fue de siete a

uno en Jalacingo, situación que rebasa los estudios realizados en varios países. El empleo de medicamentos fue más frecuente que el del vso oral, tanto en la prescripción médica como en la automedicación, donde se administraron antibióticos como terramocina y penicilina, y antidiarreicos como Kaomicyn y Kaopectate.

La mayoría de las madres acudieron principalmente a solicitar atención médica privada, aunque en la localidad existe un Centro de Salud que cuenta con un médico. La mayoría de los médicos particulares e institucionales no incluyeron en el tratamiento de la diarrea terapia de hidratación oral con vso; prescribieron principalmente antibióticos, antidiarreicos, antiparasitarios y antieméticos.

De acuerdo con las autopsias verbales reportadas en las estadísticas que proporcionó la jurisdicción sanitaria núm. IV de Martínez de la Torre, Veracruz, deberían haber sido cuatro niños fallecidos. Sin embargo, en el recorrido sólo se encontró uno; con respecto a los otros, una muerte correspondía al mes de febrero de 1993, una no se localizó a la familia y otra era de un niño que no murió en esta localidad.

En la única defunción que se encontró, el niño había recibido atención médica previa en dos ocasiones durante el proceso de la enfermedad y el tratamiento incluía vso. Sin embargo la madre nos refirió que el niño no lo aceptaba, ocurriendo dicho desenlace*. Por lo general, la madre reconoce el agravamiento del niño, pero acude a otra instancia por considerar que el tratamiento indicado no dio buenos resultados; otra vez, buscando acabar con la diarrea y descuidando la deshidratación.

Es importante notar que a través de esta investigación se confirma que la mayoría de los tratamientos (independientemente de quien los prescriba) se dirigen constantemente hacia lo mismo: la curación de la diarrea, mas no hacia la prevención de la deshidratación.

Alimentación

La mayoría de las madres refirieron no haber suspendido la alimentación durante el periodo de diarrea y administraban té o atole de arroz tantas veces como lo pidiera el niño, explicando su uso por haberles enseñado así sus madres.

Capacitación

Uno de los objetivos del estudio fue investigar si las madres se encontraban capacitadas o informadas sobre el manejo de los episodios de diarrea. Las madres de la localidad de Jalacingo, no reconocen estar capacitadas, sólo algunas refieren estar informadas sobre la preparación y uso del VSO, esta información es obtenida durante las campañas de vacunación. El 69% de las madres consideran que están informadas por el personal del Centro de Salud de esta localidad, el 6.8% por el IMSS, el 4.5% por el médico privado y dos madres refieren estar informadas por mensajes televisivos y del radio. El 19% manifestaron no tener información.

Percepción

Durante el desarrollo de la investigación encontramos diferentes percepciones de la enfermedad por parte de la madre:

- 1) Preamenaza temprana con amenaza temprana.
- 2) Preamenaza temprana con amenaza no percibida.
- 3) Preamenaza temprana con amenaza tardía.

En el primer caso la madre se da cuenta de la enfermedad del niño y actúa rápidamente, por lo que la amenaza llega cuando el niño no presenta signos de deshidratación. La red de apoyo familiar influyó a través del esposo que es quien se encarga de tomar la decisión de llevar al niño a recibir atención médica y el encargado de proporcionar el apoyo económico. La suegra recomienda el uso de la automedicación a base de té de manzanilla o atención médica. Las redes de apoyo social más importantes son las vecinas quienes aconsejan té o sobadas de pancita. En este caso las acciones que se toman son pocas (menos de dos) y el tratamiento médico utilizado es a base de VSO, suspensiones y antibióticos.

En el segundo caso se presentan dos situaciones: en la primera, la madre se da cuenta de la enfermedad y actúa rápidamente, realiza pocas acciones. Las redes de apoyo que influyen son la familiar, en especial el esposo quien recomienda atención médica, los hermanos y cuñada la automedicación a base de té; en la red de apoyo social las vecinas influyen recomendando automedicación y la práctica de la medicina tradicional ("sobada de la pancita"). El médico privado instituye tratamiento

a base de VSO con lo que el niño no presenta signos de deshidratación y por lo tanto no se presenta la amenaza.

En la segunda situación, la madre percibe la enfermedad y actúa rápidamente, toma muchas acciones (más de dos); la red de apoyo que influye es la familiar, sobre todo la mamá y la suegra, recomendando automedicación y práctica de la medicina tradicional (“tronada de empacho”); el niño presenta signos de deshidratación y la amenaza no es percibida por la madre, acudiendo en última instancia al médico privado, que instituye tratamiento a base de antibióticos y suspensiones y el desenlace es hacia la deshidratación.

El tercer caso consiste en la percepción de la enfermedad y la primera acción es rápida, pero no adecuada, cuando se presentan los signos de deshidratación la madre los percibe tardíamente, las acciones que se toman son varias (más de dos), aunque las redes de apoyo familiar como el esposo influyen recomendando atención médica; la madre y la suegra recomiendan automedicación, es más importante la percepción tardía de la amenaza para que el desenlace sea hacia la deshidratación, aunque la red de apoyo institucional instale tratamiento a base de suspensiones, jarabes, antibióticos, y a veces el VSO.

Redes de apoyo y desenlace

En este estudio podemos ver como la madre se encuentra sometida a un exceso de información en relación a la utilización de distintos tratamientos que provienen de sus diferentes redes de apoyo, como madre, esposo, suegra, cuñadas, vecinos, que asocian la diarrea con conceptos como “volteada de pancita” y recomiendan la atención por parte de los practicantes de la medicina tradicional y la automedicación que incluye el uso de suspensiones y antibióticos.

Aunque las madres son las responsables del cuidado y atención de los niños dentro del hogar, toman la decisión de automedicación y prácticas de medicina tradicional que son de bajo costo, pero no así cuando hay que recurrir a otra instancia que implica mayor pago económico —esta decisión es tomada por el esposo ya que él administra la economía familiar. Generalmente es el esposo quien toma la decisión de llevar al niño a recibir atención médica privada y es quien proporciona el aporte económico.

Por lo general el resto de la red familiar recomienda a la madre la automedicación y la atención por parte de los practicantes de la medicina tradicional. Las vecinas recomiendan la automedicación, medicina

tradicional y atención médica. La red institucional en la mayoría de las veces actúa como instancia de atención, proporcionando tratamiento a base de antibióticos y antidiarreicos y muy pocas veces se utiliza VSO.

La atención médica es proporcionada principalmente por el médico privado y muy pocas veces se acude a médicos institucionales. Éstos prescriben en forma inadecuada el tratamiento, así como los practicantes de la medicina tradicional quienes aplican tratamiento a base de "sobadas de pancita" y "tronada de empacho", sin prevenir la deshidratación.

La percepción de la enfermedad en forma temprana, el aumento de líquidos, el proporcionar VSO y la influencia positiva de las redes de apoyo ayudan al buen desenlace del cuadro diarreico. Sin embargo, cuando la madre toma muchas decisiones porque su hijo no mejora, el desenlace en muchos casos es hacia la deshidratación.

Patrones de percepción, acción y desenlace

Con base en la anterior descripción se delinearon tres distintos patrones secuenciales entre la preamenaza,* la amenaza,* las acciones y el desenlace que se presentaron como "carreras del enfermo" repetidas.

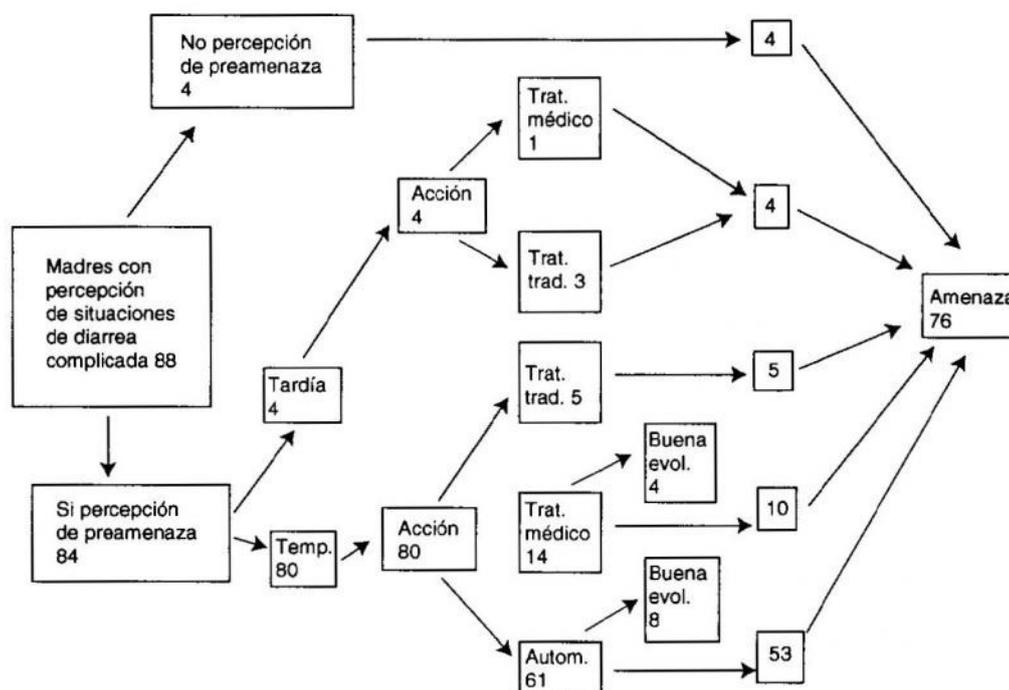
Para ver la relación entre percepción de preamenaza y acciones observamos el cuadro 1; del total de las 88 madres que reportaron un número igual de situaciones de diarrea complicada, 80 (91%) realizaron una primera acción que nos permitió clasificarlas en el grupo de percepción de preamenaza temprana y cuatro (4.5%) en el de percepción de preamenaza tardía. El resto, cuatro madres (4.5%) no percibieron la preamenaza y no hicieron nada.

Como tipos de primera acción, tenemos que de las 80 madres del grupo de preamenaza temprana, 61 (76%) recurrieron a la automedicación, 14 (18%) al médico privado que les dio antibióticos, antidiarreicos y antiparasitarios, y cinco madres (6%) utilizaron medicina tradicional como "sobada" (tallar la pancita con hierbas y aceite y fajar al niño).

De este grupo de 80 madres que reportaron un tanto igual de situaciones, tenemos que doce de las situaciones (18%) fueron evolucionando favorablemente en las siguientes horas; ocho habían recurrido a la automedicación y cuatro a tratamiento médico (dos de éstos al médico institucional).

Por lo que se refiere al resto del grupo de 80 situaciones, 68 (85%) empeoraron en las siguientes horas y las madres empezaron a percibir la amenaza, principalmente por el aumento de la pérdida de líquidos ;sin

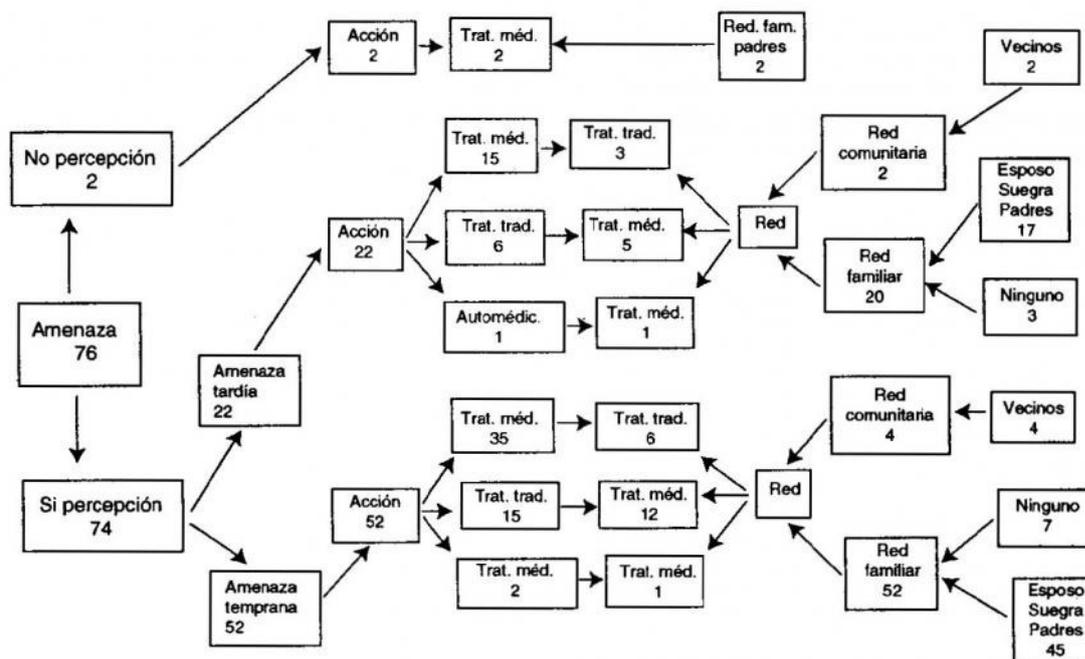
Cuadro 1



por esto relacionar pérdida de líquidos con deshidratación! Estas madres junto con otras cuatro y que no percibieron la preamenaza pasaron al grupo de percepción de amenaza, quedando un total de 76 (86%) situaciones de las 88 originales.

En el cuadro 2, tenemos la evolución de la percepción de amenaza, sus acciones correspondientes y su relación con las redes de apoyo. Nos encontramos con 76 situaciones clasificadas dentro del rango de amenaza. Dentro de éstas, dos (3%) no percibieron la amenaza y se recurrió al tratamiento médico por insistencia de la familia. Del grupo de 74 situaciones restantes, en 52 de éstas la percepción de la madre fue temprana (70%), y en 22 (30%) tardía. Como segunda y tercera acciones por parte de las madres clasificadas dentro de la categoría de percepción de amenaza temprana (la primera fue la que seguía a la preamenaza), tenemos que 35 (67%) recurrieron al médico y de éstas todavía seis (17%) utilizaron tratamiento tradicional. De las 52 madres, quince de ellas (29%) recurrieron al tratamiento tradicional como segunda acción, y doce, 15 (80%) como tercera acción, recurrieron al médico. Las otras dos del grupo de 52, automedicaron como segunda acción, y como tercera acción, una de ellas fue al médico institucional.

Cuadro 2



De las 52 madres con percepción de amenaza temprana, 45 (87%) recibieron apoyo de la red social familiar a través del esposo, suegra y padres principalmente; las siete (13%) restantes no contaron con este apoyo. En sólo cuatro (8%) de las situaciones de percepción de amenaza temprana se contó con el apoyo de la red comunitaria, además de la familiar.

De las 22 madres que percibieron la amenaza tardíamente, las acciones segundas tomadas fueron: quince (68%) tratamiento médico, seis (27%) al médico tradicional, una (5%) automedicación. De estas 22, nueve (41%) madres realizaron aún una tercera acción: tres fueron al médico tradicional (salieron del grupo de quince que había utilizado tratamiento médico), cinco madres —de las seis que habían optado por tratamiento tradicional— cambiaron a tratamiento médico, y, finalmente, la madre que había automedicado como segunda acción recurrió a la medicina tradicional como tercera.

De estas 22 madres, 17 recibieron apoyo de la red familiar y tres no recibieron apoyo ninguno por parte del esposo, suegros o padres. Sólo dos madres contaron con el apoyo de la red comunitaria.

Es importante notar que la mayoría de las madres recurre principalmente a los médicos privados, seguido por los practicantes de la medicina tradicional, y finalmente, a la medicina institucional.

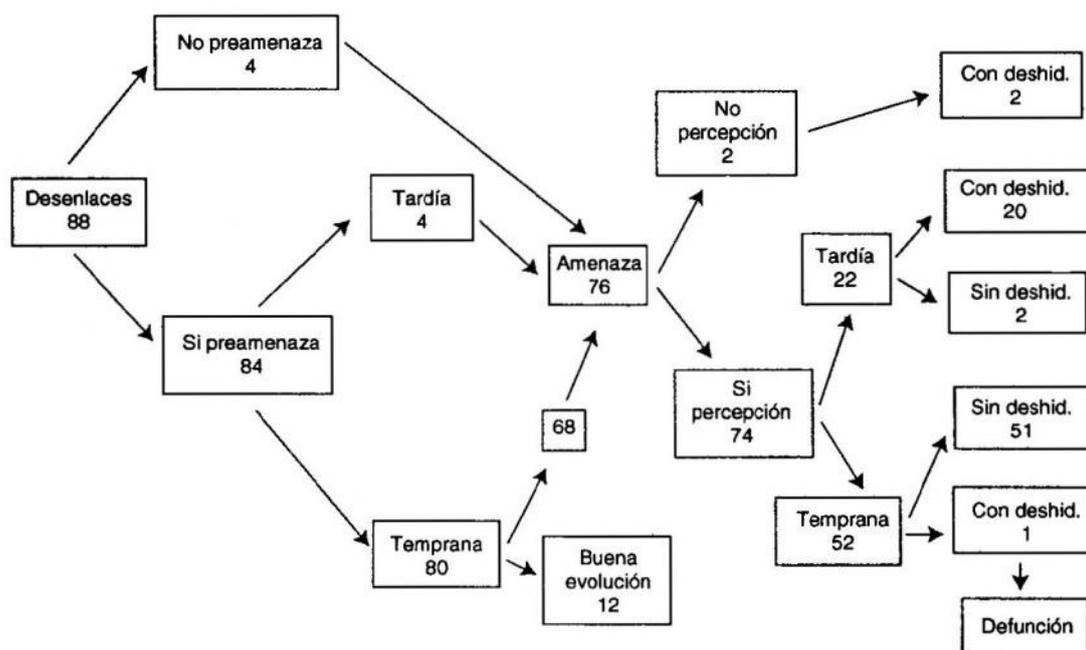
Si vemos el cuadro 3 podremos observar los desenlaces finales y su relación con los patrones arriba descritos. Se presentó deshidratación clara en 24 (27%) situaciones (uno murió) y no se presentó deshidratación clara en el resto (73%).

Es importante destacar que el desenlace de deshidratación no tiene que ver con los patrones de percepción, ni con los de acción. Solamente el uso de VSO está relacionado con un buen desenlace de prevención de deshidratación.

Lo anterior tiene sentido si pensamos que la diarrea es autolimitada y el desenlace dependerá de la severidad de la diarrea y por lo tanto de la cantidad de líquido que el niño pierda. Además, el único tratamiento efectivo para prevenir la deshidratación es el aumento de líquidos y el uso del VSO.

También es fundamental señalar que los distintos patrones tienen que ver más con una búsqueda de alternativas (las cuales se reducen a lo que ofrece el entorno pues no hay más opciones) para curar la diarrea y en ese sentido no tiene que ver tampoco con el desenlace. Esta carrera está normada, más bien, con la percepción equivocada de la madre, de los médicos y de las redes comunitarias quienes no enfocan la consecuencia más grave: la deshidratación.

Cuadro 3



Discusión y conclusiones

Los resultados de esta investigación indican que el reconocimiento de la preamenaza y la amenaza no es un problema generalizado pues existe en la mayoría de las madres. Por otro lado, si se presentan como problemática la concepción de la deshidratación y las prácticas y acciones a las que conlleva. Esto nos conduce a la necesidad de que en la educación que se imparta a las madres se haga énfasis sobre la etiología de la diarrea y sus efectos, para lograr que ellas entiendan que la deshidratación es por pérdida de líquidos y por consiguiente el tratamiento debe estar asociado a la reposición de los mismos, y no a la curación de la diarrea. También es esencial que los procesos educativos se impartan por parejas, con los demás miembros de la familia que viven ahí o son cercanos, y con los vecinos.

De igual forma la capacitación a médicos institucionales, médicos particulares, farmacéuticos y a practicantes de la medicina tradicional para que traten la deshidratación con suministro de líquidos y VSO, sigue siendo todavía una imperiosa necesidad. El tipo de capacitación que se les proporciona es técnica exclusivamente; sería importante que conocieran los patrones y "carreras de los enfermos" para ubicarse con mayor claridad en los problemas que surgen en el manejo en casa.

En investigaciones posteriores será importante determinar las razones por las cuales las madres no acuden al Centro de Salud cuando sus hijos tienen diarrea y privilegian la atención médica privada.

Los resultados concuerdan igualmente con el conocimiento sobre el proceso familiar de reconocimiento-tratamiento mencionado en el marco teórico en lo que respecta a la primera fase; sin embargo, no sólo se dieron remedios caseros en esta fase, sino que la mayoría de las veces se combinó con algún medicamento de patente contraindicado, por lo tanto es necesario determinar con mayor precisión los montos de la creciente automedicación y los efectos que tiene en los niños, que además se ven afectados por la enfermedad y su complicación.

Las situaciones que continuaron y se fueron convirtiendo en amenazas se hicieron "públicas" convirtiéndose en una "carrera de tratamientos", muchas veces inapropiados para prevenir la deshidratación. En esta "carrera de tratamientos" las relaciones sociales importantes en las acciones no fueron las redes comunitarias, las cuales prácticamente no tuvieron peso. Sin embargo, las redes comunitarias aparecen fuertemente unificadas en lo que se refiere a las concepciones y prácticas en las diarreas agudas complicadas.

La influencia más poderosa en relación a las acciones de la madre en la atención de las diarreas agudas recayó fuertemente en la red familiar. Esta red tuvo características de apoyo a través de la expresión de las creencias y los afectos, la asistencia instrumental a través de tareas específicas y la provisión de ayuda. La red de ayuda familiar principal es el marido, quien provee la ayuda económica. Esta situación, sin embargo, nos habla también de la dependencia de las mujeres —en la toma de decisiones* y acciones— del apoyo económico o la sanción familiar para actuar. Es importante seguir estudiando cómo se relacionan las concepciones y las prácticas maternas sobre la enfermedad diarreica aguda de los niños y su conexión con las relaciones familiares.

Glosario de términos

Acción: es la actividad realizada por la madre dentro del desarrollo del episodio.

Amenaza percibida: es cuando una madre considera que la vida de su hijo está en peligro. La dividimos en temprana y tardía; se considera *temprana* cuando la madre percibe que el episodio de diarrea se agrava, pero sin llegar a presentar signos de deshidratación, y *tardía* cuando la madre percibe que el episodio de diarrea se agrava y ya existen algunos signos de deshidratación.

Atención: es la instancia a la que la madre solicita ayuda o el lugar donde se le proporciona tratamiento.

Desenlace: puede ser; niños sin deshidratación, niños con deshidratación y muerte.

Episodio clínico grave: es aquel donde la madre refiere evacuaciones diarreicas en número mayor de cinco en 24 horas y percibe uno o más de los siguientes signos: fiebre, fontanela hundida, vómitos frecuentes y abundantes, sangre en las evacuaciones, sed, respiración rápida, irritabilidad, llanto sin lágrimas, orina escasa y de color oscuro, ojos hundidos y dolor abdominal. Estos signos pueden ser percibidos o no como graves por las madres.

Episodio diarreico complicado: son los episodios que la madre percibe como graves, reporta haberse asustado y necesitado ayuda de terceros.

Manejo: son las actividades que realiza la madre, éstas incluyen el tratamiento suministrado en el hogar, el cual está relacionado con el desenlace que tendrá el episodio diarreico y con el tipo de atención solicitada.

Percepción: es la forma en que la madre distingue una situación y la expresa verbalmente al reconocerla. La percepción que la madre tiene en los casos de diarrea complicada anterior a la grave la denominaremos preamenaza.

Preamenaza: se define como el momento en que la madre se da cuenta de la enfermedad y realiza alguna acción de cualquier tipo. Puede ser *temprana* cuando la madre actúa dentro de las primeras 24 horas de haber percibido la enfermedad, y *tardía* cuando la madre actúa después de las 24 horas de haber percibido la enfermedad.

Redes de apoyo: son las intervenciones de las personas o instituciones que surgen cuando aparecen los síntomas del niño. Las redes de apoyo se dividen de la siguiente manera:

Familiar: integrada por el esposo, padre, madre, abuelos, suegros, hermanos y en general por los que participan directamente en el proceso de reproducción familiar.

Social: constituida por vecinos y otros miembros de la comunidad que influyen en la situación de manera específica.

Institucional: conformada por las instituciones de salud, médicos privados y practicantes de la medicina tradicional.

Toma de decisiones: es la conjunción de concepción mental que motiva a la madre para realizar una acción específica en situaciones determinadas, y la acción misma.

Tratamiento: es el tipo de sustancias administradas o prácticas terapéuticas realizadas en los pacientes menores de cinco años con episodios de diarrea.

Bibliografía

- Altan, C.T., *Uomo e società. Manuale di antropologia culturale, storia e metodo*, 1973.
- Álvarez, Selene, "Sobrevivencia infantil. La terapia de hidratación oral en México", tesis doctoral en sociología, México, UNAM, 1989.
- Berman, P., "The household production of health: Integrating social science perspectives on micro-level health determinants", en *Soc. Sci. Med.*, 38, 1994.
- Condom, P.D., J. Cravioto, F.E. Johnston, E.R. de Licardif, T.O. Scholl, "Morbidity and growth of infants and young children in a rural mexican village", en *Am. J. Public Health*, 67, 1977.
- Guiscafre, G.H. y T.G. Gutiérrez, *Hidratación oral en un sistema de hospitales rurales en México*, México, Med. Hosp. Infant. Méx., 1985.
- Heller, Agnes, *Sociología de la vida cotidiana*, Barcelona, Península, 1977.
- Kassem, A.S., I. El Araby y B.Z. Massoud, "Effect of antibiotics on duration of diarrhoea and speed of rehydration", en *Gazette Egypt Paediatr Assoc*, 31, 1983.
- Koss, J.D., *La etnomedicina en la salud mental en la comunidad*, temas de salud mental en la comunidad (Serie Paltex para ejecutores de programas en salud, núm. 19), Ed. I. Levav OPS, 1992.
- Mota, H.F., "Abuso de antimicrobianos y otros conceptos erróneos en el tratamiento de diarreas en niños", en *Bol. Med. Hosp. Infant. Méx.*, 44, 1987.
- Organización Mundial de la Salud, "El uso racional de medicamentos contra la diarrea en la infancia", en *Foro Mundial de la Salud*, vol. 12, núm. 3, s.f., pp. 382-383.
- Secretaría de Salud, "Salud Infantil y Preescolar. Evaluación. Cumbre Mundial en Favor de la Infancia", México, Secretaría de Salud, 1992.
- Secretaría de Salud (Unidad de Planeación), "Registros estadísticos", Veracruz, Secretaría de Salud, 1993a.
- Secretaría de Salud (Dirección General de Epidemiología), "Sistema de vigilancia epidemiológica", México, Secretaría de Salud, 1993b.
- Secretaría de Salud, "Programa estatal de control de enfermedades diarreicas", Veracruz, Secretaría de Salud, 1994.
- Therlund, Gunilla y Margareta Samuelsson, "Parental social support and child behaviour problems in different populations and socio-economic groups: A methodological study", en *Social Science and Medicine* 36(3), 1993, pp. 353-360.

Williams, Holly Anne, "A comparison of social support and social networks of black parents and white parents with chronically ill children", en *Social Science and Medicine* 37(12), 1993, pp. 1509-1520.

World Health Organization, *Programme for Control of Diarrhoeal Diseases, Interim Programme Report*, Suiza, 1992.