



*Representaciones y prácticas de las madres  
sobre las enfermedades diarreicas en colonias  
populares al norte de Hermosillo, Sonora.*

Trabajo presentado en cumplimiento parcial  
de los requerimientos para la obtención del  
Grado de Maestra en Ciencias Sociales

*en*

*El Colegio de Sonora*

*por*

*Patricia Aranda Gallegos*

Noviembre de 1997



## **Resumen**

En este trabajo, nos planteamos realizar un primer acercamiento a la cultura médica materna en la ciudad de Hermosillo Sonora. El objetivo fue reconstruir las principales representaciones y prácticas de madres de menores de cinco años que tuvieron enfermedades diarreicas durante 1996 e inicios de 1997 y que acudieron durante este período al consultorio de la Secretaría de Salud ubicado en el Comité de Desarrollo Comunitario de la colonia "Eusebio Kino", A.C (CDCEK) ubicado en el norte de la ciudad.

El área de influencia de este servicio médico comprende las colonias populares Jacinto López, Eusebio Kino, Carmen Serdán, Solidaridad (I etapa) y Miguel Hidalgo. Las madres entrevistadas fueron registradas en los archivos de este Comité y/o del Centro de Salud "Lomas de Madrid" que coordina los servicios de consulta médica que se ofrecen en el CDCEK.

Las enfermedades diarreicas agudas (ED) se encuentran vinculadas a las condiciones que acompañan a la pobreza, característica general de esta zona. Estas enfermedades son el segundo motivo de consulta en el Centro de Salud mencionado y tienen una importante presencia como motivo de consulta en el CDCEK. Estas características, aunadas a que el CDCEK está formado por un equipo de promotoras de salud con más de diez años de experiencia, motivaron la selección del lugar para la investigación.

La información se obtuvo principalmente mediante dos instrumentos, una encuesta de datos generales, con el objetivo de caracterizar los casos registrados, y diez entrevistas semi-estructuradas, con las cuales se reconstruyeron diez y ocho carreras del enfermo, así como las principales representaciones de las madres sobre estas enfermedades.

Se ubicaron las diferentes enfermedades diarreicas, según el diagnóstico materno, su tratamiento en el hogar, así como los puntos coincidentes y divergentes con las campañas impulsadas por el Sector Salud por medio del Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas (PRONACED-IRA).

Los saberes maternos están formados por elementos procedentes de diversos modelos médicos que son utilizados de forma pragmática en el proceso salud/enfermedad/atención. Las clasificaciones coinciden con la forma de referirse a las enfermedades en otras partes del país, no obstante, en Hermosillo no son entendidas o tratadas de la misma manera, en el trabajo se describen las similitudes y diferencias encontradas.

*A mis padres y sus sueños*

*A Enrique y Ana Mar, mis compañeros*

## **Indice**

<b>Resumen</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO I: REVISION CONCEPTUAL</b>	<b>5</b>
<b>1.Los modelos médicos en la atención a la salud.</b>	<b>7</b>
1.1. Modelo médico hegemónico (MMH)	8
1.2 Modelo médico alternativo subordinado.	9
1.3 Modelo médico de autoatención.	10
1.3.1 Automedicación	11
1.3.2 Medicina doméstica	12
<b>2. Saberes y representaciones</b>	<b>13</b>
2.1 Saberes, síntesis de representación y práctica.	13
2.2 Representaciones sociales en la salud/enfermedad	13
2.3 Prácticas sociales reconstruidas en la carrera del enfermo	17
<b>3. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades diarreicas.</b>	<b>19</b>
3.1 Desde el Sector Salud	19
3.2 Desde la medicina "Tradicional"	21
<b>CAPITULO II: METODOLOGIA</b>	<b>26</b>
<b>1. Diferentes abordajes de otros estudios</b>	<b>26</b>
<b>2. Metodología de la investigación</b>	<b>30</b>
<b>CAPITULO III: CONTEXTO DE LA INVESTIGACION</b>	<b>35</b>
<b>1. Programas de atención de las enfermedades diarreicas del Sector Salud</b>	<b>35</b>
1.1 Mortalidad y Morbilidad por ED	39
<b>1.2 Descripción de planes de atención según su diagnóstico</b>	<b>45</b>
1.2.1 Prevención de la deshidratación	45
1.2.2 Alimentación	46
1.2.3 Reconocimiento de signos de alarma	46
1.2.4 Manejo de Medicamentos:	48
<b>2. Condiciones de vida y las ED</b>	<b>49</b>
2.1 Población y salarios	49
2.2 Vivienda y servicios	50
2.3 Servicios de salud en la zona de estudio	51

<b>CAPITULO IV: LA CARRERA DEL ENFERMO Y SU ATENCION POR LAS MADRES</b>	<b>55</b>
<b>1. Descripción de la zona y población de estudio</b>	<b>55</b>
1.1 Descripción de la zona: urbanización, características generales, servicios públicos	55
1.2 Cómo son y cómo viven las familias	56
1.3 Características generales de las madres	57
<b>2. Las carreras del enfermo: experiencias estudiadas</b>	<b>59</b>
2.1 Descripción general	59
2.2 Presentación por niño (a) de las carreras del enfermo	61
<b>CAPITULO V: REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS SOCIALES DE LAS MADRES SOBRE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS.</b>	<b>103</b>
1. Las madres en el cuidado de la salud	103
2. Las prácticas sociales: la carrera del enfermo	105
3. Las representaciones sociales	114
3.1 Clasificación de las enfermedades diarreicas	116
<b>CONCLUSIONES GENERALES</b>	<b>126</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>144</b>

## **Agradecimientos**

*Para realizar este trabajo fue necesaria la colaboración de muchas personas, quienes participaron con su apoyo y valiosos comentarios. En primer lugar, va mi sincero agradecimiento a las madres de familia que compartieron sus experiencias y permitieron este primer acercamiento a sus saberes a partir de sus prácticas y reflexiones en el cuidado de sus hijos.*

*De igual forma, a Carmen Castro quien dirigió este trabajo, me introdujo con las promotoras del Centro de Desarrollo Comunitario de la Eusebio Kino, compartiendo su experiencia sobre promoción comunitaria durante la elaboración del trabajo. A Catalina Denman le agradezco su acompañamiento a la dirección de la investigación, sus comentarios, sugerencias y calidez. A Elizabeth Cartwright, quien como docente de la maestría y lectora de este trabajo, realizó importantes observaciones al mismo. Al Programa de Salud y Sociedad de El Colegio de Sonora ya que fue un espacio donde compartí dudas y encontré siempre diferentes formas de apoyo.*

*A las promotoras de la Eusebio Kino, quienes me fueron introduciendo en las costumbres y el lenguaje cotidiano de la zona. Ellas ayudaron a la aplicación de encuestas con datos generales de la población, además de que constituyen la posibilidad de que la investigación tenga aplicación en sus trabajos de promoción comunitaria.*

*Al responsable del Programa Estatal de Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas (PRECED-IRA), así como al encargado de la vigilancia epidemiológica del PRECED-IRA, Sonora y al Director del Centro de Salud Lomas de Madrid, quienes proporcionaron la información epidemiológica y sobre el trabajo de promoción comunitaria impulsado desde las instituciones de salud en el estado y municipio. Al equipo de promotores y personal de archivo del Centro de Salud "Lomas de Madrid"*

*A las sobadoras que compartieron sus saberes sobre los cuidados de las enfermedades diarreicas y a Ma. Luisa López por su disposición a compartir sus saberes.*

*A Cecilia Navarro, quien en lo personal y como responsable del Centro de Documentación del Departamento de Trabajo Social de la Universidad de Sonora, me impulsó a estudiar la Maestría, además de que junto con Lupita Soltero, compartimos las dificultades de hacer una tesis.*

*A los estudiantes de Trabajo Social con quienes se hicieron las primeras reflexiones sobre fracasos y aciertos en los intentos de recopilación de información sobre el tema. En especial a Miriam Guerrero, quien realizó gran parte de las transcripciones de las entrevistas y compartió la experiencia en diferentes momentos.*

*Los comentarios de las enfermeras que participaron durante el curso de nivelación de Metodología en la Universidad de Sonora en 1995, quienes aportaron elementos con los que el tema fue tomando forma.*

*A los compañeros y maestros de la Maestría en Ciencias Sociales de El Colegio de Sonora con quienes compartí el proyecto de investigación y quienes aportaron valiosas críticas.*

*Al personal de la biblioteca de El Colegio de Sonora que apoyó con su trabajo el acceso a la información. A Lucía Castro por su ayuda con la información de INEGI.*

*Elisa Villalpando con su apoyo y comentarios siempre cercanos. Alfonsina González, por la confianza. Enrique Villalpando, tanto que agradecer...comentarios, apoyos, revisiones, sugerencias y sobre todo paciencia y acompañamiento.*

*Finalmente, al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca recibida, y al Sindicato de Trabajadores de la Universidad de Sonora por su apoyo durante la maestría.*

## **INTRODUCCION**

El estado de Sonora, y en particular el municipio de Hermosillo, presenta mejores condiciones socioeconómicas en comparación con la mayor parte del país, no obstante, su población se ha enfrentado a la disminución de su poder adquisitivo durante los últimos años. El interés por conocer el comportamiento de estas enfermedades se enmarca en la preocupación sobre posibles repercusiones de la crisis económica en la salud de la población a mediano y largo plazo.

Durante la última década ha disminuido la mortalidad por enfermedades diarreicas (en adelante ED) en menores de cinco años, tanto a nivel nacional como estatal. En Sonora, de 1990 a 1996 presentó una reducción del 68.8% ocupando el tercer lugar como causa de muerte para este grupo de edad. Los responsables de los programas para el control de las ED de la Secretaría de Salud Pública atribuyen la disminución principalmente a la utilización del Suero Vida Oral en el hogar, en los hospitales y centros de primer nivel.

Sin embargo, la morbilidad presenta un comportamiento distinto. Es posible lograr disminuir la mortalidad por esta enfermedad, sin que ello signifique necesariamente mejoras generales en las situación socioeconómica de la población, por lo que el riesgo de enfermarse puede aumentar sobre todo en aquellas zonas populares en las cuales las condiciones de servicios, vivienda, educación, alimentación y salud son precarias. En este panorama las actoras principales en el cuidado de la salud de la familia son las madres. Son ellas las que observan los procesos de salud/enfermedad, toman decisiones, hacen las valoraciones y definen el diagnóstico inicial en sus hijos. Finalmente deciden el tratamiento y las acciones a seguir en el proceso de curar el problema.

Esta investigación pretende profundizar en esta temática de salud/enfermedad, particularmente de las ED y el manejo de las madres de los mismos cuando se presentan en sus hijos menores de cinco años. El objetivo central del estudio es reconstruir las representaciones y prácticas de las madres sobre las ED, a partir de las carreras del enfermo.

Cabe comentar que la idea de realizar esta investigación nació a partir de la revisión del trabajo de Osorio<sup>1</sup>, y con ello se revivieron preguntas de experiencias de investigación anteriores sobre participación comunitaria en salud y autoatención en el caso de las enfermedades más comunes en menores de cinco

---

<sup>1</sup> Osorio, Rosa María. "Sistemas de saberes y prácticas de atención a determinados padecimientos gastrointestinales. El rol materno en la carrera curativa". En Mercado, Fco. Javier et al. (coord.), *Familia, salud y sociedad*, Fin de Milenio, (Medicina Social), Universidad de Guadalajara, INSP, CIESAS, El Colegio de Sonora, México, 1993 p.294-309.



años.<sup>2</sup> Entre ellas surgió la necesidad de profundizar sobre los conocimientos y prácticas de salud de la población en donde se implementan los programas de salud y educativos.

Partiendo de que la autoatención es una práctica permanente presente en todas las sociedades, es importante reconocer la existencia de diversas racionalidades que se cruzan en los diagnósticos y tratamientos privilegiados, sin que por ello se juzguen las diferentes formas de ver el mundo y las distintas concepciones sobre el tratamiento de las ED. En este trabajo se considera que existe esta diversidad de saberes que en silencio o de manera explícita forman parte de los esfuerzos por curar a quienes padecen enfermedades.

La inquietud inicial de este trabajo era más amplia ya que buscaba conocer lo que sucedía en el proceso de salud/enfermedad/atención, en las ED en menores de cinco años y comprender la racionalidad o motivos principales de las prácticas de cada uno de los actores involucrados en su atención, es decir, de las madres, redes familiares, curadores tradicionales y médicos del Sistema de Salud. Sin embargo, como trabajo exploratorio y en un primer acercamiento a esta temática el trabajo se enfocó finalmente hacia los saberes maternos, es decir, las representaciones y prácticas de atención a la salud, debido a que son ellas quienes juegan un papel central, directa e indirectamente en la salud de la familia, como parte de su papel de mujeres-madres.

Al acercarnos a los saberes maternos para conocer las carreras del enfermo, así como comprender su racionalidad en la acción, partimos del supuesto de que existen distintas formas de ver el mundo, visiones que no se reducen al funcionamiento del cuerpo humano, pero que las comprenden.<sup>3</sup>

Estas racionalidades cobran vida cuando los menores de cinco años se enferman, en un ambiente de emergencia, sus madres en el ámbito doméstico van tomando decisiones que pueden curar o complicar el estado físico del enfermo. Estas decisiones pueden ser congruentes o no con las racionalidades descritas.

El abordaje metodológico que permitió un mayor acercamiento y la recuperación de información relevante para nuestro estudio fue el de la metodología cualitativa. Ésta también permitiría la flexibilidad necesaria para reconocer e incorporar a la descripción y análisis aquéllos campos temáticos significativos que apoyara a los mismos y que por su relevancia en las

---

<sup>2</sup> Véase Aranda Gallegos, Patricia. *Capacitación para la participación en los municipios de León y Chinandega, Nicaragua 1989-1990*. Tesis de Licenciatura en Sociología, Universidad Iberoamericana, México, 1993.

<sup>3</sup> Lozoya, Xavier y Zolla Carlos (coord.), *La medicina invisible*, Folios Ediciones, México 1983.

representaciones y prácticas cotidianas de atención a las enfermedades diarreicas de las madres pudieran aportar a un mejor entendimiento.

Según la revisión bibliográfica y documental referida al tema, la cual es muy abundante, se identificó que la mayor parte de la investigación realizada sobre este problema son estudios médicos. La investigación realizada desde las ciencias sociales se ubican desde un abordaje metodológico que enfatiza la medición de los diferentes aspectos que intervienen en ella y finalmente el número menor de estudios se refieren a investigaciones con un enfoque cualitativo. Bajo este último abordaje esta investigación pretende contribuir al conocimiento.

La selección de las familias que se incluirían en el estudio se basó en los criterios de que tuviera hijos menores de cinco años, vivieran en la zona y hubieran demandado consulta médica por enfermedad diarreica en el consultorio del Centro de Desarrollo Comunitario de la colonia "Eusebio Kino", A.C. (en adelante CDCEK) de febrero de 1996 a marzo de 1997. Esta información se complementó con la revisión de las hojas médicas reportadas de este consultorio al Centro de Salud "Lomas de Madrid" (en adelante el Centro de Salud). A las madres de estas familias, en total 37, se les aplicó un cuestionario para obtener datos socioeconómicos generales.

Del grupo de madres ubicadas se seleccionó a 10 de ellas para realizarles una entrevista cualitativa con una guía semi-estructurada de preguntas, particularmente enfocadas al conocimiento y prácticas cotidianas en la atención de las ED.

Así pues, las preguntas que guiaron la investigación tuvieron por objetivo reconstruir las carreras del enfermo en la atención de ED. La información recopilada se contextualiza con la información epidemiológica que existe al respecto, así como con las condiciones socioeconómicas y de infraestructura en la zona de estudio.

Es necesario señalar que en la reconstrucción de las carreras del enfermo, se involucra la memoria y reconstrucción de los hechos vivenciados en situaciones de mayor o menor urgencia, por lo que se trabaja con discursos en los que las madres recapitulaban sus conocimientos y acciones.

La zona de estudio comprende las colonias populares Jacinto López, Eusebio Kino, Carmen Serdán, Solidaridad (I etapa) y Miguel Hidalgo. Estas colonias entran en la distribución territorial de la Secretaría de Salud Pública como el Sector VI del área cubierta por el Centro de Salud, el cual, bajo un convenio con el CDCEK tiene un consultorio en sus instalaciones ubicadas en la esquina de las calles Caturegli y Nacori Grande de la colonia Eusebio Kino.

Se escogió este lugar por varios motivos, el primero, ya mencionado, fue por el objetivo de profundizar y reconocer las diversas racionalidades en torno a la atención de la salud/enfermedad, otro se refiere a la posibilidad de que grupos de promotores de salud tanto del CDCEK como del Centro de Salud pudieran retomar los resultados de este trabajo para sus capacitaciones a madres en la zona de estudio. La importancia del problema de la morbi-mortalidad de la enfermedades diarreicas en la zona se enfatiza en datos del propio Centro de Salud que las reportó como segundo motivo de consulta durante 1995<sup>4</sup>. Es importante mencionar que partimos de que las condiciones precarias de vida de la zona propician tal incidencia.

El trabajo se divide en cinco capítulos:

En el **Capítulo I** se trata de ubicar los conceptos que desde las ciencias sociales proporcionan un marco de discusión y análisis en investigaciones similares sobre los temas a desarrollar.

En el siguiente, **Capítulo II** se hace referencia a la metodología utilizada en otros estudios con preocupaciones similares y se describe la metodología utilizada en este trabajo, señalando las técnicas de recolección y análisis de la información.

El **Capítulo III** describe los programas que las instituciones de salud han implementado en relación a las enfermedades diarreicas. Por otra parte, se presenta el contexto epidemiológico de las enfermedades diarreicas en Sonora, así como algunos elementos socioeconómicos y de servicios médicos de la zona de estudio.

El **Capítulo IV** presenta los resultados del estudio socioeconómico de las familias entrevistadas así como la descripción de dieciocho carreras del enfermo.

En el último capítulo, el **Capítulo V** se desarrolla la discusión y análisis de la información. En éste se intenta hacer una sistematización y aplicación de los conceptos centrales del estudio, así como señalar los campos mas significativos de lo que se obtuvo en el trabajo de campo.

Las **Conclusiones** se refieren a la recapitulación del trabajo, así como las reflexiones finales que nos ha implicado la investigación.

En el anexo se incluyen mapas sobre las jurisdicciones sanitarias, de la ciudad de Hermosillo y la zona de estudio, así como la guía de entrevista semi-estructurada utilizada. También se presenta el formato de la autopsia verbal de defunción por enfermedad diarreica de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

---

<sup>4</sup> Secretaría de Salud Pública del estado de Sonora, Centro de Salud Lomas de Madrid. *Informe Semanal*. Vigilancia Epidemiológica, Hermosillo, 1995.

## **CAPITULO I: REVISION CONCEPTUAL**

Los saberes maternos en la atención a la salud y la enfermedad en el hogar, se relacionan directamente con la salud de la familia, debido a que la construcción de la identidad de mujer/madre privilegia la definición de lo femenino como una persona que está al servicio de los otros.<sup>5</sup>

La madre es la que alimenta, proporciona bienestar y cuida la salud y la enfermedad de los miembros de la familia. Decide sobre los cambios de tratamiento durante la carrera del enfermo y se responsabiliza de la implementación de los mismos.

Cuando trabaja, por lo general dedica la totalidad de sus ingresos a solucionar las diferentes necesidades de los miembros del hogar, a diferencia de los hombres que asignan una proporción significativa de su salario para uso personal.<sup>6</sup>

La relación desigual entre hombres y mujeres en el hogar tiene importantes repercusiones en la salud al asignar a la madre de manera casi exclusiva la crianza de los hijos y con ello los cuidados en el proceso salud/enfermedad/atención.

La mujer es la autoridad doméstica en materia de salud, aun cuando sus propias enfermedades y su alimentación ocupan un lugar secundario entre las dolencias familiares.

En sus saberes se encuentran entrelazados conocimientos procedentes de distintos modelos médicos que son utilizados cuando se requiere de ellos. Este capítulo aborda esta construcción de saberes diversos, así como las representaciones y prácticas de las madres por su importancia en el cuidado doméstico de la salud y la enfermedad.

Las carreras del enfermo, si bien parten de decisiones individuales en situaciones concretas, son consideradas en este trabajo como prácticas sociales, acciones sociales. Es por ello que antes de abordar estos conceptos, se hará referencia a preocupaciones sociológicas sobre el acercamiento a la acción social.

---

<sup>5</sup> Szasz, Ivonne. "Introducción: La condición social de la mujer y la salud". En González Montes, Soledad, (comp.). *Las mujeres y la salud*. El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, México, 1995, p.13-26.

<sup>6</sup> Márquez, Viviane Brachet. "Trabajo materno y salud infantil: hacia una guía teórica para las políticas sociales". En Stern, Claudio, (coord.). *El papel del trabajo materno en la salud infantil*, The Population Council. El Colegio de México, 1996, p.59-86.

Al estudiar acciones realizadas por seres humanos Weber planteaba la necesidad de construir una sociología que intentara comprender los fenómenos sociales. Para ello señalaba la importancia de conocer tanto el contexto socio-histórico de la acción como el descubrir el sentido, percepción e interpretación de la realidad de los sujetos, y su relación con el comportamiento.<sup>7</sup> De acuerdo con ello, en este trabajo nos interesa conocer elementos de interpretación y sentido de las madres, sobre sucesos que pertenecen a la vida cotidiana, inmersos en un contexto social e histórico de acción.

Cuando se presentan en el hogar casos de enfermedades diarreicas, existen explicaciones sobre sus causas<sup>8</sup>, así como clasificaciones, descripciones, y diferenciaciones de estas enfermedades<sup>9</sup> que se ofrecen al sentido común de los actores directamente involucrados. En este trabajo se coincide con los autores Berger y Luckmann respecto a que la vida cotidiana "se presenta como una realidad interpretada por los hombres... para ellos tiene el significado subjetivo de un mundo coherente. Como sociólogos hacemos de esta realidad el objeto de nuestros análisis".<sup>10</sup>

Ahora bien, en las discusiones actuales sobre teoría sociológica, se han ubicado dos grandes problemas frente a los cuales todo trabajo de ciencias sociales tiene una postura: el problema de la naturaleza de la acción y el problema del orden.<sup>11</sup>

El problema de la naturaleza de la acción se refiere a las preguntas sobre la racionalidad o irracionalidad de una acción social. Entendiendo por racionalidad el interés de las personas de actuar para aumentar la eficiencia, (actos instrumentales, egoístas) o bien, si se trata de acciones idealistas (normativas y morales, seguir emociones y deseos inconscientes).

El problema del orden señala los desacuerdos entre las teorías sociológicas respecto a cómo se genera ese orden (entendiendo por orden aquellos patrones, estructuras, independientes de los individuos que la componen). La forma en que estos patrones o estructuras son creados y recreados ha sido analizada por los enfoques colectivistas e individualistas.

---

<sup>7</sup> Luengo, Enrique. *Problemas metodológicos de la sociología contemporánea*. Departamento de Ciencias Sociales y Políticas, UIA, México 1991.

<sup>8</sup> En medicina, al estudio de las causas de las enfermedades se le conoce como *Etiología* (del griego aition, causa, y logos, tratado). En el trabajo nos referiremos principalmente a la etiología de las enfermedades diarreicas de menores de cinco años, desde los saberes maternos.

<sup>9</sup> La parte de la medicina que estudia la clasificación, descripción y diferenciación de las enfermedades, se conoce como *nosología* (del griego nosos, enfermedad, y logos, tratado). Estaremos hablando sobre las representaciones y prácticas desde la nosología de las madres.

<sup>10</sup> Berger, Peter y Luckmann, Thomas. *La construcción social de la realidad*. Amorrortu, Argentina, 1994, p.36.

<sup>11</sup> Alexander, Jeffrey C. *Las teorías sociológicas desde la Segunda Guerra Mundial*. GEDISA, Barcelona, 1989, p.18 .

Los colectivistas entienden que esos patrones sociales son previos al acto individual, son producto de la historia. El orden social es un dato externo que el ser humano enfrenta al nacer; en los adultos, el orden social existe dentro y fuera de la persona.

Por otro lado, los enfoques individualistas reconocen estas estructuras y patrones, pero insisten en que son el producto de negociaciones individuales, consecuencia de decisiones personales.

El estudio que realizamos sobre los cuidados en el hogar de las enfermedades diarreicas llevados a cabo por las madres de familia, se ubica frente al primer problema reconociendo que en la acción de las madres de familia existe la finalidad de curar al niño enfermo, o bien de prevenir el padecimiento. La racionalidad de la acción se basa en este objetivo, y para lograrlo se hace uso de diversos conocimientos adquiridos y construidos que se encuentran presentes en lo que Osorio llama la cultura médica materna.<sup>12</sup>

El objetivo de curar o prevenir es la guía de su acción que está conformada por la combinación de representaciones y prácticas curativas, provenientes de diferentes formas de atención a la salud y/o a la enfermedad; a veces son complementarias, o contradictorias, pero poseen desde la perspectiva de las madres, lógica y coherencia interna que les son funcionales desde un punto de vista pragmático.<sup>13</sup>

Frente al problema del orden, este trabajo se ubica desde la perspectiva que pone énfasis en lo social, así se hablará de las representaciones sociales, no como surgidas de experiencias principalmente individuales, aunque no se niega el espacio de decisión personal ante las situaciones específicas, pero se considera que esas decisiones individuales se dan en un marco social que limita las posibilidades a un campo específico en el que han de ser contextualizadas.

### **1. Los modelos médicos en la atención a la salud.**

Las ciencias sociales han debatido sobre los distintos enfoques en los estudios de las culturas, clases sociales y relaciones de poder. Durante los años ochenta se realizaron investigaciones sobre culturas hegemónicas y subalternas, enfocando la acción social desde una perspectiva de la construcción del poder en la sociedad. Los estudios de antropología médica se enriquecieron en este

---

<sup>12</sup> Osorio, Rosa María. *La cultura médica materna y la salud infantil; Síntesis de representaciones y prácticas sociales en un grupo de madres de familia.* Tesis de Maestría en Antropología Social, ENAH, México, 1994, p.8.

<sup>13</sup> Idem., p. 11.

sentido señalando entre otros, los procesos de construcción de saberes médicos hegemónicos y subalternos.<sup>14</sup>

Después de la caída del muro de Berlín, los conceptos de hegemonía y subordinación fueron cada vez menos utilizados en los análisis políticos. En el campo de la antropología médica fueron enriquecidos con estudios en los cuales se realizaron trabajos de campo a profundidad y continúan siendo punto de referencia en el debate científico.

Prof. id.

Según señala Menéndez<sup>15</sup>, los modelos médicos son aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen, tanto la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los curadores, como la participación en todas esas dimensiones, de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento .

De esta manera, si bien la realidad se nos presenta de una forma compleja y no diferenciada, podemos acercarnos a ella utilizando como referencia estos modelos. El autor, hace énfasis en la necesidad de los estudios históricos, que ubiquen en una sociedad determinada las características de aquellos modelos hegemónicos y subalternos.

### 1.1. Modelo médico hegemónico (MMH)

Entre los rasgos distintivos de este modelo el autor señala que predomina una visión de la salud y la enfermedad desde el biologismo; concepción teórica evolucionista-positivista que por lo general trata los problemas sin vincularlos con su historia y contexto social, enfocándolos a los problemas desde el punto de vista individual y de eficacia pragmática.<sup>16</sup>

Bajo el MMH, la salud es vista como mercancía y se establece una relación asimétrica entre médico y paciente, de tal manera que la participación de estos

---

<sup>14</sup> El análisis de la relación entre coerción y consenso, es con lo que Gramsci se distingue de la producción marxista previa. La construcción de hegemonía basada en ambos procesos, llevó a estudios sobre cultura que expresan la construcción de visiones del mundo de diversas clases sociales, bajo la hegemonía de una de ellas. El estado ejerce mediante ambas su liderazgo ideológico sobre la sociedad civil. En el caso de Menéndez, el concepto de hegemonía es utilizado en la conceptualización gramsciana, pero se articula con el concepto de transacciones. Al respecto véase los trabajos de Menéndez, Eduardo L. *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Ediciones de la Casa Chata No. 13, México 1981, p.386-448. Así como el de Modena, María Eugenia *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. CIESAS, México, 1990. Ediciones de la Casa Chata. P. 36-39

<sup>15</sup> Menéndez, Eduardo L. *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Ediciones de la Casa Chata No. 13, México, 1981, p.101.

<sup>16</sup> Idem., p. 102

últimos en las acciones de salud, es subordinada, pasiva y con ello se tiende a excluirlos del saber médico.

La profesionalización formalizada de los médicos, bajo este modelo, es identificada ideológicamente con racionalidad científica, como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos de salud. En México, el MMH se subdivide en el modelo médico individual-privado, modelo médico corporativo-público y modelo médico corporativo-privado. El modelo corporativo público el que presenta algunas características particulares, entre las que se encuentra la planeación e implementación de medidas de prevención, tales como las campañas nacionales de vacunación, el control epidemiológico, etc., también es el que incorpora más lo social a la problemática de la salud-enfermedad, sin embargo, esto sólo puede darse dentro de ciertos límites.<sup>17</sup>

La fuerza del MMH reside en la posibilidad de influir a otros modelos, al medicalizar ciertos tratamientos<sup>18</sup>, lo cual se manifiesta por ejemplo, cuando las sobadoras y curanderos recetan medicamentos alopáticos a la par de tratamientos herbolarios. Power

## 1.2 Modelo médico alternativo subordinado.

En este modelo se incluyen prácticas médicas diversas, como la acupuntura y herbolaria china, la medicina curanderil urbana, los fenómenos como la dianética o prácticas espiritistas.<sup>19</sup>

Las características básicas de este modelo, se relacionan con su concepción globalizadora de los padecimientos y problemas, tendencia al pragmatismo, ahistoricidad, asimetría en la relación curador-paciente, participación subordinada de los consumidores, legitimación comunal o grupal de actividades curativas, identificación con alguna racionalidad técnica y simbólica, tendencia a excluir a otros de sus saberes, reciente tendencia a mercantilización de sus servicios. Se incluyen en el modelo médico alternativo subordinado, las prácticas reconocidas generalmente como "tradicionales".<sup>20</sup> Si bien, no está dentro del objetivo de este trabajo el debatir sobre el concepto de lo "tradicional", es necesario señalar que el autor lo deja fuera de su marco conceptual por la diversidad de significados y por las confusiones a que se presta.

Se identifica como tradicionales, a los pobres, a los que "no tienen educación", a las clases sociales subordinadas, pero con esta concepción se deja de lado la adopción de diversas prácticas que se dan en conjuntos sociales con mejores

---

<sup>17</sup> Idem., p. 100 -102

<sup>18</sup> Idem., p. 108-111

<sup>19</sup> Idem., p. 102-103

<sup>20</sup> Idem.



niveles socioeconómicos. Menéndez<sup>21</sup> señala que por ello prefiere hablar de “prácticas, saberes e ideologías que los conjuntos sociales producen”. Zolla<sup>22</sup> se refiere a las enfermedades que reconoce la población como “síndromes culturalmente reconocidos” y Osorio<sup>23</sup> como “síndromes culturalmente delimitados”.

En este trabajo se está de acuerdo con los problemas que presenta el concepto de medicina “tradicional”, pero debido a que no se cuenta con otro concepto que pudiera ser identificada fácilmente con los saberes de las sobadoras, curanderos y medicina practicada en el hogar, cuando se utilice se hará de manera entrecomillada.

### 1.3 Modelo médico de autoatención.

Se trata de un modelo que se basa en el diagnóstico y atención llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas del grupo familiar o comunal, en el cual no actúa directamente un curador profesional. Incluye desde acciones “conscientes” de no hacer nada, pero encaminadas a la cura, hasta el uso de equipos de determinado grado de complejidad, es decir, la autoatención es más amplia que la automedicación de productos alopáticos en el hogar.

Este modelo es parte estructural de toda sociedad, y es el primer nivel real de atención. Está en la base de todos los modelos anteriores, su estructura se basa en las funciones no sólo curativas, sino sobre todo socioeconómicas que cumple para los grupos en que opera.<sup>24</sup>

Algunas de las características básicas señaladas por el autor son la eficacia pragmática, concepción de la salud como bien de uso, tendencia a percibir la enfermedad como mercancía, legitimidad grupal y comunal, concepción basada en la experiencia, tendencia a la apropiación “tradicional” de las prácticas médicas, tendencia sintetizadora que a la vez asume la subordinación inducida respecto de los otros modelos.<sup>25</sup>

En este trabajo el modelo de autoatención es referencia obligada al analizar la cultura médica materna. Si bien el modelo incluye otros aspectos que no han sido

<sup>21</sup> Menéndez, Eduardo L. “Medicina tradicional, atención primaria y la problemática del alcoholismo”, en CIESAS, *Medicina tradicional y atención primaria ensayos en homenaje a Gonzalo Aguirre Beltrán*. Cuadernos de la Casa Chata, no. 159, México, 1987, p.27-32.

<sup>22</sup> Zolla, Carlos, et al. “Medicina tradicional y enfermedad”. Campos, Roberto (comp.) *La antropología médica en México*. Tomo 2, México, 1992, p. 73.

<sup>23</sup> Osorio, Rosa María. Op. Cit., p. 13-14

<sup>24</sup> El núcleo familiar posee para Menéndez, una gran importancia como primer nivel de atención, pues es allí donde se conjugan elementos de los diversos modelos, así como el contexto cultural y socioeconómico en que están inmersos. Véase al respecto Menéndez, Eduardo L. *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones* CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, No. 179, México, 1990, p. 166-203.

<sup>25</sup> Menéndez, Eduardo L. “Modelo...”. Op. Cit. p.104

tocados en este trabajo, es referencia para ubicar los saberes maternos respecto al proceso de cuidado en el hogar de las enfermedades diarreicas.

### 1.3.1 Automedicación

La automedicación forma parte de este proceso de salud-enfermedad-atención, y es un punto controvertido del mismo, pero la autoatención es más que la administración de medicamento alopático en el hogar como se señaló arriba, ya que implica una visión del mundo que integra saberes de diferentes modelos.

Menéndez señala que hasta la década de los 60, existía una suerte de convivencia más o menos inofensiva entre dos visiones respecto de la automedicación, por un lado la del modelo médico hegemónico, en la cual aparece como totalmente negativa, mientras que para los antropólogos se presenta como formas de supervivencia.

Después de los 60 una serie de factores condujeron a colocar esta práctica en el debate, entre ellos, los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación a la expansión de cobertura relacionada con programas basados en la capacidad de los conjuntos para autodiagnosticarse, autocontrolarse y autoadministrarse, así como la influencia de algunas orientaciones del movimiento feminista que fueron los que más activamente asumieron la reapropiación de la autoatención materno-infantil.<sup>26</sup>

Estos elementos llevaron hacia estudios sociales sobre el consumo de medicamentos de la población. Sobre todo se profundizó el tema del incremento de la producción y consumo de fármacos, relacionando este incremento con el desarrollo de la industria farmacéutica. Menéndez señala que esta argumentación no es suficiente para explicar las pautas de automedicación por sí sola, y señala que la automedicación ha sido introducida principalmente por el personal de salud.

"...debe reconocerse que gran parte de los errores que cometen al automedicarse los conjuntos sociales, los aprendieron y los aprenden del personal de salud. La historia de farmacología de la práctica médica es por lo menos parcialmente la historia de fármacos recetados por médicos, y respecto de los cuales luego de un periodo de aplicación se descubre que son inoperantes, o que son nocivos o que han generado resistencias en el agente o en el huésped".<sup>27</sup>

Para el autor, la automedicación es parte de un proceso de autoatención que supone el diagnóstico, la selección y prescripción de un tratamiento y la

---

<sup>26</sup> Menéndez, Eduardo L. Op cit. México, 1992, p.166-167

<sup>27</sup> Idem., p. 172, 173.

administración del mismo, incluidos los medicamentos generados a partir de investigación científica.

El problema de la automedicación es complejo ya que por un lado los tratamientos que se administran de manera inadecuada presentan mayores complicaciones iatrogénicas, y por otro, generan inmunidad bacteriológica que plantea problemas a los tratamientos de enfermedades que ya habían sido controladas.

El papel materno sobre el cuidado a la salud, requeriría de mayores esfuerzos en la educación en salud ya que la aceptación de la efectividad de los tratamientos alopáticos por parte de las madres, sin un adecuado proceso educativo sobre los riesgos de una mala administración, puede traer por consecuencia problemas en la carrera del enfermo. En este trabajo, la automedicación se describirá como parte del proceso de autoatención por medio de la reconstrucción de carreras del enfermo.

### 1.3.2 Medicina doméstica

La medicina doméstica, según Zolla y Mellado, es "el conjunto de conocimientos, recursos y acciones terapéuticos presentes en el hogar, que no trascienden este ámbito como una oferta de servicio".<sup>28</sup> Es una medicina practicada usualmente por mujeres adultas, amas de casa y cumple una importante función para el diagnóstico en el hogar que permite la administración de los tratamientos caseros, o bien es una base para el traslado hacia otros sistemas de atención.

"la configuración del conjunto de prácticas médicas resulta de la coexistencia de la medicina académica, la medicina "tradicional" y de la medicina doméstica, y confirma las observaciones realizadas por autores como Menéndez, según las cuales esta compleja organización del campo de la atención a la salud da lugar a procesos sintéticos, transacciones en el conocimiento y en las prácticas, relaciones de conflicto y complementación entre los terapeutas, etc..<sup>29</sup>"

La medicina doméstica se pudiera ubicar como parte del modelo de autoatención, pero no lo agota debido a que si bien describen un mismo proceso de atención en el hogar a la salud y la enfermedad, el modelo de autoatención hace referencia a las relaciones de poder, incluyendo para ello la vinculación dentro de una formación social, su función de supervivencia y reproducción de una clase social. Los modelos hacen referencia a la estructura de poder y las relaciones desiguales entre los diferentes modelos y submodelos.

---

<sup>28</sup> Zolla, Carlos y Mellado, Virginia "La función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano" en González Montes, Soledad (comp.) *Las mujeres y la salud*. COLMEX México, 1995, p. 71-92

<sup>29</sup> Idem., p. 72

Es posible describir la medicina doméstica sin asumir estas relaciones de poder para señalar la forma en que las madres diagnostican y curan en el ámbito del hogar. Este trabajo realizará una descripción que es más cercana a la medicina doméstica, debido a que el acercamiento no involucra análisis de clases sociales, ni elementos sobre la reproducción social, no obstante, se hace referencia a los modelos debido a que presentan elementos importantes que explican la relación desigual entre las madres y los diferentes curadores.

## **2. Saberes y representaciones**

### 2.1 Saberes, síntesis de representación y práctica.

Menéndez entiende por saberes, un campo más amplio que las representaciones sociales. Se refiere al conocimiento en general, incluyendo al sentido común, desde el cual se construyen las representaciones sociales que le dan sentido. El saber comprende un nivel de abstracción mayor que la representación y la práctica, en cierta forma los sintetiza.<sup>30</sup>

Entender el saber como una estructura más amplia de conocimientos, nos permite conocer las relaciones entre prácticas y representaciones. Este trabajo parte de que los saberes compuestos de representaciones y prácticas no son estáticos, sino dinámicos y constituyen un proceso de socialización que presenta regularidades y permanencias durante un tiempo prolongado.

### 2.2 Representaciones sociales en la salud/enfermedad

El concepto de representaciones tiene un papel central en este trabajo ya que hace referencia a la dimensión social del conocimiento de sentido común, el cual es construido por individuos en un contexto social que en el proceso salud/enfermedad/atención, nos refiere a ese ir y venir creativo pero ubicado dentro de un marco social de posibilidades. Las representaciones se enmarcan en el contexto social, económico y político en el campo de la salud como conceptos que nos hacen posible acercarnos y profundizar en torno a los procesos de construcción de hegemonía resaltando en ella la participación del individuo como sujeto pensante y creador.

La noción de representación social, fue reformulada en el campo de la Psicología Social por Moscovici, quien la retoma de Durkheim, pero ampliando su contenido. Durkheim subraya el papel de la norma social sobre el individuo: las

---

<sup>30</sup> Menéndez, Eduardo L. *De algunos alcoholismos y algunos saberes* CIESAS, México, 1996 p.58-59

representaciones colectivas son hechos sociales que se imponen con fuerza coercitiva a los individuos.<sup>31</sup>

En cambio, para Moscovici, las representaciones son el resultado de un permanente e incesante diálogo entre dos individuos, un diálogo que es interno y externo; es un proceso en el que los seres humanos como pensadores activos repiten o complementan representaciones individuales. Lo social de las representaciones se refiere a la creación que los individuos hacen sobre un universo mental y tangible.<sup>32</sup>

El sentido en el que se retoma el término en este trabajo, pretende ubicar las decisiones individuales, las acciones particulares, inmersas en un universo posible, dentro del marco de los procesos sociales, económicos, políticos y culturales en los que viven los individuos.

Jodelet habla de las representaciones sociales como fenómenos que se presentan en formas variadas, más o menos complejas. Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado: categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. La noción de representación social nos sitúa en el punto donde se intersectan lo psicológico y lo social.<sup>33</sup>

La forma en que las madres se representan la salud y la enfermedad, constituyen un punto de partida, un marco de referencia construido socialmente que es utilizado en el momento en que lo requieren. Este marco de referencia no es estático, se construye en la relación cotidiana de las madres con la enfermedad.

Guillermo Nuñez desde los estudios de género, señala que los sistemas de representación pueden entenderse como: "...convenciones sobre los significados de las cosas, de ciertas cualidades, de ciertas relaciones: estas convenciones sociales sobre los significados pueden ser más o menos fuertes o más o menos débiles y son objeto de luchas, revisiones y transformaciones".<sup>34</sup>

---

<sup>31</sup> Durkheim, Emile *Las formas elementales de la vida religiosa*, Alianza Ed. Madrid. 1993.

<sup>32</sup> Moscovici, Serge "The myth of the lonely paradigm: a rejoinder" *Social Research*, Vol. 51 No.4 1984 p.950-951 citado en Rocha Rivero Gloria *Las representaciones sociales de la enfermedad, una mirada sociológica a la perspectiva legal* Doctorado en Ciencias Sociales, Tesis, El Colegio de México, México 1995, p.59.

<sup>33</sup> Jodelet, Denise "La representación social: fenómenos, concepto y teoría" en S. Moscovici *Psicología social; Pensamiento y vida social, Psicología Social y problemas sociales*, Paidós, Barcelona 1993, p.472

<sup>34</sup> Nuñez Noriega, Guillermo *Sexo entre varones; poder y resistencia en el campo sexual* División de Ciencias Sociales de la UNISON, El Colegio de Sonora, Hermosillo, México, 1994.

Las representaciones son convenciones sociales sobre los significados de las cosas, sobre las relaciones, sobre las cualidades. Son marcos sociales de referencia, a partir de los cuales los individuos interactúan. En nuestro trabajo nos interesan las representaciones sociales sobre lo que son las ED, pero también las representaciones que las madres tienen sobre las relaciones entre los diversos actores que tienen la finalidad de curar a los enfermos.

Se trata de convenciones sociales que se encuentran presentes en nuestra vida cotidiana, como parte del sentido común, construidas y asumidas de manera consciente o inconsciente, pero como se mencionó anteriormente, no son estáticas. Rocha define las representaciones sociales de la enfermedad como

“...la forma de conocimiento de sentido común que construyen los individuos en relación a las enfermedades, tanto en su sentido genérico como específico. Es decir, se entienden como sistemas de ideas, creencias e imágenes en cuanto a las enfermedades, su origen, clasificación, la caracterización de una situación de enfermedad y las implicaciones de la misma.”<sup>35</sup>

Estos sistemas son dinámicos y cambian en la medida en que el sujeto interactúa con su medio social. Aun cuando son dinámicos, por lo general permanecen ciertos núcleos compartidos entre individuos, otros elementos cambian y presentan matices diversos.

Es por ello que las representaciones sociales no son reproducción de lo social, sino que integran matices y diferencias sobre un núcleo que permanece por más tiempo. Los elementos que provienen de diferentes modelos médicos en las representaciones maternas de la enfermedad, tienen diferente temporalidad en cuanto a su permanencia como marco de referencia para la acción.

Es importante señalar que los tiempos de permanencia de los elementos que conforman las representaciones son diversos, mientras que algunos elementos son más estables, otros cambian de una generación a otra.

Herzlich se refiere a las representaciones sociales como "las explicaciones psicológicas complejas por las cuales la experiencia de cada persona y los valores e información que son comunes y aceptados en su sociedad son integrados dentro de una imagen significativa". Para Herzlich las representaciones "No son simplemente opiniones, imágenes o actitudes, sino que son teorías, ramas de conocimiento con las cuales el sujeto descubre y organiza su realidad".<sup>36</sup>

---

<sup>35</sup> Una revisión del concepto de representaciones sociales, sus orígenes teóricos y aplicaciones. Véase en Rocha Rivero Gloria, Op. Cit., México, 1995, p. 27-67.

<sup>36</sup> Herzlich, Claudine "Health and illness. A social psychological analysis", *Academic Press New York*, 1973, p.11 citado en Rocha, op cit., p.38

Este trabajo, parte de que la forma en que la experiencia individual del padecimiento, ha sido conformada por relaciones sociales históricas específicas. La forma en que se define a los enfermos, a la enfermedad, la manera en que se expresan sobre la gravedad se relaciona con las representaciones colectivas de la enfermedad, es a partir de ellas que se toman decisiones en el caso de las madres.<sup>37</sup>

Las interpretaciones maternas se encuentran ligadas a las representaciones colectivas sobre las enfermedades diarreicas, el punto de vista del actor parte en realidad de un punto de referencia social de la enfermedad.

En su estudio sobre la cultura médica materna y la salud infantil, Osorio se refiere a las representaciones sociales como: "un sistema de nociones, creencias, orientaciones y actitudes que los conjuntos sociales expresan respecto de una realidad social determinada, donde se sintetizan contenidos ideológico-culturales determinados históricamente".<sup>38</sup>

Se trata de ubicarlo como el conocimiento del sentido común que se constituye a partir de nuestras experiencias, de informaciones, conocimiento y modelos de pensamiento recibidos y transmitidos por la tradición, la educación y la comunidad social. Es un conocimiento con relevancia práctica al dar sentido, dentro de un incesante movimiento social, a acontecimientos y actos que terminan por ser habituales, de esta manera, participa en la construcción social de nuestra realidad por medio del proceso de socialización.<sup>39</sup>

La definición de representaciones sociales incorpora distintos elementos, entre los que podemos destacar:

1. Son resultado de un diálogo permanente entre seres humanos, como pensadores activos que están inmersos en contextos sociales, culturales, políticos, económicos, dentro de los cuales toman decisiones.
2. En las representaciones existen núcleos que permanecen y se comparten, así como elementos que se transforman y presentan matices diversos. En relación a la salud y la enfermedad, los núcleos más estables tienen una permanencia mayor entre las generaciones maternas y otros elementos que se transforman con mayor rapidez.

---

<sup>37</sup> Ver comentarios sobre el tema en general, en Castro, Roberto *The Meaning of Health and Illness: Social order and subjectivity in Ocuituco* Ph. D. Tesis, Graduate Department of Community Health, University of Toronto, 1993.

<sup>38</sup> Osorio, Rosa María Op cit. p8.

<sup>39</sup> Berger, Peter y Luckman, Thomas Op. Cit., p. 36-65

3. Son convenciones sobre el significado y sistema de referencia en base al cual los individuos organizan su realidad.
4. Son nociones, creencias y orientaciones expresadas por conjuntos sociales sobre su realidad. Sintetizan contenidos ideológico-culturales determinados históricamente.

Nos parece que con este concepto se pueden reconstruir los sistemas de referencia en base a los cuales las madres de menores de cinco años organizan su realidad, la valora y toma decisiones prácticas al respecto.

En este trabajo, las *representaciones sociales*, se entienden como los conceptos, creencias, orientaciones, actitudes que los conjuntos sociales expresan sobre un hecho o tema específico en su vida cotidiana.

Estas representaciones, en el campo de la salud y la enfermedad, incluyen los contenidos ideológico-culturales de diferentes modelos médicos así como las características propias de contextos socioeconómicos con diferentes relaciones de poder entre los actores involucrados y constituyen un abanico de posibilidades para las decisiones que se toman en la práctica cotidiana frente al proceso salud/enfermedad/atención.

### 2.3 Prácticas sociales reconstruidas en la carrera del enfermo

Por *Prácticas Sociales* entendemos conductas y acciones cotidianas o eventuales que los conjuntos sociales llevan a cabo en distintas esferas de lo social.<sup>40</sup> En el campo de la salud, se incluye en ellas los diagnósticos y tratamientos provenientes de diversos tipos de medicina, en particular las prácticas permiten reconstruir la carrera del enfermo.

Las conductas y acciones de nuestro interés son de diversa índole, así interesará conocer las acciones relacionadas con la prevención y curación de la enfermedad, detallando las prácticas de hidratación, alimentación, higiene, medicación y automedicación relacionadas con la presencia de las enfermedades diarreicas.

Nos interesan como prácticas individuales que expresan prácticas sociales, es decir, en ellas se manifiestan costumbres, creencias, valoraciones que son parte de un grupo, estrato o clase social, si bien existe un margen de creatividad y acción individual, este se da al interior de un contexto social y económico. En el trabajo se estudia a un solo estrato socioeconómico de madres.

---

<sup>40</sup> Osorio C., Rosa María. "La cultura médica..." Op. Cit., p. 8



Entre las prácticas y representaciones puede haber incongruencias, las características de cada situación van delimitando las decisiones de los actores. Menéndez señala que

“Es posible observar incongruencias entre las representaciones y las prácticas, o bien, entre las representaciones entre sí o entre las prácticas entre sí. El contexto, la situación, el problema específico pueden conducir a que se utilice más un contenido representativo o práctico que otro; lo importante es determinar si las diferenciaciones aluden a una estructuración dominante...Desde nuestro punto de vista, dichas diferencias no constituyen incongruencias ya que pueden formar parte de la estructura del saber y es en este nivel que debe ser analizada su significación, y no sólo en el de cada representación o práctica tomadas como expresiones individuales y aisladas”<sup>41</sup>

La racionalidad de la práctica en relación con la finalidad de curar, tiene la particularidad del pragmatismo, del privilegio de la solución más rápida, lo cual conlleva posibles incongruencias con la forma de representarse la enfermedad.

La *carrera del enfermo* (trayectorias curativas del enfermo) se entiende como la “secuencia de estrategias terapéuticas instrumentadas para hacer frente a un episodio concreto de enfermedad”<sup>42</sup>. Estas estrategias incluyen elementos y estructuras procedentes de los distintos modelos de atención. Se señala que desde los años veinte se han hecho estudios sobre la carrera del enfermo, y se observa la interrelación de diferentes prácticas curativas en la cotidianeidad de la enfermedad. El enfermo va a diferentes tipos de curadores y utiliza un amplio espectro de terapéuticas.<sup>43</sup>

Esa secuencia de estrategias terapéuticas implica un proceso de diagnóstico y valoración de signos y síntomas que lleva a la práctica elementos provenientes de diferentes tipos de medicinas, que se ubican desde distintos modelos médicos.

Como parte del proceso de autoatención, incluye todos los pasos dados o aquellos que no se presentan de manera consciente, que forman parte de la cultura médica materna. Las decisiones se ven acompañadas de redes sociales e institucionales que aportan elementos a las representaciones y prácticas maternas sobre estas enfermedades.

Los saberes maternos sobre la salud y la enfermedad, se refieren a todo un conjunto de nociones, representaciones que son en gran medida productos sociales, pero que son reproducidas y transformadas sobre todo por la mujer en las prácticas cotidianas de cuidados a la salud familiar, como parte de su papel de madre de familia.

---

<sup>41</sup> Menéndez, Eduardo L., De algunos...Op. Cit. , 1996, p. 58

<sup>42</sup> Campos Navarro, Roberto. “Prácticas médicas populares: algunas experiencias sobre el proceso de autoatención curativa”. En Campos Roberto, (comp.) *La antropología médica en México*. Tomo 1, Antologías Universitarias, UAM, Instituto Mora, México, 1992.

<sup>43</sup> Rodríguez Pérez, Beatriz Eugenia *La carrera del enfermo en el valle de Culiacán: análisis del grupo indígena Triqui*. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales: Estudios Regionales, de El Colegio de Sonora. México 1990.

Estas representaciones y prácticas son parte de su visión del mundo y se aplican en la atención y/o prevención de padecimientos para alcanzar determinadas condiciones de salud en una estructura sociocultural y económica. Incluye aquellos conocimientos que provienen de distintos modelos médicos. "resulta de la síntesis de representaciones y prácticas sociales procedentes de diversos modelos médicos"<sup>44</sup>.

### **3. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades diarreicas.**

#### 3.1 Desde el Sector Salud

En el Manual de normas y procedimientos del PRONACED de 1990,<sup>45</sup> se define la diarrea, síndrome diarreico o gastroenteritis, como la presencia de evacuaciones intestinales aumentadas en frecuencia y disminuidas en consistencia, que puede cursar con o en ausencia de vómito.

El número diario de evacuaciones puede variar de acuerdo a la edad del niño y a su dieta, por ejemplo, los alimentados al seno materno pueden tener normalmente de una a siete evacuaciones en 24 horas, de color amarillo oro y consistencia blanda. En general las enfermedades diarreicas tienden a curar por sí solas, sin necesidad de utilizar medicamentos diferentes a la solución para hidratación oral (Vida Suero Oral) para prevenir o tratar la deshidratación.

En este manual se señala que, debido a que el concepto de "evacuación normal" puede variar entre diferentes grupos sociales, es conveniente tomar en consideración la opinión de la madre.

En el manual para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas,<sup>46</sup> se define a la diarrea como la presencia de heces líquidas o acuosas, que se observen generalmente en número mayor de 3 en 24 horas, o que presente como diagnóstico definitivo o probable, cualquiera de los padecimientos que se señalan en el Cuadro No. 1, con sus respectivos códigos de acuerdo a la novena revisión del código internacional.

---

<sup>44</sup> Osorio, Rosa María, Op. Cit. P.8.

<sup>45</sup> Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Medicina Preventiva, OMS, OPS, UNICEF. PRONACED *Manual de normas y procedimientos* PRONACED/IRA, México, 1990, p.3.

<sup>46</sup> OMS, OPS, UNICEF, Sistema Nacional de Salud, PRONACED-IRA. *Manual para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas*. PRONACED-IRA Noviembre, México 1995, p.3.

**Cuadro No. 1 Enfermedades Diarreicas**

Código	ED
001	Cólera
002	Fiebre tifoidea
003	Otras infecciones por salmonella
004	Shigelosis
005	Intoxicación alimentaria bacteriana
006	Amibiasis
007	Otras enfermedades intestinales debidas a protozoarios
008	Infecciones intestinales debidas a otros organismos
009	Infecciones intestinales mal definidas

Los agentes infecciosos más importantes que causan diarrea, según el modelo biológico son bacterias, virus, protozoos y gusanos. Se puede observar que enfermedades que se consideraban hace diez años controladas, como el cólera, ha vuelto a presentarse y son ahora objeto de vigilancia epidemiológica prioritaria. La similitud de los síntomas, en algunas ocasiones difíciles de diferenciar sin análisis clínico, (Cuadro No. 2). puede provocar el alargamiento de los casos, de ahí que el reconocimiento de signos y síntomas por las madres y personal de salud juega un papel muy importante en el desarrollo de la enfermedad.

**Cuadro No. 2 Agentes infecciosos más importantes como causa de ED**

Más importantes	Menos importantes
<b>Bacterias</b>	
<i>Shigella</i> sp <i>Escherichia coli</i> enterotoxigénica (ECET) <i>Escherichia coli</i> enteropatógena (ECEP) <i>Escherichia coli</i> enterohemorrágica (ECEH) <i>Campylobacter jejuni</i> <i>Vibrio cholerae</i>	<i>Salmonellae</i> sp <i>Yersinia enterocolitica</i> <i>Aeromonas hydrophila</i> <i>Escherichia coli</i> enteroinvasora (Ecei) <i>Plesiomonas shigelloides</i>
<b>Virus</b>	
Rotavirus Adenovirus atípicos	Virus de 27 nm (virus pequeños) Astrovirus Calicivirus
<b>Protozoos</b>	
<i>Giardia lamblia</i> <i>Cryptosporidium</i> sp	<i>Entamoeba histolytica</i>
<b>Gusanos**</b>	
<i>Hymenolepis nana</i> <i>Ascaris lumbricoides</i> <i>Trichuris trichura</i>	<i>Enterovius vermicularis</i> <i>Ancylostoma duodenale</i>

Fuente: Manual de tratamiento de la diarrea, OPS, serie PALTEX No. 13<sup>47</sup>

<sup>47</sup> En el cuadro original, el cólera se encuentra clasificado entre los agentes menos importantes como causantes de ED para la región americana. La realización del mismo fue en 1987 previo a la epidemia iniciada en Perú y que actualmente se presenta en los estados de la República Mexicana por lo que fueron cambiados a importantes en este cuadro. Los gusanos comprenden diferentes tipos de platelmintos y nemátodos. Fueron considerados debido a que en Hermosillo han sido

Las instituciones de salud toman en cuenta los llamados factores condicionantes para las enfermedades diarreicas, destacando los niveles de educación formal, las condiciones de vivienda y servicios, así como la información sobre el manejo en el hogar, principalmente de la terapia de hidratación oral (THO), el mayor énfasis en los trabajos de salud y su aporte principal se ha dado en la identificación de la etiología de las mismas, así como en relación a la difusión respecto a la THO utilizando los sobres de Vida Suero Oral.

### 3.2 Desde la medicina "Tradicional"

Las enfermedades diarreicas son clasificadas por curanderos, parteras, sobadoras, hueseros y hierberos de manera diferente al modelo biológico que acabamos de referir. Los padecimientos que ellos señalan, son también percibidos y vividos como tales por gran parte de la población del país. En este trabajo los consideramos como saberes dinámicos que tienen diverso origen y que son subordinados al tipo de medicina que forma parte del MMH y que se describió en el apartado anterior.

Para los curadores mencionados y buena parte de la población, la diarrea es una afección que se presenta, sobre todo en la época de calor o de lluvias. Las formas en las que se le conoce son diversas, entre ellas se mencionan las que la clasifican de acuerdo a la temperatura, es decir la diarrea de calor y/o la de frío; por su color: diarrea verde, blanca roja, amarilla y negra; por el contenido de las heces, como diarrea simple o si se presenta con sangre y moco (disentería); por su relación con desplazamientos de órganos internos, ingestión de comida descompuesta, o pellejos y comida que se puedan pegar en el estómago; también puede ser provocada por poderes sobrenaturales como el mal de ojo.

La diarrea además de ser reconocida como padecimiento, se le ubica como signo de diversas enfermedades que son culturalmente definidos.<sup>48</sup> Con diferentes causas y características. (Cuadro No. 3)

---

detectados como parásitos con mayor prevalencia en niños en edad escolar, cuando la presencia de parásitos de este tipo es elevada, se produce diarrea véase al respecto Gómez-Rivera, Norberto et al." Helminthiasis en los niños, informe de 543 casos". *Boletín clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora*. Vol. 13 (1) México, 1996.

<sup>48</sup> INI, *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*. Vol. I México, 1994, p. 346

**Cuadro No.3 Clasificación de las diarreas por elementos que lo causan**

Elementos con que se relaciona la aparición de la diarrea	Diarrea a la que se hace referencia
Temperatura	Diarrea de calor/frío
Color	Diarrea verde, blanca, roja, amarilla, negra
Contenido de las heces fecales	Diarrea simple, con moco, con sangre (disentería), pedazos de alimento mal digeridos
Desplazamiento de órganos internos	Caída de mollera, Susto
Secreciones internas	Diarrea de dientes, mucosidad de varios tipos
Alimentos dañinos	Diarrea simple, empachos, infecciones
Cambios repentinos en el estado de ánimo	Susto
Daños	Diferentes tipos de diarrea provocados por causas sobrenaturales.

Fuente: información ubicada en el Diccionario enciclopédico de la medicina "tradicional" mexicana, Instituto Nacional Indigenista

Los signos y síntomas son muy variados, por lo general las diarreas simples son atendidas en el hogar por la madre y/o familiares, si se complican son tratadas por especialistas. El terapeuta "tradicional" realiza el diagnóstico observando la consistencia, olor, color de las heces e interrogando a la madre sobre la alimentación, síntomas y actividades.

Los tratamientos "tradicionales" recomiendan principalmente bebidas elaboradas con plantas medicinales preparadas en forma de cocimientos y tés que se administran como agua de uso, además se hacen ciertas maniobras y rezos. Las plantas más utilizadas son la manzanilla (*Matricaria recutita*), la hierbabuena (*Mentha piperita*), la canela (*Cinnamomum zeylanicum*) y la guayaba (*Psidium guajava*). Por lo general durante el tratamiento, el enfermo debe seguir una dieta en la que no se le permite consumir irritantes, alimentos salados y frutas agrias o grasas.<sup>49</sup>

A continuación, se señalan concepciones sobre las enfermedades diarreicas que han sido recopiladas del estudio de los saberes y prácticas de distintos grupos étnicos y sociales en la República Mexicana en el Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana del Instituto Nacional Indigenista<sup>50</sup>.

*Diarrea de calor.* Esta diarrea es provocada por el ingreso de calor al organismo que puede deberse por comer en exceso alimentos calientes (café, chile, bebidas alcohólicas etc.) o por realizar esfuerzos físicos. El calor puede estar localizado en diferentes partes del cuerpo. Se menciona la existencia de alimentos y bebidas calientes y frías por naturaleza.

<sup>49</sup> Idem.

<sup>50</sup> Instituto Nacional Indigenista. Op. Cit. 347-355

*Diarrea de dientes:* Trastorno digestivo que padecen los niños en la época de dentición con deposiciones escasas y líquidas. Se debe a que se tragan la baba o saliva que se produce en abundancia cuando salen los dientes.

*Diarrea de frío:* Se origina por enfriamiento del estómago, cuando se recarga por comer en exceso alimentos de calidad fría. Puede ser signo de empacho o bilis.

*Diarrea simple:* Se llama así a la enfermedad con deposiciones líquidas muy frecuentes, en las que las heces no cambian de color ni tienen moco. Se debe a comer alimentos fríos.

*Diarrea verde:* Con deposiciones constantes de color verde. Se debe a que se ingirieron comestibles de calidad fría.

*Caída de Mollera:* (o caída de campanilla, caída de varillas, desvarillados). Se atribuye sobre todo a caídas y movimientos bruscos como cargarlos mal, o con la cabeza para abajo. También puede deberse al retiro repentino del pezón materno cuando el niño está mamando. También puede ser provocada por un susto fuerte. En los niños se manifiesta por depresión de la fontanela anterior. Algunos lugares mencionan dos tipos de molleras: la de adelante (fontanela de la unión pareto-oriental) y la de atrás (unión pareto-occipital).

*Empacho:* Enfermedad que se presenta principalmente en los niños, se presentan diversos trastornos digestivos. Las principales causas reportadas en el país se pueden clasificar en dos grupos:

Por el tipo de alimentos, los considerados secos como el pan o las galletas: sustancias no nutritivas como el chicle, papel, cartón, tierra, trapo: frutas verdes, comida cruda, mal preparada o muy condimentada: alimentos descompuestos, sucios o de calidad fría.

En relación con la cantidad de alimentación: comer en exceso, o bien con rapidez, o no comer en horarios fijos, o alimentarse después de haber hecho un coraje o estando muy cansado. El estado emocional o nutricional de la madre al amamantar también puede causarlo, y la baba del bebé en la etapa de la dentición.

Existen diferentes tipos de empacho. Por lo general, los empachos leves son tratados en el hogar y los fuertes o graves por terapeutas que frecuentemente son las parteras sobadoras. En la época colonial se le conocía también como ahíto y era reconocida por los médicos de la época. En Sonora, aparece en el Florilegio medicinal de Juan de Esteyneffer, del siglo XVIII.<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> Esteyneffer, Juan *Florilegio Medicinal*. Tomo I. En Anzures y Bolaños, Carmen (comp.) Academia Nacional de Medicina, México, 1978.

**Susto:** enfermedad originada por una fuerte y repentina impresión, en general producto de cualquier episodio traumático que amenace la integridad física y/o emocional del individuo. Los trastornos reportados con mayor frecuencia son la falta de apetito, debilidad, depresión, sueño excesivo, palidez, apatía, sobresaltos durante el sueño, fiebre, adelgazamiento, diarrea y vómito, ataques de ira.

De todas estos síndromes culturalmente reconocidos, existe una gran cantidad de referencias antropológicas que describen esos tratamientos inmersos en su cosmovisión a nivel nacional de los cuales se extraen las descripciones anteriores.<sup>52</sup>

En el estudio<sup>53</sup> sobre las principales causas de demanda de atención de la medicina "tradicional" de México en los servicios del IMSS-COPLAMAR en donde había atención mixta que incluía a los curadores "tradicionales" y al personal del IMSS, se señala que las principales causas de demanda de atención de la medicina "tradicional" fue el mal de ojo y el empacho. (Cuadro No.4).

**Cuadro No. 4 Diez principales causas de atención de la medicina "tradicional" referidas por los terapeutas "tradicionales" en las áreas atendidas por el programa IMSS-COPLAMAR**

Causa de demanda de atención	%*
Mal de ojo	55.03
Empacho	49.26
Susto-Espanto	33.81
Caída de mollera	30.75
Disentería	22.57
Aires	20.95
Diarrea	18.72
Torceduras (musculo-esqueléticas)	18.41
Daño(brujería)	14.04
Anginas	9.98

\* Los porcentajes se obtuvieron conforme al número de menciones en una encuesta preliminar a 13,067 terapeutas "tradicionales" en 3, 025 zonas rurales atendidas por el Programa IMSS-COPLAMAR .

<sup>52</sup> Entre los estudios de enfermedades diarreicas utilizados en la elaboración del diccionario del INI para las enfermedades diarreicas se encuentran los siguientes:

Coordinadora Estatal del INI. *Manual para equipos comunitarios de salud* Programa. "Atención primaria de la salud en la región indígena del estado de Guerrero". Tixtla, Gro., 1989.

Zolla, Carlos et. Al. *Medicina tradicional y enfermedad* Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social/Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F, 1988

Owen, Roger C. "The use of plants and non-magical techniques in curing illness among the paipai of Santa Catarina, Baja California, Mexico". *América Indígena* Vol. XXIII (4), D.F. p. 319-344

Kelly, Isabel, *Folk practices in North Mexico: birth customs, folk medicine and spiritualism in the Laguna Zone*. Institute of Latin American Studies, University of Texas Press, Latin American Monographs no. 2, Austin Texas, 1965.

<sup>53</sup> Zolla, Carlos, et al. "Medicina tradicional y enfermedad". Campos, Roberto (comp.) *La antropología médica en México* Tomo 2 , Antologías Universitarias, UAM, Instituto Mora, México, 1992, p. 73

Fuente: Zolla, C. y cols. : Atlas de la medicina "tradicional" de México, México, IMSS (en preparación.) Datos de 1984

La presencia de diarrea es tomada como un síntoma de diferentes enfermedades, aunque puede ser también una enfermedad en sí. Si bien se relacionan de alguna manera con lo que el modelo médico clasifica como enfermedades diarreicas, los tipos de enfermedades reconocidos por los curadores "tradicionales" siguen distintos criterios.

Los conceptos mencionados en este capítulo, forman la columna vertebral para ubicar el discurso de las representaciones y prácticas de las madres de menores de cinco años, en el caso de las enfermedades diarreicas que se describe en los siguientes capítulos.



## **CAPITULO II: METODOLOGIA**

### **1. Diferentes abordajes de otros estudios**

La investigación sobre las enfermedades diarreicas es amplia y variada. En la mayor parte de ella se proporciona información epidemiológica ubicando el comportamiento de la morbimortalidad; se hace referencia a estudios clínicos y de laboratorio sobre diferentes factores etiológicos; se presentan las normas de manejo clínico de estas enfermedades y los factores condicionantes. Otra parte se refiere a información sobre la alimentación durante y después de la enfermedad, ante la importancia de evitar el círculo diarrea-desnutrición-diarrea y se promueve la leche materna.

La información que recibe mayor difusión hacia la población y es objeto de investigación constante es la que se refiere a la hidratación oral, debido a que la deshidratación es el factor que se relaciona en mayor medida con las muertes por enfermedades diarreicas (ED), para prevenirlas se promueve en nuestro país el uso del "Vida Suero Oral" (VSO). La mayor parte de estos trabajos utilizan métodos cuantitativos para obtener información, gran parte son estudios de laboratorio sobre los diferentes agentes.

A nivel institucional, el Programa Nacional para el Control de las Enfermedades Diarreicas, como parte de la vigilancia epidemiológica de las ED, utiliza varias técnicas para la recolección de información: En un primer momento, los datos sobre mortalidad se obtienen directamente de los certificados de defunción, y en un segundo, a la población que registrada con causa básica de muerte por algún tipo de ED, se le aplica el cuestionario de autopsia verbal<sup>54</sup> (ver anexo 4), para determinar con mayor precisión sobre las diferentes causas de muerte.

---

<sup>54</sup> A partir de los certificados de mortalidad, la Secretaría de Salubridad ubica los casos de mortalidad por ED y realiza entrevistas con los familiares de los menores que fallecieron por ésta causa para ubicar las principales problemáticas en la carrera del enfermo. Las autopsias verbales se hacen utilizando un formato establecido a nivel nacional aprobado por el PRONACED-IRA que comprende información sobre la atención recibida, las recomendaciones y tratamientos del médico, los antecedentes patológicos del enfermo tales como el número de veces que se enfermó durante los últimos seis meses. Contiene información sobre la alimentación al seno materno, los antecedentes de fallecimientos en la familia, las causas de muerte, la información sobre vacunación, peso, lugar de atención, etc.

Este instrumento comprende también algunas preguntas abiertas sobre la definición de la madre de las ED, las causas a las que atribuye la mortalidad, la automedicación, los terapeutas con quienes acudieron, entre los que se incluye el boticario y el curandero. La mayor parte de la encuesta se dirige a detectar en dónde se encuentran los errores o malos manejos del enfermo que pudieran haber ocasionado su muerte. La autopsia es aplicada por personal de los Centros de Salud de primer nivel.

Existen además otras encuestas aplicadas por las instancias de primer nivel (véase anexo 5) que se dirigen a las madres que previamente han sido capacitadas sobre la hidratación oral. Estas encuestas son aplicadas con la finalidad de conocer si las madres han captado los principales mensajes sobre el manejo en el hogar de las enfermedades diarreicas.

Sin menospreciar la información que estos instrumentos proporcionan, es importante señalar que al ser aplicados por personal de salud y en muchas ocasiones al interior de las instituciones, se propicia que las respuestas sean las que el entrevistador desea escuchar y no las que tengan peso en la vida cotidiana. Tal vez se deja de considerar la influencia en las respuestas de una relación desigual entre los pacientes y el personal de las instituciones de salud.

En la revisión bibliográfica sobre el tema, se encontró que son pocos aquellos trabajos de investigación que pretenden conocer lo que las madres entienden por estas enfermedades, cómo las atienden, qué decisiones toman, con qué recursos cuentan y finalmente, cómo resuelven los casos de ED. En estudios relacionados con esta temática se han utilizado técnicas cualitativas y cuantitativas con diferentes objetivos.

El trabajo sobre la cultura médica materna de Osorio,<sup>55</sup> permitió reflexionar sobre la pertinencia de la metodología cualitativa en estudio similares, sobre todo por el tipo de información que supone. En su trabajo, se buscó profundizar utilizando bloques temáticos sobre el problema de investigación, los cuales se desagregaron en temas, subtemas, apartados.<sup>56</sup> La investigación se basó en la información obtenida de la convivencia cotidiana con informantes clave a las que se clasificó en una tipología en base a criterios relacionados con las enfermedades trabajadas.

El estudio se realizó en una comunidad suburbana del Estado de México, con población subalterna y su objetivo fue sistematizar las relaciones que se establecen entre las representaciones y las prácticas sociales de un grupo de madres, analizando las estructuras que operan en sus diversas respuestas frente a los procesos de salud/enfermedad/atención (s/e/a).

El trabajo de Osorio, busca captar los contrastes y diferencias entre el discurso y la práctica, de manera que utiliza dos técnicas en esencia cualitativas: la entrevista estructurada, a partir de una guía de datos básicos y la observación directa de los procesos de interés.

En la investigación sobre representaciones y prácticas, se parte de que los estudios en los que se busca conocer a profundidad sobre saberes que forman parte de la vida cotidiana, la confiabilidad y validez de los resultados no provienen

---

<sup>55</sup> Osorio, Rosa María. *La cultura...* Op. Cit. p.1-8 .

<sup>56</sup> Idem., p. 24.

de pruebas estadísticas, sino que han de estar fincados en la congruencia y consistencia de la información recopilada. Así como en las precisiones sobre contradicciones y lagunas de información.<sup>57</sup>

En la construcción del problema de investigación se definen las técnicas de recopilación de información adecuadas según los objetivos planteados en cuanto el nivel de profundidad que se desea alcanzar sobre un tema. El trabajo de Osorio parte de objetivos que implican conocimiento a profundidad sobre la cultura médica materna pero existen otros estudios que utilizan instrumentos cualitativos en un primer momento, utilizados como apoyo a la construcción de instrumentos cuantitativos, otros en los que la investigación cualitativa está presente en las diversas etapas de una investigación que puede incluir técnicas estadísticas.

Entre los estudios que combinan instrumentos cualitativos y cuantitativos en los inicios de la investigación, con la finalidad de construir instrumentos cuantitativos para obtener generalizaciones estadísticas, se encuentra el estudio de Stanley Yoder, quien utiliza en un primer momento, entrevistas grupales para obtener información que pudiera utilizarse en la elaboración mensajes de tratamientos de hidratación oral, y para conocer las cuestiones más importantes a considerar en una encuesta.<sup>58</sup>

Otros estudios buscando optimizar tiempo, se dirigen a los curadores "tradicionales", asumiendo que los que recurren a solicitar sus servicios, tienen la misma clasificación de las enfermedades que ellos, un ejemplo de ello es el estudio sobre la visión de los curadores "tradicionales" sobre las enfermedades diarreicas en la provincia de Manica, Mozambique de Green, Jurg y Djedje<sup>59</sup>. Los autores buscaron analizar los saberes de los pobladores sobre las enfermedades diarreicas y las explicaciones que dan sentido a lo que observan sobre ellas cuando los niños se enferman.

Los curadores de la muestra provenían de varios grupos étnicos. No se utilizó una muestra estadística debido a que se carecía de la información adecuada para lograrlo, sino que se buscó la asesoría de una asociación nacional de curadores para la selección. Se realizaron cinco grupos focales, tres de los cuales se enfocaron a las enfermedades diarreicas y dos más en los que se separó a los curadores por sexo

---

<sup>57</sup> Idem.

<sup>58</sup> Yoder, P. Stanley. "Examining Ethnomedical Diagnoses and Treatment Choices for Diarrheal Disorders in Lubumbashi Swahili". *Medical Anthropology*. Vol. 16, 1995, p. 211-247. Ver también del mismo autor Yoder, P. Stanley y Hornik, Robert C. "Symptoms and perceived severity of illness as predictive of treatment for diarrhea in asian and african sites" ,*Soc. Sci Med*. Vol. 43, No. 4. 1996. p. 429-439

<sup>59</sup> Green C. Edward, et al. "The Snake in the Stomach: Child Diarrhea in Central Mozambique" *.Medical Anthropology Quarterly*. Vol. 8, no.1, 1994, p. 4-30.

La utilización de grupos focales para obtener información sobre el tema, puede ser un recurso útil para obtener el discurso colectivo de la enfermedad, su clasificación y terapias más reconocidas.

El estudio de Shawyer<sup>60</sup> tiene por objetivo construir una taxonomía de las enfermedades diarreicas desde el modelo "tradicional" en Tailandia. La investigación comprendió cuatro fases. En la primera se trabajó en diez grupos focales, un cuestionario dirigido a las madres y otro a las abuelas, la tercera fueron entrevistas abiertas y la cuarta grupos focales con madres y abuelas.

Por otra parte, el estudio de Burleigh<sup>61</sup> realizado en Guatemala sobre la clasificación y tratamiento de las diarreas en poblaciones indígenas, buscó principalmente conocer las causas de la diarrea y el impacto de variables específicas en la duración de los episodios de diarrea.

Se realizó un estudio epidemiológico sobre diarrea crónica en Santa María de Jesús Sacatepequez que duró tres años. El estudio de población consistió en localizar niños menores de tres años. En primer término se utilizó una encuesta para recolectar datos básicos de cada familia, el tipo de vivienda, la composición familiar, el grado de escolaridad, el trabajo y la obtención de agua. Durante el estudio se obtuvieron datos sobre el patrón de morbilidad de cada niño, tratamiento, dieta, información antropométrica y sobre la etiología presentada.

En el mismo estudio, también se realizaron dos estudios de carácter cualitativo, uno de ellos utilizó grupos focales y el otro entrevistas individuales para validar los resultados del grupo focal. Los resultados de estos dos últimos proporcionaron información para la construcción de la encuesta y enriquecieron con un marco detallado etnográfico que fue utilizado en la interpretación de los datos cuantitativos obtenidos.

Los datos obtenidos de técnicas cualitativas, no pueden ser analizadas de manera cuantitativa, en estos trabajos se analizaron y presentaron por su contenido y asociación. Los conceptos identificados por las mujeres fueron agrupados de acuerdo a las relaciones entre ellos mismos, por ejemplo, se detectó un concepto particular como el enojo y su asociación con el calor del cuerpo en ciertos tipos de diarrea. La información metodológica proporcionada por los trabajos descritos será tomada en cuenta para la elaboración de la investigación.

Como se señala en esta revisión, el tipo de datos que se busca determina en gran parte el tipo de técnica de recopilación de información que se refiere a

---

<sup>60</sup> Shawyer, Richard J., et al. "The role of clinical vignettes in rapid ethnographic research: a folk taxonomy of diarrhoea in Thailand". *Soc. Sci Med.* 1996, p 111-123.

<sup>61</sup> Burleigh, Dardano, C. Cruz, Ramiro. "Colors, Humors and Evil Eye: Indigenous Classification and Treatment of Childhood Diarrhea in Highland Guatemala". *Medical Anthropology* Vol. 12, 1990, p. 419-441

patrones culturales, tales como creencias, ritos, religiosidad y medicina "tradicional", así como aquellas prácticas cotidianas de cuidados de la salud familiar. Es más factible obtener información de este tipo mediante técnicas cualitativas que busquen profundizar a través del discurso y la observación en este conocimiento.

En la investigación realizada, estuvo presente el interés por aplicar instrumentos metodológicos cualitativos, en vista de la necesidad de producir con este tipo de datos, diferentes acercamientos a la realidad para enriquecer desde ellos la información abundante de otros tipos de estudios sobre el tema de interés.

En la investigación sobre representaciones y prácticas de las madres en el cuidado de las ED, se privilegió la utilización de una metodología que permitiera, por un lado tener un diseño de investigación que pudiera ser enriqueciendo con la información del trabajo de campo, y sobre todo que permitiera establecer relaciones de confianza con las madres, para reconstruir los diagnósticos y tratamientos en base a sus representaciones de la enfermedad.

## **2. Metodología de la investigación**

Las representaciones sociales implican varios niveles de conocimiento de los individuos ubicados en su entorno. Las prácticas sociales como acciones cotidianas, son uno de esos aspectos que nos permite acceder al conocimiento de las mismas.

El presente trabajo, una investigación exploratoria, buscó conocer las representaciones sociales que madres de menores de cinco años tenían sobre las enfermedades diarreicas, fundamentalmente a través de la narración de las prácticas de atención sobre estas enfermedades, las madres hablaron sobre lo que ellas entendían de éstas, la forma en que clasificaban signos y síntomas observados, se refirieron a sus diagnósticos y las decisiones sobre las acciones y medidas para resolver estos eventos.

Al acercarnos al tema, inicialmente en una experiencia de promoción de la salud en Nicaragua<sup>62</sup> y después, con la revisión de numerosos trabajos de investigación en el tema, se fue reforzando la idea y la importancia de recoger información que fuera más allá de respuestas cerradas ante preguntas cerradas, es decir, definir y aplicar técnicas de investigación que nos permitieran un mayor acercamiento a los sujetos de estudio y nos contaran sus experiencias de vida en cuanto a las enfermedades diarreicas de sus hijos. La metodología cualitativa elegida para este trabajo nos permite tal acercamiento aun a nivel exploratorio, lo cual se reflejó particularmente en la riqueza de la información obtenida en

---

<sup>62</sup> Aranda Gallegos, Patricia. Op. cit.

entrevistas semiestructuradas y en dos entrevistas grupales (en su fase inicial de delimitación de la guía de preguntas), así como dos entrevistas abiertas a sobadoras sobre la curación mediante sus prácticas después de realizadas las entrevistas a madres.

Una de las características de la metodología cualitativa es la profundidad e intensidad con que se trabajan temas como el nuestro, al mismo tiempo que hace posible captar la dinámica de los procesos estudiados. Por otro lado, la flexibilidad de la metodología cualitativa permitió que el ir y venir entre la teoría y los datos obtenidos enriquecieran el análisis y reconociera nuevas temáticas no definidas en el inicio de la investigación.

Como fuentes complementarias para nuestro problema de estudio fueron consultadas publicaciones especializadas sobre el tema, también fueron entrevistados los responsables de los programas de control de las ED, de la vigilancia epidemiológica y del Centro de Salud en la zona de trabajo, así como del Comité de Desarrollo Comunitario de la Eusebio Kino (CDCEK).

En un segundo momento se realizaron dos entrevistas grupales, una con promotoras que tienen de cinco a diez años de trabajo comunitario en salud en el CDCEK o en otras asociaciones civiles y otra con madres que tienen poco tiempo de haberse incorporado a un proyecto de vivienda en el mismo CDCEK. Con la información de estas entrevistas y la obtenida por medio de la información bibliográfica, se construyó una guía de preguntas para la realización de entrevistas semi-estructuradas. También fue elaborada una encuesta de datos generales con información sobre condiciones de vida y servicios públicos.

La encuesta de datos generales fue aplicada a las familias que acudieron al CDCEK de febrero de 1996 a marzo de 1997, con el objetivo de conocer los datos socioeconómicos sobre la madre y la familia relacionados con la enfermedad, tales como materiales de la vivienda, servicios públicos, ingresos familiares, educación, hacinamiento y lugar de nacimiento.

Para obtener las direcciones de los casos de morbilidad por ED se consultaron las hojas diarias reportadas por los médicos que atienden en el consultorio del sector seis, así como los registros que llevan las promotoras al respecto. Se obtuvieron 52 casos de consultas que por primera vez acudieron durante el período.

Con la ayuda de cuatro promotoras del CDCEK, se visitaron las 52 direcciones para la aplicación del cuestionario de datos generales, en estas localizaron nueve cambios de domicilio. Finalmente, seis de los cuestionarios aplicados tenían información incompleta que no fue posible obtener después de dos visitas más, por lo que la información con la que se construyó el perfil de la población de estudio se basó en 37 casos.

Entre la población encuestada, se escogió a diez madres para realizar las entrevistas semi-estructuradas. Para ello fueron visitadas en tres ocasiones, en la primera ocasión se les explicaron los objetivos del trabajo y se les propuso ser entrevistadas, en la segunda se realizó la entrevista, la cual tuvo una duración de dos horas en promedio, la tercera visita fue para ampliar o aclarar algunos puntos sobre lo dicho. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente para su análisis, complementándose la información con los datos registrados en el diario de campo.

En las entrevistas, las madres proporcionaron información sobre los casos de enfermedades diarreicas de sus hijos, su tratamiento en el hogar, sus valoraciones sobre la gravedad de las mismas, sus diagnósticos y prácticas de atención, sus decisiones de llevar a los diferentes curadores al niño(a) y sobre la relación establecida con ellos.

Durante el trabajo de campo, la información de las entrevistas, se fue contrastando y reforzando con pláticas informales en las visitas para aplicar la encuesta, este tipo de información fue recabada en un diario de campo que apoyó todo el proceso de investigación.

Las preguntas que guiaron la investigación pueden ordenarse en cuatro grandes apartados:

1. ¿Cuáles son las representaciones sociales de las madres de familia sobre las enfermedades diarreicas?
2. ¿Cuáles son las prácticas sociales de las madres de familia frente a las enfermedades diarreicas?
3. ¿Cuáles son las condiciones socioeconómicas e infraestructura relacionadas con la enfermedad?
4. ¿Cuál es el contexto epidemiológico de las enfermedades diarreicas en la zona de estudio desde la visión de los servicios médicos?

Las preguntas se establecieron en base a algunos de los ejes temáticos considerados en el trabajo Osorio<sup>63</sup> y la forma de operacionalizar las representaciones sociales de Rocha<sup>64</sup>, fueron la materia prima con la que se inició la construcción de las entrevistas y el cuestionario de datos generales.

---

<sup>63</sup> Véase Osorio, Rosa María. Op cit., p17 y 18.

<sup>64</sup> Rocha Rivero, Gloria, Op. Cit. p.76-78

La descripción de las representaciones sociales de las enfermedades diarreicas implicó conocer lo que significa para las madres la enfermedad de sus hijos, las maneras en que las clasifican y las explicaciones que dan a la presencia de las mismas.<sup>65</sup> Para obtener información al respecto, la guía de entrevistas (véase anexos) se fue conformando en un primer momento con temas relacionados con la descripción de carreras del enfermo y representaciones, mencionados en otros trabajos, que posteriormente fueron integrando o modificando aspectos a partir de la experiencia con las dos entrevistas grupales con mujeres que forman parte del CDCEK y durante las mismas entrevistas con las madres.

En base a esta información, se reconstruyeron dieciocho carreras del enfermo que nos permitieron ordenar y clasificar las representaciones y prácticas de las madres sobre las enfermedades diarreicas de sus hijos. Los temas principales con que se reconstruyeron las carreras del enfermo fueron: diagnóstico, tratamiento y valoración de gravedad de la madre y de los curadores. Estos se ubicaron en base a la lectura y relectura de las entrevistas, así como integrando y/o confrontando la información de los trabajos mencionados con la información obtenida en las entrevistas. Las representaciones se reconstruyeron y analizaron en base a la descripción de las carreras del enfermo, así como con preguntas directas sobre las causas y la clasificación de las enfermedades, así como las terapias más adecuadas a esas explicaciones.

En la descripción de las carreras del enfermo, la información se organizó para su presentación por medio de una ficha con datos básicos del niño(a), seguida por una breve descripción de las familias, los servicios con los que se cuenta y sobre los materiales de las casas en que viven, a continuación de ello se reprodujo fielmente una porción de las entrevistas, con el fin de ilustrar al lector sobre cómo se establece el diálogo entre la autora y la madre. Esto nos permite señalar que la obtención de la información a través de la investigación cualitativa presenta altibajos ya que en algunas ocasiones el discurso es escueto, en otras la verbalización es velada, incompleta, o cambia de acuerdo a la confianza establecida. La entrevista cualitativa permite regresar a los temas iniciales, insistir o verificar en el momento sobre temáticas que no quedan del todo claras, o que no se corresponden con los supuestos o referencias basados en el discurso de entrevistas previas.

El proceso de una investigación no es tan claro ni lineal cuando se está construyendo, en este trabajo, se pasó por diferentes momentos, que fueron clarificando las opciones que delimitaron el problema de investigación, las técnicas de recolección y de análisis.

En un primer momento, por ejemplo, se participó como observadora solamente, después la responsable se involucró en los cursos de preparatoria abierta que se ofrecen en el CDCEK, a petición de las promotoras, una vez por semana se impartió

---

<sup>65</sup> Idem. p.60



una clase durante dos años. Antes o después de la asesoría era posible comentar sobre el trabajo de ellas. Así fue posible ir revisando la información que en sus archivos se refería a casos de enfermedades diarreicas. Una vez que se instaló el consultorio del Centro Lomas de Madrid, fue posible tener acceso a sus archivos también, se participó en una jornada de salud en la que se llevó servicios médicos ambulatorios a las nuevas colonias en donde no se cuenta con drenaje y se estableció una relación de confianza con las promotoras de salud.

Inicialmente se planeó un taller con las promotoras de salud del CDCEK para obtener datos preliminares que permitieran construir la guía de entrevista abierta y se aprovechó un taller de salud que se había planeado en el Comité Regional de Salud (CORESAL) para poder incluir como una de las actividades de ese taller la guía de preguntas elaborada para esa entrevista grupal.

Se volvió a convocar a otras promotoras que no participaron en el primer "taller" y entonces participaron las mujeres que pertenecen al grupo de vivienda del CDCEK, incluyendo a aquellas que no trabajan directamente como promotoras de salud.

A partir de esta experiencia, se planteó la posibilidad de involucrar más a las promotoras de salud en el trabajo, intentándose el realizar una reunión de trabajo para discutir los contenidos de la guía de entrevistas que pudiera servir como prueba inicial de los instrumentos. Como no fue posible realizar esta reunión debido a que las promotoras tuvieron talleres fuera de la ciudad, se les presentó la guía de manera individual y se retomaron sus sugerencias.

A petición de una de las coordinadoras del CDCEK, se invitó a las promotoras a participar en la encuesta de datos generales. Por ello se dividió la zona de trabajo y en la primera visita participaron, junto con la responsable de la investigación, cinco promotoras en las encuestas domiciliarias.

Por medio de pláticas informales se ha ido compartiendo la información y se tiene planeada una reunión para compartir los resultados finales y planear una primera reunión de trabajo con las madres que participaron en la investigación, para compartir con ellas los resultados así como para compartir información sobre las ED en donde se pueda hablar de los principales puntos en donde se detectaron confusiones por falta de información, o tratamientos que puedan causar complicaciones de la enfermedad.

## **CAPITULO III: CONTEXTO DE LA INVESTIGACION**

La relación entre el comportamiento de las enfermedades diarreicas y las condiciones de vida ha sido ampliamente documentada<sup>66</sup>. En este trabajo se describen estas condiciones de la población en la zona de estudio, enmarcándolas en el proceso socioeconómico de los últimos años.

En México ha habido esfuerzos desde el Sector Salud para la educación de la población desde tiempo atrás, destacando en los setenta el trabajo del programa IMSS-COPLAMAR. Se describen los programas y las principales recomendaciones que estos difunden sobre el cuidado de las enfermedades diarreicas. Se señalará el comportamiento de los indicadores de morbilidad y mortalidad. También se hará referencia a los servicios médicos con que se cuenta en la zona de estudio.

### **1. Programas de atención de las enfermedades diarreicas del Sector Salud**

En noviembre de 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la resolución 34/58 sobre salud, donde hizo suya la Declaración de Alma-Ata y marcó la pauta para la estrategia mundial de salud para todos en el año 2000.<sup>67</sup> El documento de la estrategia mundial, en su primera parte realiza un diagnóstico en el cual se señala que

“La mayoría de las defunciones que se registran en la mayoría de los países en desarrollo resultan de las enfermedades infecciosas y parasitarias. Esta clase de enfermedades guardan estrecha relación con las condiciones sociales y económicas predominantes y obstaculizan el desarrollo social y económico... Las parasitosis, en particular, son crónicas y debilitantes, y son endémicas en la mayoría de las zonas donde reina la pobreza... Las enfermedades diarreicas, que se transmiten por contaminación del suelo, de los alimentos y del agua con heces humanas, hacen sus peores estragos en los países en desarrollo”<sup>68</sup>

México, suscribió los acuerdos y elaboró su propia estrategia nacional de salud. Desde entonces, mucho se ha escrito en relación a la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) delineada en Alma Ata. En estos acuerdos se definió a la APS como

“...la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan

<sup>66</sup> Véase el trabajo de Lozano, Rafael, et. al. *Desigualdad, pobreza y salud en México*. Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad. El Nacional, México, 1993. Ver también OMS, *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*, OMS, Francia, 1981, p.20

<sup>67</sup> OMS, *Op. Cit.*, p.17

<sup>68</sup> *Idem.*, p.19

soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria"<sup>69</sup>

En esta reunión, culminó un proceso de discusión que planteaba como necesario el superar el modelo de atención a los problemas de salud predominante a nivel mundial. Cambiar de un modelo casi exclusivamente curativo, que tiene altos costos en continuo incremento, utiliza con tecnología compleja y que deja en segundo término las actividades preventivas<sup>70</sup>, por otro modelo en donde el acento se pusiera en la prevención. La Declaración de Alma-Ata definió los componentes esenciales de la APS de la siguiente manera:

"...la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y los traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales."<sup>72</sup>

Esta propuesta reconocía la estructura social como causa de los problemas de salud y, en consecuencia, proponía actuar sobre el conjunto de los factores etiológicos y sobre los mismos problemas aplicando técnicas médicas sencillas y eficaces, así como utilizando las prácticas "populares" que podían modificar la situación. Las actividades colectivas en términos de participación social, autoatención y organización comunitaria aparecían como decisivas para el logro de una Atención Primaria Integral.<sup>73</sup>

Una propuesta que se contraponía a la integralidad de la anterior fue tomando forma como la Atención Primaria Selectiva que señalaba la necesidad de seleccionar los problemas prioritarios de salud, en base a ello se construyeron programas prioritarios para su atención. La atención se centró en los cuidados materno-infantiles, inmunizaciones, tratamiento al paludismo, terapia de hidratación oral y promoción a la lactancia.<sup>74</sup>

---

<sup>69</sup> OMS *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*, OMS, Ginebra, 1981, p.33

<sup>71</sup> Menéndez, Eduardo L. "De la representación a la práctica. Atención Primaria o Primer Nivel de Atención". En Shoko Doode, Emma Paulina Pérez, Comp. *Sociedad, Economía y Cultura Alimentaria*. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C. 1994. P. 306

<sup>72</sup> OMS *Estrategia* Op. Cit. p.33-34

<sup>73</sup> Idem. p. 308

<sup>74</sup> Walsh, J.A. y Warren, K.S. "Selective primary health care: an interim strategy for disease control developing countries". *New Eng. J. Med.* 301 (18), 1979 p.967-974 citado en Castro, Ma. Del Carmen, Op. Cit. p.33.

La década de los ochenta fue el escenario de la discusión entre quienes seguían promoviendo la Atención Primaria Integral y los que promovieron la selectiva. Fue esta última la que se aplicó en la mayoría de los países, incluyendo entre ellos al nuestro.

A pesar de que es importante considerar las posibilidades de acciones efectivas por medio de la APS, aún son vigentes los argumentos de la corriente de Atención Primaria Integral en relación con la propuesta selectiva al cuestionar su eficacia como relativa y provisoria ya que tiende a secundarizar e incluso a eliminar la concepción preventiva inicial basada en la acción comunitaria plena, así como de la educación para la salud, al convertir en subordinados los diferentes recursos populares, privilegia el desarrollo de actividades que pueden ser eficaces como las campañas de vacunación y el programa de hidratación oral, pero que por el modo de implementarse, favorecen y refuerzan relaciones verticales entre el aparato médico sanitario y la población, por lo que la Atención Primaria dependerá del financiamiento externo más que del trabajo basado realmente en la comunidad. Para la Atención Primaria Integral, la organización comunitaria, articulada o no con el Sector Salud, constituye el recurso sustantivo para aplicar y asegurar la continuidad de las estrategias de atención primaria<sup>75</sup>

En este marco, en México en 1984 se creó el Programa Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades diarreicas e Infecciones respiratorias Agudas (PRONACED), desde una perspectiva de Atención Primaria Selectiva. Este programa tenía como propósito disminuir la mortalidad por diarreas, utilizando como estrategia fundamental la promoción de la THO, principalmente con los sobres que contienen una mezcla de glucosa y electrolitos recomendada por OMS/UNICEF, pero sin excluir los líquidos de uso regional. En 1995 se unieron al programa de control de diarreas los esfuerzos por disminuir las infecciones respiratorias, constituyéndose el Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas (PRONACED-IRA).<sup>76</sup> El objetivo de este programa es el de acelerar la tendencia descendente de la mortalidad por enfermedades diarreicas y respiratorias en la población menor de cinco años.

En coordinación con el programa a nivel nacional, en Sonora fue creado el Programa Estatal de Prevención y Control de las Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas (PRECED-IRA). Este programa implementa actividades de difusión, educación, diagnóstico, autopsias verbales, seguimiento a información epidemiológica, control y dirección de acciones preventivas.

---

<sup>75</sup> Menéndez, Op.Cit. p. 308

<sup>76</sup> OMS, OPS, UNICEF, Secretaría de Salud, PRONACED. *Manual de normas y procedimientos*. PRONACED/IRA, México, 1990 p.2

Por el carácter multicausal de las enfermedades diarreicas (ED), la Ley General de Salud señala que la Secretaría de Salud debe promover la colaboración de otras instituciones del sector público, social y privado para llevar a cabo actividades preventivas y de control de las enfermedades.

Por lo anterior, el 26 de abril de 1993 se instaló el Consejo Nacional para el Control de las Enfermedades Diarreicas (CONACED). Este consejo es presidido por el Secretario de Salud y como vocales se encuentran los titulares de las instituciones del sector, los representantes de la Comisión Nacional del Agua, de las secretarías de Educación Pública y de Desarrollo Social, los subsecretarios y el Oficial Mayor de la Secretaría de Salud (SSA).<sup>77</sup>

Para contar con órganos similares en todas las entidades federativas, se dispuso que se instalaran Consejos Estatales para el Control de las Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas (COECED-IRA), mismos que son precedidos por los gobernadores de los estados.

En Sonora se creó el COECED-IRA desde 1993, dirigido por el gobernador del Estado e integrado con los representantes de las instituciones del Sistema Estatal de Salud (SSA, IMSS, ISSSTE, y DIF-Sonora), Consejo Tutelar para Menores, Centro de Integración Juvenil, Secretaría de Educación y Cultura, Instituto Nacional Indigenista, COAPAES, Comisión Nacional del Agua, SARH, Secretaría de Fomento Agrícola, SEDESOL, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Secretaría de Relaciones Exteriores, Procuraduría de Justicia del Estado, Servicio Militar Nacional y la Secretaría de la Defensa Nacional.<sup>78</sup>

Estos programas nacionales y estatales se encuentran vinculados con otros, tales como el Programa Nacional de Vacunación, el Programa de Prevención y Control del Cólera, el Programa de Salud Materno Infantil, el Programa de Fomento de la Salud, el Programa de la Estrategia de Extensión de Cobertura y el de Enseñanza en Salud, para tratar de disminuir la incidencia y mortalidad de las ED desde diferentes campos de atención a la población, reconociendo que no solo tienen causas biológicas sino también económicas, sociales y culturales.

El PRONACED señala que los problemas de infraestructura urbana y el acceso a los servicios de salud, entre otros, son causantes de las ED, pero hace referencia particularmente al nivel de escolaridad materno ya que son ellas las que por lo general se encargan de los niños.<sup>79</sup>

---

<sup>77</sup> Consejo Nacional para el Control de las Enfermedades Diarreicas (CONACED). "Informe de actividades, 1993-1994" en *Salud Pública de México* Septiembre-Octubre 1994, vol. 36, No.5, p. 554.

<sup>78</sup> Secretaría de Salud Pública. *Programa estatal de prevención y control de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas 1996*. Hermosillo, 1996.

<sup>79</sup> CONACED. *Informe de Actividades, 1993-1994* Op cit p.552

## 1.1 Mortalidad y Morbilidad por ED

Las enfermedades diarreicas en México desde 1941 presentan un comportamiento descendente, como causa de muerte.<sup>80</sup> En 1940 una de cada cuatro defunciones era por estas enfermedades y hasta 1960 ocuparon el primer lugar como causa de mortalidad general. (Ver cuadro No.5)

En 1970 las enfermedades diarreicas ocuparon el segundo lugar como causa de mortalidad general, para 1990 tuvieron el séptimo lugar y la tendencia descendente se aceleró durante los últimos años,<sup>81</sup> de manera que durante los tres primeros años de los noventa se logró disminuir en un 56% los casos de muerte por ED, gracias a la THO y la educación a las madres.<sup>82</sup>

En el caso de los menores de cinco años, la tasa de mortalidad por diarrea, en 1993, a nivel nacional, era de 60.4 por cada 100 000, un año después fue de 48.6, lo cual reflejó una disminución de casi un 20% más.<sup>83</sup>

Los grupos de edad más afectados por estas enfermedades son los menores de cinco años ( particularmente los menores de un año) y los mayores de 65.<sup>84</sup> A nivel nacional, el 72.4% de estas defunciones se presentaron en los menores de un año de edad lo cual los señala como el grupo de más alto riesgo.<sup>85</sup>

---

<sup>80</sup> Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación. SSA. Enfermedades infecciosas intestinales. *Perfiles estadísticos. Series Monográficas*. México, 1991. Citado en Mota-Hernández, Dr. Felipe, (comp.) *Enfermedad diarreica en el niño*. Academia Mexicana de Pediatría A.C. México, 1994, p.17.

<sup>81</sup> SSA, INEGI *Compendio histórico, Estadísticas Vitales 1893-1993*. INEGI, México 1994, p.34-38.

<sup>82</sup> UNICEF. "México: 30,000 vidas salvadas desde 1990". *Estado mundial de la infancia 1995*. Barcelona, 1995, p.26.

<sup>83</sup> Gómez Ugalde, Felipe, José. "El problema de las enfermedades diarreicas en México y su etiopatogenia". En Mota Hernández Felipe, (comp.) *Enfermedad diarreica en el niño* Academia Mexicana de Pediatría A.C. México, 1994, p. 22.

<sup>84</sup> Secretaría de Salud Pública en el Estado de Sonora. *Manual de procedimientos para la capacitación a madres* Segunda edición. México, 1996

<sup>85</sup> Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de medicina preventiva, PRONACED-IRA, UNICEF. *Boletín Bimestral*. Vol. 1, 1995.

Cuadro No. 5. Principales causas de mortalidad general e infantil 1922-1990

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL Estados Unidos Mexicanos				PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL Estados Unidos Mexicanos		
Año orden	Defunciones	Tasa(1)	No. de	Defunciones orden	Tasa (2)	No. de
1922	25,765	179.7	2	16,639	3,667.8	1
1930	80,095	483.8	1	23,721	2,893.4	1
1940	96,556	491.2	1	29,891	3,410.0	2
1950	71,822	278.4	1	24,253	2,064.1	3
1960	63,749	182.5	1	26,359	1,639.0	2
1970	83,676	173.5	2	35,520	1,665.5	2
1980	41,340	61.8	2	20,877	859.9	2
1990	22,196	27.32	7	9,886	363.3	2

Fuente: Cuadro construido con información de SSA, INEGI *Compendio histórico*, Op. Cit., p. 36-48

(1) Tasa por 100,000 habitantes

(2) Tasa por 100,000 nacidos vivos registrados

En Sonora con excepción de los años 1989 y 1992, las tasas estatales de mortalidad son inferiores a las nacionales<sup>86</sup>. El estado está clasificado dentro de los de riesgo intermedio, en relación a la mortalidad por ED-IRA en niños menores de 5 años, sobre todo por las enfermedades respiratorias<sup>87</sup>.

De acuerdo a las encuestas sobre morbi-mortalidad y tratamiento de diarreas de 1987, realizada en el estado de Sonora por la Dirección General de epidemiología de la Secretaría de Salud, se encontró una prevalencia de 16.7 casos de diarrea, por cada mil menores de cinco años, tasa similar a la media nacional.<sup>88</sup>

Contrario a lo que se podría suponer, de 1990 a 1995 se observó que la mortalidad aumentaba durante los últimos meses del año, en la temporada de frío. Al respecto, el responsable del PRECED Sonora<sup>89</sup> señaló que es debido a las DE virales, las cuales ocasionan pérdidas rápidas y excesivas de agua, sodio, y potasio, favoreciendo la deshidratación. Esta situación se da en una época en la que en el hogar no se tiene tanto cuidado en la cantidad de líquidos que consumen los menores por "no hacer calor". (Cuadro No.6)

<sup>86</sup> Rivera Claisse, Dr. Ernesto. "Epidemiología de las diarreas en el noroeste de México". En Mota Hernández, Dr. Felipe (comp.) *Enfermedad diarreica en el niño México*, 1994, p. 27

<sup>87</sup> Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora. *Programa Estatal de Prevención y Control de las Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas 1996-Sonora*. México, 1996.

<sup>88</sup> Idem.

<sup>89</sup> Entrevista con el Dr. Rodrigo Pacillas, responsable del PRECED-IRA Sonora, Secretaría de Salud Pública, Hermosillo, enero, 1997.

**Cuadro No. 6 Comparativo de mortalidad por ED como causa básica  
en menores de 5 años, según mes de ocurrencia  
SONORA 1990-1995**

MES	1990	1991	1992	1993	1994	1995
ENE	16	17	8	7	11	5
FEB	10	7	6	5	7	4
MAR	9	11	5	6	4	2
ABR	11	7	7	13	4	7
MAY	15	13	6	5	10	3
JUN	23	8	15	8	5	4
JUL	15	11	4	1	6	2
AGO	31	10	17	12	5	1
SEP	28	10	9	6	18	3
OCT	21	9	10	15	20	10
NOV	13	10	4	16	10	8
DIC	20	13	17	16	16	14
TOTAL	212	126	119	110	116	63

Fuente: Secretaría de Salud Pública del estado de Sonora (SSP) Informe mensual de la mortalidad por ED. Datos tomados directamente de los certificados de defunción. Enero 1996.

El comportamiento de la mortalidad por ED en Sonora de 1990 a 1995 fue descendente, no obstante, en 1996 la tasa volvió a subir a 30 de cada 100 000. En 1995, las infecciones gastrointestinales ocuparon el quinceavo lugar en cuanto mortalidad general en el estado. En la población menor de cinco años, en cambio, ocupó el tercero. (Cuadro No. 7)

De los casos de mortalidad en menores de cinco años registrados entre 1990 a 1995, el 88% ocurrieron en menores de un año. Entre los factores que se mencionan como causantes se encuentra el posible abandono de la lactancia materna y los deficientes hábitos higiénicos en la preparación de los alimentos,<sup>90</sup> así como el desconocimiento de la madre de signos de deshidratación, la desnutrición antes de enfermar, la atención incorrecta en consultorio.<sup>91</sup>

En el municipio de Hermosillo, se presentaron en 1993, 45 muertes por enfermedades diarreicas, de ellas 24 (53%), fueron dentro de la zona urbana, y de estas, 8 casos (33.3%), se ubicaron en las colonias a quienes da servicio el

<sup>90</sup> Idem.p. 9

<sup>91</sup> Véase al respecto el trabajo de Tomé, Patricia et al. "Muerte por diarrea aguda en niños: un estudio de factores pronósticos" *Salud Pública, México*, 1996, vol. 38, No. 4.p. 226-235. En él se mencionan otros factores tales como el trabajo materno fuera del hogar y la consulta con médicos privados. Respecto al trabajo materno, existe actualmente polémica por valoraciones parciales respecto a esta relación, debido a que el trabajo materno se relaciona también con ingresos destinados a las necesidades del hogar, véase al respecto el trabajo de Stern, Claudio (coordinador) Op. Cit.



Centro de Salud. De esas ocho muertes, cuatro se ubicaron en nuestra zona de estudio, es decir, el 50% de los casos de mortalidad de las colonias atendidas por el Centro Lomas de Madrid.<sup>92</sup>

**Cuadro No. 7 Mortalidad por ED en menores de 5 años en Sonora 1990-1996**

AÑOS	MORTALIDAD	
	DEFUNCION	TASA
1990	212	97.7
1991	126	61.4
1992	119	52.9
1993	110	48.0
1994	116	48.6
1995	63	26.4
1996	70	30.5
% DE VARIACION	-68.8	

Tasa: Por 100,000 menores de 5 años

Fuente: EPI-1-95, Vigilancia Epidemiológica (D.G.S.S.), Secretaría de Salud Pública

En 1994 de 49 muertes en el municipio, 38 (77.5%) fueron en la zona urbana, y de ellas 20 (52.63%) en el área cubierta por el Centro Lomas de Madrid. El Sector seis contribuyó con el 40% de los decesos. Durante 1995 se registraron 25 muertes en el municipio, 15 (60%), procedieron de la ciudad, en el área cubierta por el Centro de Salud se dieron 6 (40%) de los casos y el sector seis contribuyó con (2) 33.3%<sup>93</sup>. (Cuadro No. 8)

En el área donde se realizó el estudio se presentaron, los dos primeros años, cerca de la mitad de los casos de mortalidad reportados por el Centro de Salud.

**Cuadro No. 8 Defunciones por ED en menores de 5 años, en Hermosillo y zona de estudio**

Fecha	Municipio	Cd. Hillo	C. Lomas de Madrid	Zona de estudio
1993	45	24 (53%)	8 (33.3%)	4 (50%)
1994	49	38 (77%)	20 (52.6%)	5 (40%)
1995	21	15 (71%)	6 (40%)	2 (33.3%)

Fuente: Cuadro construido con información de la Secretaría de Salud Pública, Jurisdicción Sanitaria No. 1 Epidemiología.

Por otro lado, en cuanto a la morbilidad tenemos que si unimos las enfermedades respiratorias y las diarreicas, en 1994 fueron causa del 80% de los

<sup>92</sup> Secretaría de Salud Pública, Jurisdicción Sanitaria No. 1 *Epidemiología cuadro de defunciones por enfermedad diarreica en área urbana en niños menores de 5 años, comparativo.*

<sup>93</sup> Idem.

motivos de consulta en los Centros de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia a nivel nacional. En promedio, por niño se presentaban en esas fechas, tres diarreas por año en el medio urbano y 4.9 en el rural<sup>94</sup>. En 1991 la incidencia anual fue de 4.5 episodios de diarrea por niño y por año, para 1993 había bajado a 2.2 episodios.

En Hermosillo, Sonora, los últimos seis años, la morbilidad presenta un comportamiento irregular y en 1996 se puede observar un ascenso considerable respecto de años anteriores. La tasa de morbilidad en 1990 era de 12,099.8 por 100,000 menores de cinco años, en el 92 fue de 14,731.8 , durante 93 y 94 disminuyó hasta 9,380 pero 95 y 96 presentan tasas de 15,430.4 y de 22,870.1 respectivamente<sup>95</sup>. (Cuadro No. 9)

La morbilidad no acompaña a la mortalidad en su mismo ritmo descendente, los responsables del Sector Salud<sup>96</sup> lo atribuyen principalmente a una mejor recolección de información y a que las personas, se atienden más ahora en las instituciones públicas por una mayor cobertura y por los efectos de la crisis económica.

Posiblemente, la crisis económica se refleja en el comportamiento de las ED ya que en 1996 se observó un incremento en la morbilidad, alcanzando un nivel superior a lo registrado en el inicio de la década de los noventa, aun suponiendo una mejor recolección de la información, llama la atención que en 1996 se presenta también una alza, ambos indicadores se comportaron de manera distinta a la tendencia de disminución.

**Cuadro No. 9 Morbilidad por ED en menores de 5 años, Sonora 1990-1996**

AÑOS	MORBILIDAD	
	CASOS	TASA
1990	36,146	12,099.8
1991	30,762	12,199.5
1992	32,746	14,731.8
1993	25,604	11,187.4
1994	22,362	9,380.0
1995	36,786	15,430.4
1996	52,446	22,870.1
% DE VARIACION	+ 89	

Tasa: Por 100,000 menores de 5 años. Fuente: EPI-1-95, Vigilancia Epidemiológica (D.G.S.S.)

<sup>94</sup> Herrera Contreras, Dr. Manuel. "Epidemiología de las diarreas". En SSA, UNICEF, OPS... Op. Cit., p.5

<sup>95</sup> Fuente: Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora, PRECED-IRA EPI-95 Vigilancia Epidemiológica (D.G.S.S.)

<sup>96</sup> Entrevista con el Dr. Pacillas, responsable del PRECED Sonora.

De las veinte principales causas de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica en el Centro de Salud, de la semana 1 a la semana 52 de 1995, se proporcionaron 4,728 consultas, de las cuales 3,760 (el 80%) fueron de infecciones respiratorias agudas. En segundo lugar se presentaron las enfermedades diarreicas con 480 casos (10.48%).<sup>97</sup> En 1992 se había informado de que las infecciones respiratorias fueron el 59.38% de todas las causas y en segundo lugar a las infecciones intestinales con 12.9%<sup>98</sup>. (Cuadro No.10)

**Cuadro No. 10 Comportamiento de las veinte principales causas de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica en el Centro de Salud "Lomas de Madrid", (semana 1 a 52 de 1995, Hermosillo, Sonora)**

Orden	Causas	No. de casos	%
01	Infecciones respiratorias agudas	3,760	80.0
02	Enfermedades diarreicas	480	10.48
03	Accidentes de tráfico y laboral	129	2.70
04	Hipertensión arterial	96	2.00
05	Diabetes Mellitus	48	1.00
06	Varicela	37	0.70
07	Asma	31	0.60
08	Sarna	27	0.50
09	Candidiasis urogenital	26	0.50
10	Tricomoniasis urogenital	22	0.40
11	Artritis reumatoride	18	0.30
12	Parotiditis	16	0.30
13	Fiebre reumática	7	0.10
14	Epilepsia	5	0.10
15	Bocio	4	0.08
16	Infección gonococcica	4	0.08
17	Hepatitis vírica A	3	0.06
18	Enfermedad isquémica del corazón	2	0.04
19	Sífilis	2	0.04
20	Herpes genital	1	0.02
	Total	4,718	100.00

Sobre el tema, las promotoras de salud del CDCEK informaron que de mayo de 1996 a mayo 1997, de las consultas sujetas a programa (1276), 56 se refieren a consultas de primera visita por diarrea (no se incluyen las consultas subsecuentes de control), así como 207 por infecciones respiratorias.

Las enfermedades infecciosas, principalmente las respiratorias, seguidas por las diarreicas, reflejan las características sociales y del entorno de las colonias del norte de la ciudad en donde se ubican colonias con carencia de servicios,

<sup>97</sup> Secretaría de Salud del Estado de Sonora, Centro de Salud "Lomas de Madrid". *Informe semanal EPI-95*.

<sup>98</sup> Secretaría de Salud, Centro de Salud Lomas de Madrid. *Diagnóstico de Salud 1993*.

sobre todo, donde la pobreza y las enfermedades que la acompañan se concentran.

## **1.2 Descripción de planes de atención según su diagnóstico**

La mortalidad por diarreas se debe principalmente a sus complicaciones, entre las que la deshidratación es la causa de muerte en el 70% de los casos<sup>99</sup>, es por ello que el eje del programa es evitar la deshidratación por medio de la Terapia de Hidratación Oral (THO).

El programa se encamina principalmente a evaluar el estado de hidratación del enfermo, observando la posible presencia de signos de alarma que se identifican con sed, disminución de la frecuencia y cantidad de orina, somnolencia o irritabilidad, disminución o falta de lágrima al llorar, aspecto de la mucosa oral, características de la fontanela (en lactantes), turgencia de la piel y abdomen, número de respiraciones por minuto, frecuencia e intensidad del pulso, peso del niño(a).

De acuerdo con el estado de deshidratación, existen tres formas de tratamiento, de modo que si no hay todavía deshidratación se sigue el "plan A". En los siguientes párrafos se describe en lo que consiste dicho plan ya que hace énfasis en los cuidados que previenen la deshidratación en el hogar.<sup>100</sup>

### **1.2.1 Prevención de la deshidratación**

El Plan A consiste en evitar la pérdida excesiva de líquidos por las evacuaciones, se recomienda tomar líquidos en mayor cantidad que lo habitual, los cuales pueden ser leche, agua de fruta, agua o atole de arroz, atole de maíz, té (de manzanilla, guayaba, limón yerbabuena), agua de coco, sopas, caldo desgrasado, evitando dar bebidas gaseosas por su alto contenido de azúcar que puede agravar la diarrea.

Por terapia de hidratación oral (THO) se entiende el dar, por la boca, una solución recomendada que reemplace el agua y las sales que pierde el cuerpo durante la diarrea, como el Vida Suero Oral o sustitutos correctamente preparados.<sup>101</sup>

<sup>99</sup> Secretaría de Salud Pública en el estado de Sonora *Manual de procedimientos para la capacitación a madres* SSP Segunda edición, 1996 p.4

<sup>100</sup> Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Medicina Preventiva, OMS, OPS, UNICEF.PRONACED. *Manual de normas ...* Op. Cit. , p 7-23

<sup>101</sup> Idem. p. 3

Se señala que los padres de familia han de saber preparar y administrar el Vida Suero Oral (VSO) en un litro de agua limpia, ofreciendo media taza en menores de un año, una taza en mayores de un año, después de cada evacuación diarreica, o en mayor cantidad si lo desea. Los líquidos han de ser administrados preferentemente con cuchara. El suero una vez disuelto, sólo puede usarse dentro de las 24 horas siguientes a su preparación, pasado ese tiempo, se debe desechar el sobrante.

### 1.2.2 Alimentación

Si se trata de niños que se alimentan únicamente de leche materna, se señala que la lactancia debe continuar con mayor frecuencia. Si es leche de vaca, se recomienda que se siga tomando en pequeñas cantidades pero más frecuentemente. Si se presenta vómito se le dan pequeñas cantidades también en más ocasiones.

No se recomienda suspender la alimentación incluyendo la lactancia materna, sino dar alimentos de fácil digestión a los que esté habituado el niño, en menor cantidad pero con mayor frecuencia. Para los mayores de cuatro meses se recomienda comer manzana, plátano, guayaba, papa, mezclas de un cereal (arroz, maíz, trigo), leguminosas (frijol, lenteja, haba) o mezclas de un cereal con carne o pescado cocido, según la disponibilidad. Los productos lácteos, el huevo y la zanahoria, también son adecuados. La alimentación durante la diarrea proporciona nutrientes que se requieren para impedir que se inicie o acentúe la desnutrición.<sup>102</sup>

Los líquidos que se administran no reemplazan la necesidad de dar alimentos. De hecho, cuando termina la diarrea, es necesario dar al niño una comida diaria extra durante una semana para que recupere la pérdida de peso ocasionada por la diarrea.

### 1.2.3 Reconocimiento de signos de alarma

Los signos de alarma en un niño con diarrea, que han de ser identificados por las madres de familia son clasificados de la siguiente manera:

*Signos tempranos de deshidratación:* aumento de la sed, disminución de la orina, irritabilidad o decaimiento, pérdida del apetito, ojos hundidos, boca seca

---

<sup>102</sup> Idem.

*Signos de gravedad:* distensión abdominal persistente o progresiva, fiebre elevada o persistente, sangre en las evacuaciones, diarrea persistente por más de tres días

El plan A es el tratamiento preventivo propuesto por el Consejo Nacional para el Control de las Enfermedades Diarreicas, en base a las sugerencias de la Organización Mundial de la Salud. Es la estrategia básica del Sistema Nacional de Salud frente a las ED. Los mensajes en los medios de comunicación y en los Centros de Salud se basan en estas medidas preventivas.

Si se presenta deshidratación, se sigue el plan B y el C en una unidad de hidratación oral, en un Centro de Salud o en un hospital, bajo supervisión del personal de salud. Probablemente son casos en los que la hidratación oral controlada sea suficiente, pero de no ser así, se utiliza la hidratación intravenosa. (Cuadro No. 11).

**Cuadro No. 11 Síntomas de alerta y tratamiento de las enfermedades diarreicas**

		A	B	C
OBSERVE	Estado general ojos boca y lengua respiración sed	Alerta  Normales llora con lágrimas  Húmedas  normal  normal	Inquieto o irritable  Hundidos, llanto sin lágrimas  Secas, saliva espesa Rápida o profunda Aumentada, bebe con avidez.	Inconsciente o hipotónico     No puede beber
EXPLORE	Elasticidad piel pulso llenado capilar fontanela (lactantes)	Normal Normal <= 2 segundos Normal	El pliegue se deshace con lentitud (>2 segundos) Hundida	débil o ausente
Diagnóstico		El paciente está bien hidratado	Si tiene dos o más de estos signos, el paciente está deshidratado	Si tiene dos o más de estos signos, tiene choque hipovolémico por deshidratación

Fuente: Manual para la vigilancia epidemiológica de las ED e IRA (PRONACED-IRA)

#### 1.2.4 Manejo de Medicamentos:

Según el Manual para la vigilancia epidemiológica, el uso de antimicrobianos no ha de ser rutina al tratar los casos de diarrea, su indicación se reduce a las siguientes condiciones que se desglosan en el cuadro No. 12:

- a) Cuando existe moco y sangre en las evacuaciones (disentería) y estado tóxico, (probable shigelosis), se recomienda como antibiótico de primera elección la ampicilina a dosis de 100 mg. por cada kilogramo de peso para 24 horas dividida en tomas cada 6 horas (vía oral) durante 10 días y como antibiótico de segunda elección el Trimetoprim con sulfatemetoxazol (vía oral), a dosis de 10 y 50 mg. por cada kilo de peso cada 24 horas, fraccionado en 2 tomas diarias durante 10 días.
- b) Cuando la disentería ocurre sin estado tóxico y se sospecha la presencia de amibiasis se recomienda el uso de Metronidazol por vía oral, con dosis de 40 mg. Por cada kilogramo de peso, asociado a diiodohidroxiquinoleina (vía oral) en dosis de 30 mg. En tomas cada 12 horas durante 10 días.

**Cuadro No 12 Tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas (ED)**

Presentación de la diarrea	Tratamiento
Sin deshidratación	Plan A de THO
Algún grado de deshidratación (sin contraindicaciones de la vía oral ni choque hipovolémico)	Plan B de THO
Disentería amibiana	Metronidazol
Disentería bacteriana (Shigellosis)	Trimetoprim-Sulfametoxazol (TMP-SMZ) o Ampicilina
Giardiasis	Metronidazol o Furazolidona
Cólera	Doxiciclina o Furazolidona o TMP-SMZ
Intolerancia a disacáridos	Seno materno o leche entera a dilución normal o fórmulas de soya
Intolerancia a proteínas de leche de vaca	Fórmulas de soya

Fuente: SSA, PRONACED, *Guía para el tratamiento del niño con enfermedad diarreica y de paciente con cólera*, en Dohi-Fujii, Bertha y Godoy Olvera, Luisa María "Tratamiento ambulatorio e intrahospitalario de la enfermedad diarreica en los niños". *Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora*, Año X, Vol. 10, No. 1, México, 1993, p 21.

Recientes estudios<sup>103</sup> en la ciudad de Hermosillo, han encontrado que entre los parásitos, el que se presenta con mayor frecuencia es la *Giardia*, 53.7% en la muestra. En la misma ciudad, la mayor presencia es la *Hymenolepis nana*. Se

<sup>103</sup> Cuamea Navarro Fabiola. *Efecto de Giardia intestinalis sobre la absorción de carbohidratos en niños*. Tesis de Maestría en Ciencias, especialidad en Nutrición y Alimentos del Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. Hermosillo, 1996.

menciona que la *Giardia* es el protozoo más frecuente, sobre todo en niños preescolares, escolares y lactantes.<sup>104</sup>

En clima tan caliente como el de Hermosillo, las infecciones bacterianas se presentan con mayor frecuencia en el verano, pero en los meses fríos del año se presentan condiciones propicias para la diarrea por *rotavirus*, los cuales son señalados como probable causa principal de la mortalidad durante los meses de frío. No se encontró información sobre diagnóstico que hayan sido basados en exámenes químicos pertinentes en la zona de estudio.<sup>105</sup>

## **2. Condiciones de vida y las ED**

El estado de Sonora tiene una población total de 2 085 536 habitantes, en el municipio Hermosillo viven 559 114 personas, es decir el 26.81% de la población total del estado. En este municipio, habitan 66 078 niños menores de cinco años que corresponden al 11.81% de la población del municipio.<sup>106</sup> Es en este rango de edad en el que se encuentra el grupo de mayor riesgo de mortalidad por enfermedades diarreicas.

### **2.1 Población y salarios**

A pesar de que en el estado de Sonora se han mantenido estándares de vida altos, comparados con otras regiones del país, las ED siguen representando la tercera causa de mortalidad en menores de cinco años

Los indicadores del crecimiento macroeconómico en el estado, muestran crecimiento positivo que no ha sido suficiente para abatir de manera significativa las tasas de morbilidad por ED ya que a pesar del crecimiento económico, existen problemas en la distribución de los beneficios generados, lo cual repercute en las condiciones de vida de la población.<sup>107</sup>

Según el estudio de Grijalva, los salarios nominales<sup>108</sup> se han incrementado durante la última década en Sonora, pero si se establece como referencia, al salario mínimo de 1980, los salarios reales<sup>109</sup> muestran un fuerte incremento en el

<sup>104</sup> Gómez Rivera, Norberto, et. al. "Helmintiasis en los niños. Informe de 543 casos", *Boletín clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora*. Hermosillo, año XIII, vol. 13, No. 1, 1996, p.30-34.

<sup>105</sup> PRONACED-IRA. *Boletín Bimestral*. Vol 1; Año 1, Noviembre-Diciembre, México 1995.

<sup>106</sup> INEGI. *Conteo de Población y vivienda 1995, Resultados definitivos tabulados básicos de Sonora*. INEGI 1995.

<sup>107</sup> Grijalva Monteverde, Gabriela Op. Cit., p.27

<sup>108</sup> Es decir, la cantidad de bienes y servicios que pueden comprar los salarios. Véase al respecto a Seldon, Arthur y Pennance, F.G. *Diccionario de economía*, col. libros de economía oikos, Barcelona, 1980, p.495.

<sup>109</sup> Los salarios reales son los salarios monetarios ajustados al valor del dinero, para que muestren los cambios en la cantidad de bienes y servicios que pueden comprar. Expresándolos en forma de índice, los salarios reales se calculan dividiendo un índice de salarios monetarios por un



número de personas ocupadas que ganan menos de 1.15 veces el salario mínimo. En 1980 eran 49,208 personas, mientras que para 1990 lo ganaron 77,226. Esta evolución negativa en los ingresos reales fue generalizada en los diferentes tipos de actividad económica.

Durante la década de los ochenta las familias sonorenses sin ingreso suficiente para adquirir la canasta de alimentos, a las cuales se les considera en pobreza extrema<sup>110</sup>, eran un 7.43% del total. La mayor parte de esta pobreza extrema se ubicó en la Sierra Baja y en la Sierra para esas fechas.

En los noventa, la pobreza extrema se incrementó a 11.66%, lo que significó un aumento del 57% en las familias sonorenses en pobreza extrema.<sup>111</sup> En el municipio de Hermosillo el número de personas en pobreza extrema aumentó en un 50%.

En cuanto a la población pobre (los pobres extremos más los pobres moderados), los incrementos fueron sin precedentes: en 1980 comprendían al 13% de las familias sonorenses, pero para 1990 esta cifra aumentó al 50%. En Hermosillo esto significó un crecimiento del 8% de individuos en pobreza en 1980 al 42% en 1990.

## 2.2 Vivienda y servicios

El crecimiento de las necesidades de vivienda de las familias de escasos recursos, fue encontrando una solución en las invasiones urbanas. En Hermosillo, gran parte de esta población se fue apropiando de los terrenos del norte de la

---

índice de precios obteniendo un índice de salarios a precios constantes. Se miden las variaciones entre períodos a los mismos precios, considerando los aumentos en los precios durante en el tiempo considerado.

<sup>110</sup> Véase Camberos C., Mario , et al. " La pobreza en Sonora: Los límites a la modernización" . *Estudios Sociales*, 1994, Vol. V ( 9), p.168-193

En este texto se desarrolla la discusión sobre cómo definir la pobreza ya que éste un fenómeno que puede ser estudiado desde diferentes ángulos. Camberos señala que para el Instituto Nacional de la Nutrición, la pobreza sería la situación en que se encuentran aquellos individuos cuya ingesta les proporcione una cantidad de nutrientes por debajo del mínimo. Otra forma es el método de necesidades básicas insatisfechas, el cual consiste en verificar si cumplen o no con algunas necesidades (vivienda, agua potable, drenaje, energía eléctrica, alfabetismo, nivel de educación de los adultos). La pobreza se define con este criterio como la condición en la que se encuentran los individuos o familias con una o más de estas necesidades insatisfechas. Una manera indirecta de identificar a los pobres es en base al método de líneas de pobreza, definida como el costo monetario de la canasta integrada por alimentos con los mínimos nutricionales, más costos de preparación, más costos de vivienda, salud, educación mobiliario, cuidado personal, transporte, ropa, calzado, cultura y recreación. En base a este criterio, son pobres los individuos que consuman o tengan un ingreso inferior a la línea de pobreza establecida. Cuando no hay lo suficiente para cubrir los costos de alimentación se habla de línea de pobreza extrema.

<sup>111</sup> Idem., p.168-193

ciudad. Especialmente a partir de la década de los setenta<sup>112</sup> la invasión urbana de grandes lotes baldíos constituyó la estrategia de muchas familias de escasos recursos para obtener un lugar en la ciudad en donde construir su vivienda.

Las condiciones de vida de estos nuevos asentamientos se caracterizaron principalmente por su pobreza, ya que los colonos vivieron los primeros meses o años sin recursos básicos como agua, electricidad y drenaje. Aun en la actualidad, existen familias en la zona que no conectan su vivienda al sistema de drenaje ya instalado en las calles.

Las colonias en donde se realizó este trabajo, tuvieron su origen en diferentes invasiones y en algunas de ellas, la propiedad fue regularizada diez años después. La más reciente es la colonia Solidaridad, la cual aun no cuenta con drenaje en las nuevas etapas, aunque ya tiene servicio eléctrico y agua. Ninguna está pavimentada a excepción de algunas de sus calles principales, lo que la convierte en una zona polvosa, problema que ha sido señalado ya hace tiempo como uno de los principales factores generadores de problemas de salud pública; otro ha sido su cercanía con el basurero municipal, clausurado el verano de este año (1997).

### 2.3 Servicios de salud en la zona de estudio

En la zona norte de Hermosillo, se encuentran ubicados hospitales de tercer nivel de la Secretaría de Salud (el Hospital Infantil del Estado) y del IMSS, hospitales generales del ISSSTE y del ejército, la base norte de la Cruz Roja. Todos estos servicios, a la población que vive en la zona de estudio y que mayoritariamente utiliza el transporte público, le quedan a 30 o 40 minutos de distancia.

Más cercanos a la población estudiada, se encuentra el Centro de Salud "Lomas de Madrid", el Comité de Desarrollo Comunitario de la colonia Eusebio Kino (CDCEK), así como servicios de consulta médica particular.

En 1984 se fundó el CDCEK en la zona de estudio que inició como el primer servicio de salud en la colonia Eusebio Kino. Un grupo de mujeres preocupadas por la salud de sus hijos, se formaron como promotoras de salud con el acompañamiento del Patronato de Medicina Social Comunitaria, A.C. de Tijuana y que los apoyó durante casi dos años. Desde entonces, el grupo ha ido cambiando

---

<sup>112</sup> Información de prensa analizada durante el Taller de Investigación de Problemas Sociales: Vivienda, durante el tercer semestre de la Licenciatura de Trabajo Social de la Universidad de Sonora, coordinado por Maren Von deer Borch, Ma. Del Carmen Castro y Cecilia Navarro, septiembre de 1990 a enero 1991. La información se basa principalmente en el periódico El Imparcial.

y el uso del espacio físico que construyeron con sus propias manos, ha pasado por diferentes etapas.<sup>113</sup>

Durante los primeros años se realizaban continuamente visitas a las casas. En el terreno que les fue asignado se pesaban y medían los niños, llegando a formar un grupo de madres que trabajaba para evitar la desnutrición infantil, buscando apoyo en diversas instancias para mejorar la alimentación de quienes eran detectados con problemas de desnutrición; se proporcionaba consulta médica; se trabajó en la construcción de un primer cuarto con apoyo de la comunidad y del Gobierno del Estado.<sup>114</sup>

Las mujeres que participaron como promotoras, se constituyeron legalmente como asociación civil, lo cual les dio facilidad para recibir colaboraciones de diferentes instituciones (UNISON, SSA, Club de Leones, DIF, IMSS, entre otros).<sup>115</sup>

A principio de los noventa llegó el programa Mujeres en Solidaridad (MUSOL) del Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) y se formó el Comité de Mujeres en Solidaridad del CDCEK por medio del cual se obtuvo el crédito para autoconstrucción de vivienda con lo que se integraron nuevas participantes a los trabajos del comité.<sup>116</sup> Para estos años se contaba con servicios médicos privados en el local.

Desde 1996 algunos proyectos de MUSOL pasaron a la Asociación de Mujeres Sonorenses A.C. (AMUSAC), quienes tienen una Comisión Regional de Salud (CORESAL). En este mismo año se firmó el acuerdo por el cual se le otorgó en comodato parte de la infraestructura del Comité a la Secretaría de Salud, para establecer un consultorio atendido por un médico y una enfermera que da servicio a las colonias de alrededor, según la reorganización del Centro de Salud el área que atiende este consultorio se denomina "Sector VI".

En el CDCEK, actualmente se realizan cursos de capacitación del Instituto Nacional de Educación para Adultos, de alfabetización, primaria, secundaria y preparatoria. Tienen una cocina comunitaria, una lavandería, se cuenta con los servicios de un dentista particular y pediatra que durante las mañanas trabaja para el consultorio del Centro Lomas de Madrid y por las tardes como médico privado. Se apoya a los jóvenes con servicios de psicología y se continúan los programas de crédito para vivienda.

---

<sup>113</sup>La historia del grupo de promotoras de salud del Comité y la del equipo de promotores del Centro de Salud Lomas de Madrid, ha sido trabajada por Castro, María del Carmen *Participación comunitaria en salud. Estudio de casos: dos experiencias en Hermosillo, Sonora* Tesis de Maestría en Ciencias Sociales : Estudios Regionales de El Colegio de Sonora, Hermosillo, 1996.

<sup>114</sup> Idem. p.200

<sup>115</sup> Idem.

<sup>116</sup> Idem.

En cuanto los trabajos de educación para la salud, se apoyó las consultas y campañas promovidas por el Centro de Salud, hay dos promotoras que prestan sus servicios diariamente en el consultorio y se encargan de la promoción en salud.

A partir de 1996, la población de las colonias Jacinto López, Eusebio Kino, Carmen Serdán, Solidaridad I etapa y Miguel Hidalgo que requiera servicios del Centro de Salud, acude al "Centro Comunitario Eusebio Kino". Se prestan ahí servicios de consulta general, vacunación, planificación familiar, distribución de medicamento, así como trabajo de promoción comunitaria en salud.

El Centro de Salud pertenece a la Jurisdicción Sanitaria No. I de la Secretaría de Salud Pública en el Estado,<sup>117</sup> es uno de los siete Centros de Salud de la ciudad de Hermosillo y se encuentra en el norte de la ciudad, en la colonia Lomas de Madrid. En 1990 se escogió a la Jurisdicción I para organizarla conforme el modelo de sistemas locales de salud (SILOS),<sup>118</sup> de la Organización Mundial de la Salud y ese mismo año, inicia sus actividades el Centro de Salud, para atender a la población del norte de la ciudad.

De acuerdo al diagnóstico de salud concluido en enero de 1996, el Centro Lomas de Madrid tiene en su área de influencia 139,905 habitantes, de los cuales el 43.2% es población abierta ( 60,439). En abril de 1990 contaba con 23,732 habitantes de población abierta, lo cual representa un incremento porcentual anual del 51%.<sup>119</sup>

El área de influencia del Centro de Salud se divide en siete sectores formados en su totalidad por 50 colonias, siendo los sectores VI y VII los que han crecido de manera importante en los últimos tres años, trayendo consigo las necesidades

---

<sup>117</sup> Las jurisdicciones sanitarias son áreas geográficas que delimita la Secretaría de Salud de acuerdo con su infraestructura para prestar servicios de salud. Sonora se divide en 5 jurisdicciones actualmente, la Jurisdicción I incluye el municipio de Hermosillo junto con 34 municipios más que llegan hasta la frontera con Chihuahua. Para mayor información sobre la Jurisdicción I, véase información sobre la jurisdicción I en Castro, Ma. Del Carmen Op. Cit., p. 130 y mapa en anexos.

<sup>118</sup> La OMS, define los SILOS como "...conjunto de recursos de salud interrelacionados y organizados mediante un criterio geográfico-poblacional, en zonas urbanas y rurales, diseñados a partir de las necesidades de la población en términos de riesgos y asumiendo la responsabilidad de la atención de los individuos, las familias y los grupos sociales y el ambiente, con capacidad de coordinar los recursos disponibles, sectoriales y extrasectoriales, facilitar la participación social y contribuir al desarrollo del sistema nacional de salud..." véase la compilación de OPS *Sistemas locales de salud; conceptos, métodos y experiencias*, OPS . Publicación. Científica 519, 1990.

<sup>119</sup> Secretaría de Salud Pública, Jurisdicción Sanitaria No. I, Centro de Salud Lomas de Madrid. *Información elemental sobre módulos ubicados en la Col. Eusebio Kino y Solidaridad* documento elaborado con datos del muestreo realizado en 1995.

de servicios básicos requeridos por una población que en su mayoría son familias jóvenes.

El Sector VI está limitado al norte por la calle de Tecoripa , Mazatán al sur, Av. Reforma al este y Boulevard Solidaridad (la Noroeste) al oeste. Comprende las colonias Jacinto López, Eusebio Kino, Carmen Serdán, Solidaridad y Miguel Hidalgo. Tiene una población estimada de 15,576 habitantes.<sup>120</sup>

En el convenio establecido con el CDCEK, la Secretaría de Salud se comprometió a proporcionar personal médico y paramédico debidamente capacitado, equipo e instrumental adecuado, para brindar en forma continua y permanente servicios médicos de consulta externa para la prevención, atención y curación de la población usuaria.

Los servicios médicos de consulta externa y la implementación de programas preventivos son: detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario, hipertensión arterial, diabetes mellitus, fiebre reumática, prevención y control de la tuberculosis, lepra, inmunizaciones, farmacodependencia, entre otras.

Desde antes del convenio, el Centro Comunitario era ya Centro distribuidor de sobres de Vida Suero Oral. las promotoras participaban en los llamados Grupo Especial para la Prevención de las Enfermedades Infecciosas (GPEI), los cuales son brigadas que al inicio de la temporada de calor de 1996 realizaron visitas casa por casa con información general a las madres de familia sobre diferentes temas.

También participaron en los llamados Tianguis de la Salud que llevan servicios de consulta a las colonias de Hermosillo, cuando se realizaron en las colonias cercanas.

Una de las promotoras de salud del Comité de Desarrollo Comunitario pasó a ser parte de la estructura de promotores recibiendo ingresos del Centro de Salud, a la par que continúa con el registro para el CDCEK de las consultas y servicios prestados, es responsable de la limpieza del local y de las actividades de promoción coordinadas con el Centro de Salud.

Respecto a otro tipo de recursos o servicios de salud en la zona, no se cuenta con información respecto al número de sobadoras u otros curadores "tradicionales". Fue posible entrevistar a dos de ellas durante el tiempo de la investigación, pero se pudo constatar que existen varias sobadoras profesionales o bien, mamás que saben sobar, a quienes acuden otras madres.

---

<sup>120</sup> Idem.

## **CAPITULO IV: LA CARRERA DEL ENFERMO Y SU ATENCIÓN POR LAS MADRES**

### **1. Descripción de la zona y población de estudio**

En este capítulo se describe, en un primer momento, a la población estudiada en base a la información recabada por medio de una encuesta aplicada a 37 madres que viven en cinco colonias (Jacinto López, Eusebio Kino, Carmen Serdán, Solidaridad I etapa y Miguel Hidalgo), ubicadas en el norte de la ciudad de Hermosillo y que llevaron a sus hijos al CDCEK por presentar algún tipo de enfermedades diarreicas, durante el período que comprende el estudio.

En un segundo momento se reconstruyen las carreras del enfermo en base a la información de diez entrevistas no estructuradas que se aplicaron a madres que formaban parte del grupo encuestado, una breve porción de las mismas se reproduce textualmente para ilustrar la forma en que se recabó la información. Las carreras incluyen el diagnóstico, tratamiento (hidratación, alimentación, medicinas) y valoración que hacen las madres y los curadores. También se identificaron los principales medicamentos alopáticos y herbolarios mencionados.

#### **1.1 Descripción de la zona: urbanización, características generales, servicios públicos**

Las madres que fueron encuestas tienen en promedio seis años de vivir en esta zona, en la mayoría de los casos (62%) al llegar a la colonia ya se contaba con los servicios de agua, luz y drenaje, mientras que un 38% se establecieron desde la formación de la colonia y vivieron el proceso de introducción de servicios.

En el caso del drenaje, este proceso no ha concluido ya que existe drenaje instalado en la calle, más no la conexión a las viviendas en un 30% de las viviendas. Además de que colonias aledañas, tales como las nuevas etapas de Solidaridad, aún no cuentan con el servicio, lo cual tiene fuertes implicaciones en la difusión del las EDA.

En cuanto el servicio de agua potable, un 38% de las familias cuenta con el servicio fuera de la vivienda, en el patio. Considerando que el manejo del agua no siempre es el adecuado y por otra parte, tanto la falta de cobertura de drenaje en la zona y lugares aledaños, como la carencia de pavimento en la mayor parte de las calles (el 83% de las viviendas de las familias entrevistadas están ubicada

en ellas) de estas colonias, se convierten en condiciones de vida que propician las EDA.

El servicio de recolección de basura es constante y puntual la mayor parte del tiempo, el municipio recoge los desechos dos veces por semana pero, hasta julio de 1997, el basurero municipal que funcionó durante 20 años, era a cielo abierto y se ubicaba a dos o tres kilómetros de la zona estudiada.

La electricidad es el servicio que tiene mayor cobertura. En todas las casas de las madres encuestadas se cuenta con luz eléctrica. En cuanto a los aparatos eléctricos que se relacionan con la conservación de los alimentos, el 72% de las familias contaba con refrigerador y cooler. Debido a las altas temperaturas que se alcanzan durante la mayor parte del año (mayores de 42 grados centígrados, con máximas de hasta 50 en verano), se considera que al no contar con ellos, se propicia la descomposición de los alimentos y con ello las EDA. Los alimentos son preparados en la totalidad de las viviendas regularmente utilizando cocinas de gas butano.

En cuanto a servicios médico, el 46% de las encuestadas señaló tener servicio médico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), pero acuden con mayor frecuencia a la clínica ubicada en el CDCEK argumentando la cercanía a sus viviendas, la facilidad para sacar ficha y la rapidez del servicio. Otros servicios mencionados por las madres, a los que también acude con regularidad son el Centro de Salud Lomas de Madrid, el Hospital Infantil del Estado y el Hospital General.

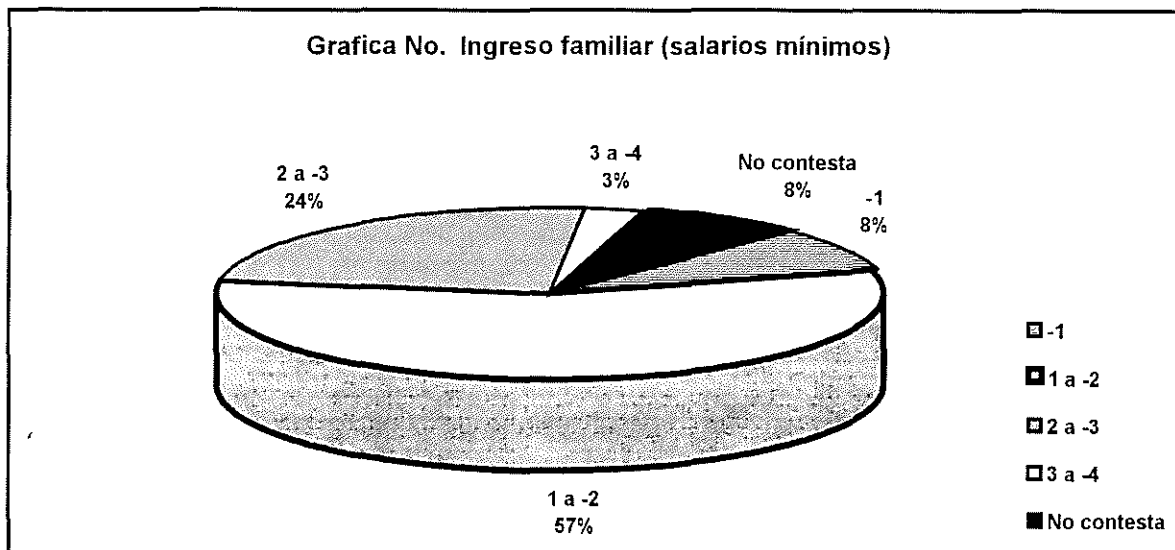
## 1.2 Cómo son y cómo viven las familias

Las madres entrevistadas pertenecen en su mayoría a familias nucleares (79%), un 19% son extensas y 2% monoparentales. Su número de integrantes promedio es de cinco personas y por lo general están conformadas por ambos padres y hasta tres hijos (87%) , presentándose un 2% de casos extremos que tienen hasta siete hijos.

El ingreso familiar incide directamente en las condiciones de vida que se vinculan a la presencia y gravedad de las enfermedades diarreicas. Su impacto en la calidad de la vivienda y nutrición de la población hace que se le considere como uno de los principales indicadores relacionados con las EDA.

En el caso de las familias encuestadas, el 57% de los casos recibe entre uno y dos salarios mínimos<sup>121</sup>. El 8% recibió menos de un salario mínimo mensual y 2.7% recibieron entre 3 y 4 . (Gráfica No. 1)

<sup>121</sup> El salario mínimo en enero de 1997, en Hermosillo fue de 24.5 pesos diarios.



Fuente: Encuesta

Las casas en las que habitan constan, en promedio con dos cuartos en total. Considerando el número de moradores, se encontró que el índice de hacinamiento se observa en el 54% de las familias <sup>122</sup>.

De los materiales de construcción que se relacionan con las EDA se encontró que un 13% de las madres viven en casas que tienen piso de tierra, así como paredes y techos de lámina de cartón, son las que viven en condiciones más precarias del grupo encuestado. La mayoría (70.5%) tiene pisos de cemento y en algunas ocasiones de mosaico.

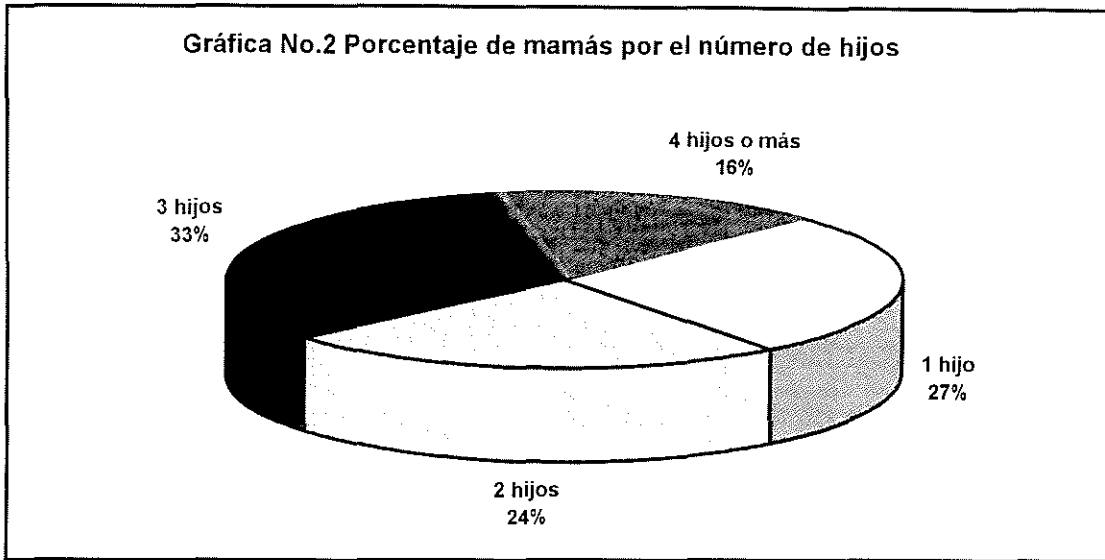
Los techos del 73% de las viviendas son de cemento, en el resto son de cartón o madera. El 83% de las viviendas tienen paredes de block o ladrillo como material predominante.

### 1.3 Características generales de las madres

Las madres tienen un promedio de 28 años y el 46% de ellas son originarias de Hermosillo. El 73% ha tenido experiencias previas con EDA ya que tienen dos niños o más. (Gráfica No. 2)

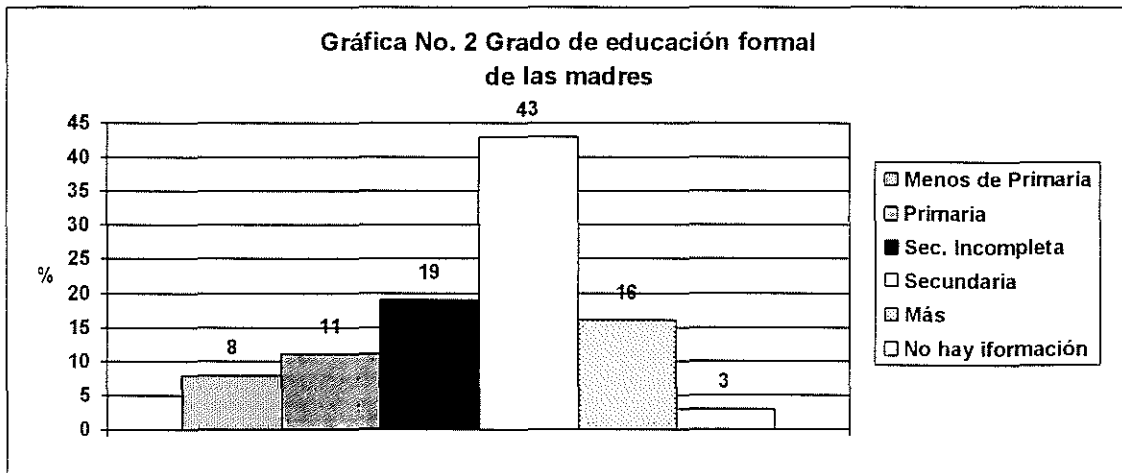
<sup>122</sup> Considerando como hacinadas a las familias en las que duermen más de tres personas en un cuarto





Fuente: encuesta

Entre las condiciones de vida que se encuentran relacionadas con la presencia de EDA, se hace énfasis en los niveles educativos de las madres, entre los casos estudiados, encontramos un promedio de ocho años de estudio que es elevado a comparación de la media nacional y estatal. Se encontró que el 43% de las madres terminó la educación secundaria. (Gráfica No.2).



Fuente: encuesta



## **2. Las carreras del enfermo: experiencias estudiadas**

La carrera del enfermo de cada caso, fue reconstruida básicamente a partir del discurso de las madres sobre experiencias de casos de EDA.

No se ordena la información cronológicamente en cuanto a los pasos llevados a cabo en la atención de las EDA por las madres, es decir, los diagnósticos y tratamientos que se narran, en ocasiones se dan de manera simultánea. Se pretende dar una idea de lo que fue para las madres de familia el tratamiento de las enfermedades diarreicas.

En algunos casos se contó con mayor precisión de la información, sobre todo si se pudo localizar el expediente de la consulta en el cual se detalla el diagnóstico médico y tratamiento. En los casos en donde esto no fue posible, se contó con la información proporcionada por las madres sobre el diagnóstico y tratamiento de los curadores, pero no se buscó la precisión del tratamiento médico utilizado, sino las representaciones que quedaron en la madre en relación a ellos.

### **2.1 Descripción general**

El cuadro No. 13 presenta los datos generales sobre los episodios de EDA presentados por diez niños, cuyas madres fueron entrevistadas. Cada episodio, así como los datos generales de cada niño se describen más adelante con mayor detalle.

En el cuadro se puede observar que de las 18 carreras del enfermo la madre diagnostica y trata las enfermedades diarreicas en el hogar en todos los casos. Sus diagnósticos (tanto de las carreras descritas como en sus referencias a casos previos) se refieren a enfermedades "tradicionales", como parte de las carreras del enfermo, el diagnóstico que parte de padecimientos "tradicionales" se observó en diez de los casos.

En el diagnóstico materno también se pueden observar que señalan infecciones o causas biológicas en su clasificación de las EDA en once casos, en cinco de los cuales se menciona al mismo tiempo al empacho como diagnóstico.

Cuadro No. 13 Concentrado de información sobre Carreras del Enfermo

Nombre	Fecha	Edad	Duración (días)	Dx. <sup>(1)</sup> materno	Dx. <sup>(1)</sup> médico	Dx. <sup>(1)</sup> sobadora	No. veces cada niño
Alejandra	agosto 96	5 días	15	Caída de mollera	GEA <sup>(2)</sup>	Caída de mollera	1
Arturo	enero 96	1 año, 6 meses	5	Infección	GEA		1
Gabriel	febrero 97	1 año	30	Susto	Parásitos	Susto viejo	1
Gilda	enero 97	3 años	8	Infección-empacho	Infección	Empacho	1
Irene	noviem. 96	5 meses	3	Diarrea de dientes	Infección	Diarrea de dientes	2
	marzo 97	8 meses	9	Caída de mollera e infección	GEA y faringitis	Caída de mollera	
Lauro	abril 96	1 año	2	infección	IRA <sup>(3)</sup>	Empacho	2
	diciembre 96	1 año 7 meses	5	Infección-empacho	Faringitis		
Norberto	febrero 97	6 meses	12	infección-amibas	GEA		1
Camilo	noviem. 96	1 año	6	infección-empacho	GEA e IRA	Empacho	1
Mario	agosto 96	4 años	3	diarrea por calor			1
Delia	septiem. 95	6 meses	3	infección-empacho	Infección	Empacho-infección	7
	noviem. 95	8 meses	10	Diarrea por animales	Parásitos	Animales	
	abril 96	1 año	13	Animales-caída de la mollera		Empacho-Caída de mollera	
	diciem. 96	1 año 8 meses	14	Infección	GEA e IRA	Animales	
	enero 97	1 año 10 meses	14	Infección	Infección	Empacho y susto	
	febrero 97	1 año 11 meses	4	Infección	Infección		
	marzo 97	1 año 12 meses	7	Diarrea de dientes			

(1) DX : diagnóstico

(2) GEA: Gastroenteritis aguda

(3) IRA: Infecciones respiratorias agudas

## 2.2 Presentación por niño (a) de las carreras del enfermo

**Nombre:** Alejandra

**Edad cuando se presentó la enfermedad:** 5 días de nacida.

**Duración de la enfermedad :** 15 días

**Fecha:** agosto 1996

**Curador profesional:** médico y sobadora

Alejandra vive con sus padres y dos hermanos en una familia nuclear. El hijo mayor tiene 6 años, la segunda tres y Alejandra, que es la menor, seis meses de edad. Alejandra se enfermó de diarrea cuando tenía cinco días de nacida y estuvo enferma durante quince días en el mes de agosto de 1996.

La mamá de Alejandra es ama de casa, tiene 23 años de edad, nació en Hermosillo y estudió comercio después de terminar la secundaria. Su abuela materna es de Culiacán, se vinieron a Hermosillo hace 26 años. El papá, de 24 años, es originario de Culiacán, al igual que la abuela paterna; estudió hasta sexto de primaria y ahora trabaja en un rancho (propiedad de él y sus hermanos), como ganadero y agricultor. El salario familiar varía mucho, en promedio reciben cerca de dos salarios mínimos. No tiene servicios médicos de la Seguridad Social y por lo regular acuden al HIES y al CDCEK cuando requieren de algún tipo de atención médica.

Hace tres años que viven en su dirección actual, la casa tiene cinco cuartos, el agua está conectada en el interior de la vivienda y cuentan con baño al interior, su vivienda está conectada al drenaje. Cuentan con aparatos eléctricos relacionados con la conservación de los alimentos tales como refrigerador, cooler y ventilador. Los materiales de construcción de la vivienda son paredes de ladrillo, piso de mosaico, techo de cemento. La calle no está pavimentada.

En el expediente del Centro de Salud se señala que Alejandra asistió a consulta el 2 de septiembre de 1993 y regresó a control de gastroenteritis al día siguiente.

Su madre refirió haber tenido experiencias con sus otros hijos de enfermedades diarreicas por empacho y caída de la mollera.

P: Antes de llevarla al doctor, ¿le diste algo en la casa?

R Pues a mí lo que me dijeron que le diera fue un té que me dijo mi hermana, de ese que huele bien bonita, albahaca, algo así, de eso me dijeron que le diera para la diarrea...

P: Ayer me comentaste que tu niña tenía la mollera caída, cómo te diste cuenta de que era eso lo que le pasaba?

R Es que vino mi tía pues y la llevé con el doctor y no se me aliviaba de la diarrea pues, con la medicina que le dio, y vino mi tía y como yo antes de que naciera me había caído, me dijo: no pos de que te caíste tú, se le cayó la mollera (a la niña).

P: ¿Aunque estaba dentro de la panza se puede caer la mollera?

R: Sí, se golpean, y como yo me caí, desde eso que estaba ahí adentro... las varillas, la mollera y todo eso.

P: ¿Nació bien?

R: Sí, nació bien, pero me dijo mi tía. No, pos que casualidad que cuando de mis otros hijos nunca les subieron las varillas (el paladar), la tuvieron que paladear y subirle la mollera.

P: ¿Entonces, recién nacidita empezó con diarrea?

R: Sí chiquita, ya cuando nació ya empezó con diarrea, y que porque no le subí las varillas, empezaron (a comentar las vecinas), porque con lo que le dio el doctor no se le quitaba, me había dicho que tenía infección, me dio el furoxona y no se aliviaba la niña de diarrea y siempre duré mucho porque me la sobaban, porque mi tía vino dos veces nada más pues, tuvo que salir y ya no me la pudo sobar y luego hasta la llevé con otra señora, pero no me gustó porque le chupaba la mollera, y ya no la volví a llevar, y no se me aliviaba y decía mi tía que ya se le estaba secando la mollera y ¡Ay! Todo el mundo, como dos o tres personas me dijeron ¡Ay! Si no hubieras traído a sobarla, se te hubiera muerto y que no sé qué. Y siempre le duró la diarrea...

P: ¿Le dieron afilel cuando estaba malita?

R: Sí yo sí lo he usado... para ver si está empachada

### **Diagnóstico y Tratamiento en el hogar:**

*Signos y Síntomas observados por la madre:* "Chapaleaba" (hacía ruido al ser amamantada), presentaba evacuaciones verdes más frecuentes de lo que había observado en sus otros hijos a esa edad, de consistencia más líquida de color verde, la niña bajó de peso, estaba muy rozada, no presentó fiebre.

*Diagnóstico materno:* infección o caída de mollera. Este diagnóstico fue sugerido por la tía abuela de Alejandra

*Causa de la enfermedad señalada por la madre:* lo atribuye a que durante el embarazo se cayó, lo cual pudo haber provocado la caída de mollera de la bebé.

*Valoración de gravedad:* la madre señaló que por la edad de la niña lo consideró grave, por eso la llevó con los curadores, (sobadora y médico). Mencionó que las vecinas le señalaron que si no la hubiera llevado a sobar, la niña podía haber fallecido.

*Tratamiento en el hogar antes de ir con algún curador:*

*Hidratación:* La tía de Alejandra, sugirió que se le diera té de albahaca y así lo hizo la madre antes de llevarlo al CDCEK.

*Alimentación:* Lactancia materna.

*Acude a curadores:* La llevó al CDCEK el dos y el tres de septiembre, dos días después de manifestarse la enfermedad. Simultáneamente Alejandra había sido llevada con la sobadora, tía abuela de ella, pero solo la sobó dos días debido a que la Sra. enfermó. La madre intentó proseguir este tratamiento “tradicional” con otra sobadora pero no le dio confianza su práctica higiénica, por lo que solo la llevó un día. Prefirió esperar a que la tía abuela la atendiera.

### **Diagnóstico y tratamiento del médico alópata:**

*Signos y Síntomas:* Entre los mencionados en los registros de los pacientes, se encuentran las evacuaciones de aspecto verde amarillento, fétidas, sin moco, exploración afebril, bien hidratada, abdomen con peritoneo alto, .

*Diagnóstico:* En los expedientes se señala como diagnóstico gastroenteritis aguda (GEA). La madre de Alejandra señala que el diagnóstico del médico fue infección, y el médico señaló como posible causa de la enfermedad, el haberle dado agua no purificada (la madre asegura que fue agua hervida).

*Tratamiento:* Le recetó el antimicrobiano Furoxona<sup>123</sup>, “Vida Suero Oral” (VSO) y la citó para el día siguiente a control.

*Visita de control:*

*Signos y Síntomas:* El tres de septiembre presenta heces líquidas y se observó a la niña bien hidratada.

*Diagnóstico y Tratamiento:* El diagnóstico fue gastroenteritis aguda, en esta segunda consulta, el médico le recomendó que la alimentación de la niña sólo incluyera la leche materna que no le diera agua o té, sino suero.

*Tratamiento en el hogar:* La madre le dio tres días la Furoxona), pero lo interrumpió cuando empezaron a sobar a la niña el tercer día de enferma. No siguió las indicaciones de hidratación con VSO pero continuó con la lactancia.

---

<sup>123</sup> La Furoxona (gotas) es una suspensión pediátrica antidiarreico y bactericida del tracto gastrointestinal específico, contiene furazolidona, caolín y pectina según el PLM *Diccionario de especialidades farmacéuticas* PLM, México, 1992 p. 511-513

### Diagnóstico y tratamiento de la(s) sobadora(s):

#### Sobadora familiar:

*Signos y síntomas:* La niña chapaleaba cuando comía, el color de las evacuaciones era verde, comía y no subía de peso, la sobadora conocía el antecedente de que la madre se había caído durante el embarazo.

*Diagnóstico:* Caída de mollera

*Tratamiento:* Al mismo tiempo que la madre de Alejandra la llevó al CDCEK, siguió los consejos de su tía sobre la caída de mollera y le pidió que la sobara. La sobadora familiar se enfermó y sólo pudo ir dos días seguidos, por lo que el tratamiento no pudo ser concluido (son tres días ).

Durante dos días por la mañana, en ayuno, su tía abuela la paladeó<sup>124</sup> : después de lavarse las manos, empujó con el dedo el paladar de manera suave. Le puso aceite de comer en la mollera y le sobó ahí. Después la envolvió en una manta (para que no se fuera a asustar), la puso con la cabeza hacia abajo y en esa posición le dio tres golpecitos en las plantas de los pies. Después de sobarla la madre esperaba 15 minutos para amamantarla y no la podía bañar hasta el siguiente día, antes del tratamiento.

#### *Sobadora profesional:*

*Diagnóstico:* caída de mollera.

*Tratamiento:* La madre describe que la sobadora le echó sal en la mollera a la niña, la paladeó sin haberse lavado las manos. Luego, la sobadora le chupó la mollera teniendo agua en la boca. Este tratamiento sólo se practicó un día, porque la madre, al contarle a la tía abuela, ésta le dijo que el chupar la mollera era peligroso. Por otra parte, ña madre señaló la falta de higiene por lo que decidió no continuar el tratamiento con la sobadora profesional y esperó a la familiar.

#### *Sobadora familiar :*

*Diagnóstico:* La segunda ocasión que la vio, señaló que se le estaba "secando la mollera".<sup>125</sup>

---

<sup>124</sup> Paladear a los niños significa introducir el dedo medio o el índice por la boca, hasta tocar la parte posterior del paladar, el dedo puede estar mojado con sal o untado de aceite, una vez ubicada la zona blanda, se presiona levemente hacia arriba

<sup>125</sup> Se dice que se seca la mollera cuando tiene tiempo de haberse caído y no ha sido atendida paladeándola. Está más seca la parte del paladar que se toca ( no hay salivación suficiente por deshidratación, desde la perspectiva médica alopática).

*Tratamiento:* El tratamiento completo consistió en sobarla y paladearla 3 días consecutivos, de la forma en que se describe arriba.

**Tratamiento al que se le atribuye mayor eficacia::**

Según la madre, después de esta última sobada, la niña mejoró notablemente, por lo que se señala que fue este tratamiento el más eficaz ya que con el medicamento no observó cambios en los síntomas de manera inmediata.

*Formas de hidratación utilizadas en el hogar:* Inicialmente la madre de Alejandra le dio té de albahacar por recomendación familiar, cuando acudió al CDCEK, el médico le dio suero (VSO), se lo empezó a dar, pero la niña no lo aceptó bien y la madre argumentó que era difícil darlo, como se indica (a cucharadas para evitar el vómito) porque lo tiraba todo. Lo que le dio con más frecuencia fue Seven Up con sal en el biberón.

<p><b>Nombre:</b> Arturo</p> <p><b>Edad cuando se presentó la enfermedad:</b> 1 año 6 meses.</p> <p><b>Duración de la enfermedad:</b> 5 días</p> <p><b>Fecha:</b> enero 1996</p> <p><b>Curador profesional:</b> Médico</p>
--

Arturo tiene tres años, vive con su mamá y su hermano mayor, en una familia que es monoparental. Arturo se enfermó cuando tenía un año y medio y duró 5 días con diarrea.

La edad de la madre es de 27 años, es nacida en Hermosillo y estudió hasta tercero de secundaria. La abuela materna de Arturo es de Cumpas. Su papá proporciona parte del ingreso familiar y su mamá trabaja cosiendo ropa en su casa. El ingreso mensual promedio de la familia es de un poco más de un salario mínimo.

No cuenta con servicios médicos como derechohabiente y acude al HIES o al CDCEK.

En el período de la entrevista, Arturo tenía un año y medio de vivir en el predio, en esos días se estaban cambiando del cuarto de cartón en el que vivían, a un cuarto de ladrillo. Cuando Arturo se enfermó, todavía vivía en él de cartón. La toma de agua está en el patio, la vivienda no está conectada a la red municipal de drenaje, usan letrina y la familia cuenta con refrigerador, cooler y ventilador, aparatos eléctricos que ayudan a la conservación de los alimentos.



En el expediente del consultorio ubicado en el CDCEK se señala que la madre acudió a consulta con el niño, de un año seis meses de edad que presentaba diarrea.

La madre señala que con su hijo mayor tuvo experiencias de deshidratación y diarrea, pero que con Arturo habían sido pocas las ocasiones en que se ha enfermado así.

P: ¿Qué fue lo que hiciste aquí en la casa cuando te diste cuenta que estaba malito?  
R: Pos yo le di atole de maseca con hojas de guayaba. Sí porque al más grande con eso se le quitaba cuando andaba malo del estómago, con eso se le quitaba.  
P: ¿Cómo se lo preparas?  
R: Pues ponía agua con azúcar y canela y hojas de guayaba. Luego ya le echaba Maseca hasta que espesaba y dese se lo daba al niño y sí se lo tomaba muy bien. Todo se lo tomaba, también le daba el suero, el suero vida oral ese que dan.  
P: ¿Lo aceptó bien?  
R: Sí, sí se lo tomaba... así, sin nada, porque me decían (las vecinas) que le echara Kool aid para que lo viera él de color, pero pues no, así se lo tomaba.  
P: ¿Quién te recomendó darle el suero?  
R: Pues es lo que le daba al niño más grande, cuando iba así a con el doctor, que casi siempre era temporada así de calor pos que se deshidratan, y le daba eso.  
P: ¿Dónde compraste la medicina que te recetaron?  
R: Sabes, esa vez me dieron unos frasquitos para los animales y me lo dieron ahí en la farmacia, me los regalaron ahí, en el Centro de Salud. Porque como era, andaba la campaña de la diarrea, de la deshidratación, me pasaron con la Trabajadora Social y me dijo ella que me iban a regalar la medicina porque en eso estaban ahorita pues, combatir la diarrea pues, la deshidratación. Y me regalaron esa medicina, creo que era metronidazol.  
P: ¿Ya te habían dado los resultados de los análisis cuando te dieron medicamento?  
R: Pues me dieron la orden para análisis y me dieron de todos modos el medicamento. Cuando salió que no tenía animalitos, me dijo el doctor que no le hacía nada si le tomaba el niño, en caso de que no le salieran animales...

### **Diagnóstico y Tratamiento en el hogar:**

*Signos y Síntomas observados por la madre:* ojos hundidos, mal olor de la boca, calentura, evacuaciones líquidas y más frecuentes de lo normal (5 al día), de color amarillo, con mucosidad.

*Diagnóstico materno:* La madre de Arturo pensó que podía ser infección, mientras que su abuela sugirió que podía ser empacho, pero la madre señala que no había llevado a sus hijos de esa edad, a sobar por empacho y que si se trataba de infección no creía que se le quitaría con ese tratamiento.

*Causa de la enfermedad señalada por la madre:* Tomar agua no hervida y no lavarse las manos.

*Valoración de gravedad:* La mamá de Arturo considera que las diarreas son muy graves, pero como el niño no dejó de comer no lo consideró tan peligroso, pero

como no se le controló con el tratamiento del hogar lo llevó al médico pensando que se trataba de una infección.

*Tratamiento en el hogar antes de ir con algún curador:*

*Hidratación:* Arturo tomó Suero (VSO) y lo aceptó bien. También la madre le dio té de guayaba.

*Alimentación:* Por consejo de su madre, la mamá de Arturo le preparó un atole de maseca en el té de hojas de guayaba con azúcar y canela, dejándolo espeso, le dio también manzana, quitó alimentos con grasa.

*Acude a curadores:* Lo llevó al consultorio ubicado en el CDCEK un día después de que inició la enfermedad.

### **Diagnóstico y tratamiento del médico alópata:**

Su madre señala que lo llevó al CDCEK un día después de que inició la enfermedad, el 3 de enero, pero en los archivos se encontró registrado que el niño tenía diarrea desde cinco días antes, esta información no es congruente en el mismo registro ya que en la visita de control del día 5 se anotó que tenía dos semanas de evolución.

No es clara esta información. Se tomará en cuenta la información de la madre sobre el tiempo que duró la enfermedad.

*Signos y Síntomas:* Entre otros síntomas se menciona que presentó diarrea con 5 evacuaciones en 24 horas, sin moco, sin sangre.

*Diagnóstico:* Se señaló la presencia de un cuadro de diarrea.

*Tratamiento:* Se indicó seguir el Plan A, que consiste en hidratación oral cuando el niño no se encuentra aún deshidratado. Se le pidieron análisis de copro, y se le recetó el antiparasitario Metronidazol<sup>126</sup>.

*Tratamiento en el hogar:* El día cuatro de enero, la madre llevó a Arturo al Centro de Salud para que le hicieran los análisis y por la medicina. Le dieron el medicamento sin costo alguno debido a que estaba una campaña contra diarreas.

### *Visita médica de control síntomas registrados*

El día 5 de enero, en la visita de control, se señala que presenta evacuaciones aguadas, amarillas, sin sangre ni moco, fétidas, con estado general aceptable.

---

<sup>126</sup> Metronidazol es un amebicida, giardicida y tricomonocida (anti parasitario). Su presentación comercial es como Flagyl, así se presenta en el PLM Op. Cit. 1992 p. 481

*Diagnóstico médico en visita de control:* cuadro diarreico

*Tratamiento médico en visita de control:* Le recetó los antimicrobianos Trimetoprima y Furoxona.

*Visita médica para ver los resultados del coprocultivo:* El ocho de enero se registró que la madre acude a consulta para llevar los resultados de los análisis de copro, los cuales resultaron negativos.

*Tratamiento en el hogar:*

Arturo aceptó bien el suero (VSO), así que fue hidratado de esa manera, además de tomar el té y el atole de Maseca. En el hogar tomó Trimetoprima<sup>127</sup> y Metronidazol por siete días por indicación médica.

**Tratamiento al que se le atribuye mayor eficacia:** La mamá de Arturo señala que con el atole el suero y el medicamento se curó.

**Nombre:** Gabriel

**Edad al enfermarse:** 1 año

**Duración:** 30 días

**Fecha:** febrero 1997 -

**Curador profesional:** Médico privado, médico CDCEK, médico IMSS, sobadora.

Gabriel tiene un año de edad, vive con su papá, su mamá y una hermana de siete años como familia nuclear. Se enfermó el 4 de febrero de 1997 y el padecimiento duró cerca de un mes.

La mamá de Gabriel es de Sinaloa, tiene 26 años y estudió hasta tercero de secundaria. Su papá también es de Sinaloa, tiene 29 de edad, estudió hasta tercero de preparatoria y trabaja como mesero en un hotel. Su hermana mayor tiene siete años y está en primero de primaria. Las abuelas materna y paterna son nacidas en Sinaloa. El ingreso familiar es de un salario mínimo, tienen acceso al Instituto Mexicano del Seguro Social, pero acuden al CDCEK cuando no son emergencias, debido a que el servicio es más rápido y así no tiene que tener a sus dos hijos toda la mañana en la sala de espera.

---

<sup>127</sup> Está indicado para diarreas y enteritis causadas por una amplia diversidad de bacterias y Giardia. Su presentación comercial es el Fuxol. El tiempo de tratamiento en las enteritis y diarreas bacterianas es a juicio del médico, pero en las giardiasis se sugiere 7 días de tratamiento según el PLM, Op. Cit. p. 513

Viven en el actual domicilio desde el inicio de la colonia, hace cinco años. Ahora la casa es un cuarto largo de ladrillo y piso de cemento, con dos de madera internas entre lo que es el comedor, el dormitorio y la cocina. El agua está en el patio y la vivienda no está conectada a la red de drenaje, tienen letrina. La familia tiene cooler, no cuenta con refrigerador, el que tenía se le descompuso y lo usa para guardar cosas y comida. Las paredes del cuarto son de ladrillo y están construyendo en el patio. La calle no está pavimentada.

En el expediente del las promotoras del CDCEK y en el del Centro de Salud, se encontraron registros de casos previos de enfermedad diarreica de Gabriel, en ellos se señala que asistió a consulta por primera vez, el 13 de agosto de 1996, debido a que presentó cuadro diarreico iniciado 11 días antes. Se señala que ya estaba recibiendo tratamiento. Acudió al día siguiente a la cita de control, además con asma bronquial, y regresó el 29 de septiembre de nuevo con diarrea y bronquitis, con evacuaciones verdosas y bronquitis. El 27 de noviembre vuelve por problemas de diarrea y en el tratamiento se señala el "plan B" que incluye hidratación oral con supervisión de personal médico o paramédico.

En la entrevista, la mamá de Gabriel reconstruyó la última vez que estuvo enfermo, en esa ocasión, el cuadro diarreico inició el 4 de febrero de 1997 y terminó un mes después. Ha sido un niño con problemas frecuentes de diarrea, algunas veces con problemas bronquiales al mismo tiempo. Ha presentado casos de larga duración, como el que se describe.

P: ¿Qué fue lo que hizo aquí en la casa cuando se dio cuenta que tenía diarrea?

R: Pues lo llevé con el doctor que está ahí, cerca de ahí (CDCEK).

P: Pero, aquí en la casa no le dio nada de tectitos o alguna medicina?

R: No, lo llevé ahí porque al segundo día hizo con sangre poquito, y ya fue cuando lo llevé ahí y me dijo que tenía parásitos y le dio el primer medicamento de trimetoprima con metronidazol... Le di suero aquí antes, suero es lo que le doy.

P: ¿Quién le enseñó a usar el suero?

R: Pues he ido a varias pláticas en el jardín de niños donde estaba ella, nos daban pláticas o cuando he ido al seguro (IMSS).

P: ¿Le pone algo para mejorarle el sabor al suero?

R: No nada más hirviendo agua, sí le gusta.

P: Si viera con mi hija como batallo para que se lo tome. Que bueno que al suyo le guste.

R: Sí se lo toma, pero cuando le empezaba a dar el vaso se lo tomaba, la primera cucharada, pero después ya no lo quería, decía que quería agua y agua. Entonces sí le daba agua, del galón, con la del galón le hacía el suero y cuando ya no quería. Como desperdiciaba mucho ya no se lo hacía todo, le hacía en un vaso poquito, le echaba en el vaso y le echaba poquito y ya cuando dejaba, o sea, si no lo quería le daba agua del galón.

P: ¿Qué hace con lo que le quedaba?

R: No, cuando le daba en el vaso lo que quedaba lo tiraba.

P: Y con lo que quedaba en el sobrecito?

R: Eso sí lo guardo. Lo que le compraba últimamente eran juguitos de guayaba...

### **Diagnóstico y Tratamiento en el hogar:**

*Signos y Síntomas* observados por la madre: La madre señala que comenzó a obrar muy seguido, pero no de forma líquida, sino que podían observarse partes de la comida sin digerir, al segundo día presentó sangre en las evacuaciones. Días después notó que presentaban coloración verde.

*Diagnóstico materno:* Inicialmente pensó que podía tratarse de disentería o animales, dudó que fuera empacho, pero su diagnóstico final fue que el niño estaba asustado.

*Causa señalada por la madre:* el niño se asustó tiempo atrás.

*Valoración de gravedad:* Al evacuar con sangre, la madre se asustó y lo valoró como más grave, así que fue con un médico privada al día siguiente.

*Tratamiento en el hogar antes de ir con algún curador:*

*Hidratación:* Intentó darle suero (VSO), el niño lo rechazó y se lo dio a probar cada vez. Preparaba un poco en un vaso de agua, le daba lo que aceptaba, y después le daba agua de botellón. Le dio jugo de guayaba.

*Alimentación:*

La madre continuó amamantando al niño y le quitó de la dieta el frijol y los diferentes granos, la papa y el plátano.

*Acude a curadores:* El 6 de febrero llevó al niño con una médica privada, después de darle Trimetoprima y Metronidazol, el niño volvió a presentar diarrea por lo que lo llevó al CDCEK, ahí le dieron el mismo tratamiento, y volvió a obtener los mismos resultados, pero se le complicó con infección de vías respiratorias y estuvo hospitalizado en el IMSS, ahí le dieron el mismo tratamiento por tercera ocasión. La madre evaluó que de nuevo no funcionó, así que llevó el niño a sobar por empacho y susto. Para entonces, la madre lo veía muy mal y señala que estaba desesperada.

### **Diagnóstico y tratamiento del médico alópata privado:**

Su madre lo llevó con una médica privada el 6 de febrero de 1997 por presentar evacuaciones frecuentes y con sangre. Acudió dos días después de que inició la enfermedad.

*Diagnóstico:* parasitosis

*Tratamiento:* Le recetó el bactericida Trimetoprima y el antiparasitario Metronidazol durante siete días.

*Tratamiento del médico en el hogar.* La madre señala que siguió las indicaciones médicas. Al terminar el tratamiento, Gabriel volvió a empezar con diarrea.

*Fecha de consulta:* El 14 de febrero lo llevó al CDCEK.

*Diagnóstico:* Parasitosis. Señala que el niño tenía el estómago muy delicado, no digería bien la comida, le mandó hacer análisis.

*Tratamiento:* Le recetó el bactericida Trimetoprima y el antiparasitario Metronidazol<sup>128</sup> durante siete días.

*Tratamiento del médico en hogar.* La madre le dio el medicamento, pero no pudo hacerle los análisis por falta de recursos económicos.

*Valoración de gravedad:* Fue hospitalizado el 16 de febrero, sus padres lo llevaron a urgencias al IMSS con síntomas de infección respiratoria y diarreica. Lo internaron una noche, al día siguiente lo llevaron a su casa.

*Diagnóstico en el hospital:* Infección de vías respiratorias, anginas.

*Tratamiento en el hospital:* Le pusieron oxígeno y una inyección, la madre no da referencia de qué tipo. Le dieron otro tratamiento de Trimtoprima y Metronidazol a pesar de que la madre informó al médico que el niño ya había tomado otros tratamientos.

*Tratamiento en el hogar después del hospital :* Le continuó dando el tratamiento, pero no veía mejoría y lo volvió a llevar al IMSS. La madre refiere que le comentó al médico que ya llevaba tres tratamientos y que el niño no respondía bien. Señala que fue entonces cuando empezó a obrar verde, con sangre, estaba muy delgado, y tenía los ojos hundidos.

*Tratamiento en el hospital segunda vez:* Le recomendaron que siguiera con el tratamiento, y le dieron un jarabe de ampicilina, le pusieron una inyección de penicilina y le dieron otras dos dosis de penicilina para que se las pusieran al niño. Al no observar mejoría, la madre llevó al niño con la sobadora.

---

<sup>128</sup> En esta entrevista no quedó claro si el medicamento a que se refiere la madre es Metronidazol ya que la Trimetoprima que se distribuye por el Sector Salud, tiene impreso en la botella la leyenda de que contiene Trimetoprima y Sulfametoxazol, y aunque en el discurso materno se habla de Metronidazol, se habló de una botella similar y no se contaba en el hogar con una muestra de la misma.

### **Diagnóstico y tratamiento de la sobadora:**

*Signos y síntomas señalados por la sobadora familiar.*

La tripa se le había subido y se quedó como hecha bola en la parte superior del abdomen.

*Diagnóstico:* Susto viejo. Tenía la tripa hecha bola y esto impedía que el alimento se digiriera. La tripa se estaba secando ya. El estómago del niño se veía “sofocado” (inflamado, al darle golpecitos se oye hueco).

*Tratamiento:* Lo sobó el primer día a los lados de la bola en el abdomen. Le recetó que tomara el agua de linaza toda la tarde, y le recomendó a su mamá que le pusiera un ajo pequeñito en el ano para checar si estaba asustado, (si lo recibe se trata de susto) . El segundo día que estaba ya la tripa “destendida” señaló que cuando tienen la tripa así, necesitan dar un purgante de aceite para que se le “destienda” y entonces sí sobar, pero Gabriel no lo necesitó. Lo sobó con bicarbonato y manteca para ayudarle a disminuir gases y al terminar el tratamiento le recetó kaopectate.

*Tratamiento de la sobadora en el hogar.* La madre le estuvo dando la linaza toda la tarde e intentó ponerle el ajo, pero no lo recibió. Observó que el niño empezó a eructar muy seguido, de olor desagradable. Las evacuaciones disminuyeron pero no se le quitaron del todo, por ello lo volvió a llevar con la sobadora, ella le recetó el kaopectate y se lo dio un día. Desde entonces el niño se curó a principios de marzo.

**Tratamiento al que se le atribuye mayor eficacia:** La madre atribuye mayor eficacia al diagnóstico y tratamiento de la sobadora.

*Formas de hidratación utilizadas en el hogar:* La madre le dio al niño a probar el VSO que fue preparado sin seguir las indicaciones mencionadas en el sobre (preparó en un vaso de agua un poco de la solución que ha de verse completa en un litro de agua), en realidad el niño tomó más agua de botellón y jugo de guayaba.

**Nombre:** Gilda

**Duración de la enfermedad:** 1 semana

**Edad cuando se presentó la enfermedad:** 3 años

**Fecha:** enero 1997

**Curadores profesionales:** médico alópata, sobadora.

Gilda tiene tres años, es la segunda de tres hijas. Irene es su hermana menor, tiene 9 meses. Son parte de una familia nuclear, conformada por los padres y una hermana más grande de cinco años. Gilda se enfermó iniciando 1997 e Irene a finales de 1996.

La mamá de las niñas nació en Cananea, tiene 24 años de edad, estudió hasta tercero de secundaria. Su papá tiene 29 años, con la misma escolaridad, es de Hermosillo y trabaja como plomero. Las abuelas materna y paterna son originarias de Hermosillo.

El ingreso familiar es cercano a los dos salarios mínimos. No tienen seguro médico por el trabajo y acuden por lo general al Hospital Infantil del Estado y al CDCEK.

Hace cinco años que viven en su actual dirección. Tienen una cuarto de lámina de cartón y madera con una separación entre la cocina y el dormitorio, el piso es de tierra. La llave de agua está en el patio y afuera de la vivienda juntan agua en un recipiente sin tapadera para lavar los trastes. No se cuenta con aparatos eléctricos que ayudan a la conservar los alimentos: no cuentan con cooler, ni ventilador. La vivienda no está conectada a la red de drenaje y tienen letrina. La calle no está pavimentada.

En los registros del CDCEK se señala que Irene asistió a consulta el 5 de marzo del 1997 y el 6 y el 7 de marzo va a consulta de control por el mismo motivo. Las dos niñas han presentado problemas frecuentes de diarrea. Se reconstruyen a continuación, un caso de enfermedad diarreica, de Gilda, y dos de Irene, uno previo al registrado en el CDEK y el de la fecha indicada.

P: ¿Por qué crees que se enfermó Gilda?

R: Por el agua, yo digo que ha de ver sido por el agua, porque digo, pero el doctor dijo que era infección, me dio unos sobrecitos para lavarle el estómago, un lavado que tenía que a lo mejor había comido algo...

P: Cuando te diste cuenta de que se enfermó, ¿qué le diste aquí en la casa antes de ir con el doctor?

R: Antes de ir, le di el este cómo se dice, el metronidazol.



P: ¿Dónde habías conocido el metronidazol antes?  
R: Pues la muchacha de enseguida me dijo que era bueno para la diarrea.  
P: ¿Le diste alguna otra cosa aquí en la casa?  
R: El té de guayaba le di  
...  
P: ¿Cuánto tiempo le diste el Metronidazol?  
R: Se lo di como dos veces nomás, pero ya después fui a llevarla al doctor porque no se le quitaba.  
P: ¿Qué te dijo el doctor cuando la llevaste?  
R: Le deste, como traía infección me dijo que le diera el Trimetropin y después no recuerdo si le quitó el trimetropin y le dio el Treda...  
P: Llevaste a Gilda a sobar?  
R: Sí la llevé con una muchacha.  
P: La llevaste con el doctor primero o con ella?  
R: No primero con el doctor.  
P: Estaba tomando la Trimetoprima cuando la llevaste con ella?  
R: Sí, le ayuda, la llevé en la tarde, la llevé porque le oía el estomaguito bofo, a la mejor dije yo, anda empachada y la llevé con la muchacha.

### **Diagnóstico y Tratamiento en el hogar:**

*Signos y Síntomas observados por la madre:* Evacuaciones muy líquidas, de olor desagradable, de color verde y más frecuentes de lo normal (cinco veces), dolor en el estómago. La niña tenía calentura y se le veía el estómago inflamado.

*Diagnóstico materno:* infección en el estómago.

*Causa señalada por la madre:* Tomar agua no hervida.

*Valoración de gravedad:* No lo considera de mucha gravedad, a menos que la diarrea no se quite con algunas medidas en casa.

*Tratamiento en el hogar antes de ir con algún curador:*

*Automedicación:* Antes de ir con el médico la madre le dio a la niña Metronidazol dos veces, sin especificar la dosis.

*Hidratación:* La madre le dio té de guayaba y suero (VSO) por recomendación de la abuela.

*Alimentación:* Quitó de la dieta la naranja y dio plátano. La niña casi no quería comer.

*Acude a curadores:* Acudió al CDCEK al tercer día de iniciado el padecimiento, y por la tarde la llevó con una vecina que sabe sobar y durante tres días la niña fue sobada. Volvió al CDCEK para la cita de control pero no se encontró el registro de la consulta.

### **Diagnóstico y tratamiento del médico alópata:**

*Diagnóstico:* La madre señala que el diagnóstico médico fue infección.

*Tratamiento:* Le recetó el bactericida Trimetoprima en la primera consulta y en la segunda ocasión le dio Treda<sup>129</sup>.

*Tratamiento en el hogar:* La madre le dio el medicamento recetado, pero la niña no aceptó bien el suero (VSO).

### **Diagnóstico y tratamiento de la sobadora familiar:**

*Signos y síntomas:* El estómago se le veía inflamado (bofo) y al darle golpecitos se escucha diferente, como un ruido sordo. La niña presentaba calentura y se le sentía una bolita en el estómago.

*Diagnóstico:* empacho.

*Tratamiento:* La sobó con aceite común, le tronó<sup>130</sup> la espalda. El tratamiento fue durante tres días.

Después de 10 días la niña se curó.

### **Tratamiento al que se le atribuye mayor eficacia:**

La madre atribuye la curación a la combinación de tratamientos: señala que le ayudaron a curar el te, la sobada y el medicamento del médico.

*Formas de hidratación en el hogar:* suero (VSO) y té de guayaba.

---

<sup>129</sup> Treda es un antiséptico, antiespasmódico y astringente intestinal que contiene Neomicina, furazolidona, caolin, pectina, metilbromuro de homatropina. Está indicado para casos de gastroenteritis, enteritis, enterocolitis y diarrea aguda infantil. según el Diccionario de Especialidades Farmacéuticas (PLM) 38ª ed , México, 1992, p. 1199

<sup>130</sup> Dentro del tratamiento del empacho, cuando se soba la espalda del enfermo, se le estira la piel que se encuentra sobre la columna vertebral hasta escuchar un leve tronido que es atribuido al momento en que se desprende el empacho de donde se había pegado.

**Nombre:** Irene

**Primer caso**

**Edad a la que se presentó la enfermedad:** 5 meses

**Duración:** 3 días

**Fecha:** noviembre 1996

**Curadores profesionales:** Médico alópata y sobadora

**Diagnóstico y Tratamiento en el hogar:**

*Síntomas observados por la madre:* evacuaciones menos sólidas, no con mucha agua, pero más frecuentes que de costumbre (cuatro al día).

*Diagnóstico de la madre:* diarrea de dientes.

*Causa señalada por la madre:* Cuando están por salir los dientes aumenta la salivación, lo que les causa un poco de diarrea. La madre señaló que es posible observar la secreción al salir en las evacuaciones.

*Valoración de gravedad:* No es muy grave, se quita al salir los dientes.

*Tratamiento en el hogar antes de ir con algún curador:*

*Automedicación:* La madre le dio Metronidazol por tres días cada ocho horas o cada vez que evacuaba, por indicación de una vecina.

*Hidratación:* Té de guayaba y agua. Intentó darle suero pero no lo aceptó.

*Alimentación:* Lactancia materna, fruta, sopas, papillas, Gerber.

*Acude a curadores:* La llevó de manera simultánea al médico y a sobar, desde el día siguiente a que inició la enfermedad.

**Diagnóstico y tratamiento del médico alópata:**

Su madre la llevó al Centro de Desarrollo Comunitario de la Eusebio Kino el 2 de septiembre por presentar diarrea, al día siguiente de que inició la enfermedad.

*Diagnóstico:* infección.

*Tratamiento:* Le recetó Metronidazol, suero (VSO) y recomendó que la siguiera amamantando, que no le diera agua ya que con la lactancia era suficiente.

*Tratamiento en el hogar:* Le dio Metronidazol tres días. No le pudo dar el suero porque la niña no lo aceptó, pero le siguió dando el té de guayaba y agua hervida de vez en cuando.

**Diagnóstico y tratamiento de la sobadora:**

*Diagnóstico:* Diarrea de los dientes.

*Tratamiento:* Sobó a la niña en el estómago y la espalda durante tres días en ayuno.

*Formas de hidratación en el hogar:* Té de guayaba y agua hervida.

**Tratamiento al que se le atribuye mayor eficacia:;**

La madre señala que debido a que era por los dientes, en realidad la curación se dio cuando acabaron de salirle. Pero el medicamento y la sobada le ayudaron.

***Nombre:*** Irene

**Segundo caso**

***Edad a la que se presentó la enfermedad:*** 8 meses

***Duración:*** 9 días

***Fecha:*** marzo 1997

***Curador Profesional:***

**Diagnóstico y Tratamiento en el hogar:**

*Signos y Síntomas* observados por la madre: Evacuaciones muy líquidas y en número mucho mayor que el normal (de siete a ocho diarias). Dejó de comer, un día no quiso probar ni leche materna, bajó un kilo de peso . La mollera no le latía.

*Diagnóstico materno:* caída de mollera.

*Causa señalada por la madre:* producida por una caída de la niña.

*Valoración de gravedad:* La madre consideró que la diarrea era muy grave.

*Tratamiento en el hogar antes de ir con algún curador:*

*Hidratación:* Té de guayaba, suero (VSO), pero Irene no lo aceptó bien.

*Alimentación:* Continuó con la lactancia materna, eliminó naranja, le dio más plátano.

*Acude a curadores:* La madre refiere que fue con el médico del CDCEK tres días después de que iniciara la enfermedad, durante la mañana y que el mismo día por la tarde la llevó con la sobadora.

### **Diagnóstico y tratamiento del médico alópata:**

Su madre la llevó al CDCEK el 5 de marzo de 1997, tres días después de que inició la enfermedad.

*Signos y Síntomas:* Entre otros síntomas, se señala que la niña presenta evacuaciones líquidas, en número de ocho en 24 horas, con moco, sin sangre, con mal olor y que la madre refiere que empezó con estos síntomas tres días atrás.

*Diagnóstico:* gastroenteritis aguda, y faringitis.

*Tratamiento:* Le recetó el bactericida Trimetoprima, el analgésico Tempra. Suero (VSO), y para la infección de vías respiratorias Amikacina.

*Consulta control :* 6 de marzo

*Signos y Síntomas:* En la visita de control, el registro señala que presentaba evacuaciones líquidas, con moco. Sin fiebre.

*Tratamiento:* El médico indicó continuar con el tratamiento recetado e insistirle que tome el suero (VSO). Se le citó en 24 horas.

*Consulta control:* 7 de marzo

*Signos y síntomas:* En los archivos se señala entre otras cosas que la niña acudió al CDCEK con mejoría clínica, sin fiebre y bien hidratada.

*Tratamiento:* Continuar con Amikacina, suero (VSO) y Trimetoprima.

*Tratamiento en el hogar:* La madre señala que le dio el tratamiento de Trimetoprima, pero que la niña no aceptó el suero (VSO), aun cuando hizo el intento de dárselo.

**Diagnóstico y tratamiento de la sobadora:**

*Signos y síntomas:* La mollera de arriba<sup>131</sup> no se observa que late.

*Diagnóstico:* caída de mollera.

*Tratamiento:* Paladeó a la niña, la sobó en la mollera por tres días.

Después de 9 días, la niña se curó.

**Tratamiento al que se le atribuye mayor eficacia:**

La madre atribuye la causa de la diarrea a una caída de la niña, por lo que los tratamientos del médico y la sobadora eran necesarios, uno contra la infección y el otro para que le levantara la mollera.

Formas de hidratación en el hogar: té de guayaba.

**Nombre:** Lauro

**Primer caso**

**Edad cuando se enfermó:** 1 año

**Duración:** 2 días

**Fecha:** abril 1996

**Curadores Profesionales:** médico alópata

Lauro tiene dos años, vive en una familia nuclear con sus papás y otro hermano de cuatro años. Se enfermó dos veces de diarrea durante 1996, la primera vez fue en el mes de abril y la segunda en diciembre. En las dos ocasiones, también estaba enfermo de vías respiratorias.

La mamá de Lauro tiene 30 años, nació en Hermosillo, estudió hasta tercero de secundaria. Su papá también es de Hermosillo, tiene 31 años y estudió la

<sup>131</sup> La mollera de arriba es la fontanela.

licenciatura en Informática. La abuela materna es de Mazatlán, Sinaloa y la abuela paterna de Ures.

El papá de Lauro es Licenciado en Informática, está desempleado desde principios de año. Su mamá empezó a trabajar en fechas posteriores al momento de la entrevista. Durante el tiempo en que no tuvieron ningún ingreso, la familia materna les proporcionaba una parte de su ingreso, más lo que podía reunir el esposo la madre señaló que el ingreso familiar era menos de un salario mínimo y no de manera constante. El año anterior tenían acceso al IMSS por el trabajo del papá, pero desde que lo perdieron acuden al CDCEK.

Hace cuatro años que viven en ese domicilio. La casa tiene dos cuartos de material, uno es la cocina y el otro la recámara, tienen la llave de agua en el patio. La vivienda no está conectada a la red municipal de drenaje, sino que utilizan letrina. No cuentan con cooler, sino con abanico. Las paredes son de ladrillo, el piso de tierra y el techo es de concreto, la calle no está pavimentada.

En los registros del CDCEK se señala que llevaron a Lauro a consulta por diarrea y enfermedad respiratoria el 4 de diciembre de 1996.

P: ¿Antes se había enfermado de diarrea?

R: Mm, cuando se me enfermó lo tuve internado con bronquitis y también le dio diarrea. Aquella vez empezó igual, así, hizo como unas seis o siete veces el niño, pero no muy aguado y a él más bien ahora que lo llevé fue porque ese día empezó así y en la noche empezó a agitarse mucho, se empezó a agitar y le dio calentura. Se le oye el pechito como que no puede respirar. Así rápido y seguidito, y ya nos dio raite al Seguro el muchacho de aquí de enseguida y me lo internaron... pero hasta el otro día, cuando ya lo subieron a piso yo ya lo cuidé, pero cuando lo subieron a piso ya no traía diarrea, sí hacía pero dos veces al día nada más...

P: ¿Le diste en la casa Vida Suero Oral?

R: Cuando me pide agua, no me pide agua, pero cuando me pide le doy suerito y ya me dice caca, ya le doy agua ya que veo que lo probó.

P: ¿Lo llevaste a sobar en alguna de las ocasiones que estuvo malito?

R: Sí, la segunda vez. Primero lo llevé con el doctor y le recetaron Trimetroprima. Se la di siete días.

P: ¿Por qué lo llevaste con la sobadora?

R: Cuando fui con el doctor seguía con diarrea el niño, le daba la medicina y yo como me desesperaba mucho y le daba así probaditas de suero, le daba de todo, de todo le daba y deste, pero también como dijo el doctor no se los debe de tapar (usar medicamento con caolín pectina), porque luego les cae peor, pues por eso me dijo que le diera la trimetroprima.

P: ¿Con qué se les puede tapar?

R: Por ejemplo, está el Kaopectate, por ejemplo eso es como ponerles un tapón porque se tapan pero después traen consecuencias. Entonces yo por eso le daba el este, el te de guayaba de todos modos, le doy algo para la infección o si le doy la desta, la maseca, el atolito, le doy algo para la infección también.

P: ¿Qué pasó con la sobadora?

R: Lo sobó y sacó una bola que parecía un chicle. Le buscaron por ejemplo si era empacho, si es empacho es porque se le pegó por ejemplo, el chicle a él se le queda pegado, entonces como se va quedando pegado va agarrando pues, por eso el empacho es infección pues, porque como ya se va enlizando, se le va pegando comida, se va juntando todo eso, entonces es cuando le viene lo de la calentura y la diarrea. Entonces la señora que lo soba le busca, y si le tienta una bolita aquí en la boca del estómago, es porque está empachado, entonces ya le talla despacito ya que dice si es recio, le puede lastimar el intestino.

### **Diagnóstico y Tratamiento en el hogar:**

*Signos y síntomas observados por la madre de familia:* Evacuaciones no muy aguadas, más frecuentes de lo normal, en número de seis o siete. El primer día con la enfermedad, se agitó mucho, le dio calentura, respiraba muy rápido y seguido.

*Diagnóstico materno:* enfermo de vías respiratorias y con diarrea.

*Causa señalada por la madre:* infección en el estómago y en los bronquios.

*Valoración de gravedad:* La madre valoró que el niño estaba muy grave, sobre todo de las vías respiratorias.

*Tratamiento en el hogar antes de ir con algún curador:*

*Hidratación:* Le dio atole de Maseca.

*Alimentación:* Quitó calabaza, plátano, frijol y huevo, dio atole con mayor frecuencia.

*Acude a curadores:* Por la noche los padres de Lauro le pidieron al vecino que los llevaran al IMSS porque lo veían muy agitado, con mucha calentura.

### **Diagnóstico y tratamiento del médico alópata:**

*Diagnóstico:* Infección respiratoria aguda.

*Tratamiento:* En el IMSS Lauro fue hospitalizado por cuatro días. Inicialmente le bajaron la temperatura bañándolo. La madre no recuerda qué medicamento le dieron. Cuando lo llevaron de Urgencias a Piso, después de dos días, ya no tenía diarrea. La mamá hidrató al niño con suero (VSO) en el hospital. Le cambiaron la dieta, recomendándole que le diera manzana y que no diera alimentos con grasa. Le indicaron que no le diera agua de la llave, que se la comprara de garrafón.

*Tratamiento en el hogar:* En casa el niño no aceptó bien el suero, sólo daba probaditas y luego le daban agua y atole de Maseca.

### **Tratamiento al que se le atribuye mayor eficacia:**

El tratamiento en el hospital le curó tanto la infección respiratoria como la enfermedad diarreica.



**Nombre: Lauro**

**Segundo caso**

**Edad cuando se enfermó: 1 año 7 meses.**

**Duración 5 días**

**Fecha: diciembre 1996**

*Signos y Síntomas* observados por la madre: Evacuaciones frecuentes y de mal olor, en número de 6 en veinticuatro horas,

*Diagnóstico materno:* infección en el estómago, empacho. La madre considera que es la misma enfermedad.

*Valoración de gravedad:* Lo consideró grave debido a que tenía al mismo tiempo que la diarrea, una infección respiratoria.

*Tratamiento en el hogar antes de ir con algún curador:*

*Hidratación:* Té de guayaba con muy poquita azúcar.

*Alimentación:* Le dio atole, caldo de pollo y manzana, quitó plátano, frijol, huevo, calabaza.

*Acude a curadores:* La llevó con el médico del CDCEK dos días después de que inició la enfermedad y mientras continuaba con el tratamiento que le recetó el médico, lo llevó con la sobadora.

**Diagnóstico y tratamiento del médico alópata:**

*Signos y Síntomas:* Presenta tos seca, evacuaciones líquidas amarillentas, moco, sin sangre, de mal olor. El estado general es bueno.

*Diagnóstico:* Faringitis .

*Tratamiento:* para la diarrea le recetó el bactericida Trimetoprima, el analgésico Tempra y el Suero (VSO). Le recomendó que no le diera chocolate ni medicamento que disminuya las evacuaciones como el Kaopectate.

*Tratamiento en el hogar:* La madre señala que aunque llevó a sobar al niño, siguió con el tratamiento de la Trimetoprima durante siete días, dándole la dosis dos veces al día. El suero no lo aceptó el niño, le daba probaditas y después el atole y té de guayaba.

**Diagnóstico y tratamiento de la sobadora:**

*Signos y síntomas :* La sobadora le sintió una bolita en la boca del estómago.

*Diagnóstico:* Empacho.

*Tratamiento:* Le soba en donde se siente la bolita de manera muy suave porque se le puede lastimar el intestino. Le dio aceite de oliva con una puntita de la cuchara de añil<sup>132</sup> después de sobarlo.

Lauro se curó después de una semana de haber empezado con la diarrea.

**Tratamiento al que se le atribuye mayor eficacia:**

La madre señala que el niño al segundo día que lo sobaron al evacuar, “echó una bolita” al evacuar y después de eso se curó. Atribuye mayor peso al tratamiento de la sobadora, pero de todos modos completó el tratamiento del médico.

*Formas de hidratación en el hogar:* Debido a que Lauro no aceptó el suero, la madre le dio más atole y té de guayaba con poca azúcar,

---

<sup>132</sup> El añil es un polvo azul que se vende comercialmente como anilina en los detergentes, en las boticas de hace cincuenta años se vendía una planta procesada con la misma finalidad, la *Indigófera suffruticosa* Miller.

**Nombre:** Norberto

**Edad a la que se presentó la enfermedad:** 6 meses.

**Duración de la enfermedad:** 12 días (aproximadamente)

**Fecha:** febrero 1997

**Curadores profesionales:** médico alópata

Norberto tiene ocho meses de edad, es el primer hijo de una familia nuclear. Se enfermó en febrero de 1997, fue la primera vez que le pasaba y duró poco más de una semana.

La mamá de Norberto nació en Hermosillo, tiene 19 años de edad, estudió hasta el primer año de secundaria. Su papá también es nacido en Hermosillo, tiene 30 años, no terminó de estudiar la secundaria. Trabaja como programador de música.

El ingreso familiar es cercano a dos salarios mínimos. Tienen acceso al Instituto Mexicano del Seguro Social, pero acude al CDCEK que está cercano a la casa de la abuela materna. En esta dirección se le tiene registrado en el CDCEK, Norberto pasa la mayor parte del tiempo ahí.

La vivienda de Norberto se ubica al norte de la zona de estudio, es una vivienda de tres cuartos en total, con agua en su interior, está conectada al drenaje, la familia cuenta con refrigerador y cooler. El material de construcción de las paredes es de block, el piso y el techo son de cemento, y la calle está pavimentada.

La madre no tenía experiencia con diarreas Norberto no ha tenido problemas frecuentes de diarrea, al contrario, padece de estreñimiento.

En los registros de las promotoras del CDCEK se señala que Norberto acudió con su mamá el 26 febrero de 1997 por problemas de diarrea. No se pudo ubicar el archivo del caso del Centro de Salud.

P: ¿Me puedes contar cómo te diste cuenta de que tu hijo estaba enfermo de diarrea?

R: Bueno, mira o sea, no hace todos los días, a veces hace cada tercer día y pues esta vez empezó a hacer todos los días, aguado, hasta cinco veces al día. Muy aguado, se empapaba el pañal. No dejó de comer, siguió igual, como muchos decían (vecinos) que así es cuando les van a salir los dientes, les da diarrea.

P: ¿Le están saliendo los dientes?

R: Pos no, todo el tiempo babea, por eso cree uno que, me decían: ya le van a salir los dientes, pero pues no, el doctor le mandó a hacer análisis...

...

P: ¿Por qué crees que se enfermó?

R: Pues no sé, o sea, muchos dicen pues que algo que agarró, que se metió a la boca, o porque lo agarran las personas con las manos sucias.

P: ¿Le dieron suero (VSO)?

R: Sí...lo preparé como dice ahí, en un litro de agua hervido, me dijo el doctor que primero le diera dos onzas cada vez que hiciera... y yo creí que no le iba a gustar porque está saladito, por lo menos a mí no me gusta. ¡Ay! Le dije a mi mamá, a ver si no lo quiere, a lo mejor no lo quiere y ¿qué le voy a dar? le decía yo, pero no, sí se lo tomó muy bien, hasta quería más.

P: ¿Por qué decidiste ir con el doctor?

R: Para ver qué me daba para la diarrea porque se me rozaba mucho también. Entonces fui y le dije que traía diarrea y me dio las gotitas de Furoxona y pues me dio también y una pomada para lo rozado...

P: ¿Cuánto tiempo piensas que una diarrea dura normalmente?

R: Pues según, yo digo, si anda haciendo mucho pos más pronto voy al doctor, y más si lo vez que deja de comer, pues atenderlo lo más rápido posible. El mío duró algo, más de una semana, pienso que debía haberle durado menos, creo que le duró porque no tenía un medicamento fuerte para la misma diarrea.

P: ¿La segunda vez que fuiste qué le recetó el doctor?

R: Como llevaba los análisis le dio Flagil para las amibas...

### **Diagnóstico y Tratamiento en el hogar:**

*Signos y Síntomas* observados por la madre: Evacuaciones más líquidas y frecuentes de lo normal, hasta cinco veces al día, cuando por lo general presentaba problemas de estreñimiento. Norberto tuvo problemas de rozaduras en la piel, pero no dejó de comer. Le estaban saliendo dientes y las vecinas le decían que era por eso.

*Diagnóstico materno:* Inicialmente no sabía si era por los dientes, o una infección. Después de los análisis clínicos señaló que eran amebas.

*Causa señalada por la madre:* por traer las manos sucias.

*Valoración de gravedad:* No fue considerada una emergencia debido a que comía bien.

*Tratamiento en el hogar antes de ir con algún curador:*

*Hidratación:* No le dio nada especial, aunque sabe del té de guayaba y té de sinvergüenza.

*Alimentación:* No le cambió la dieta.

*Acude a curadores:* Lo lleva con el médico del CDCEK el 26 de febrero, dos días después de que había iniciado la diarrea debido a que las evacuaciones estaban provocando irritación en la piel del bebé, además de que la madre señala que por lo general el niño era estreñido, lo vuelve a llevar al no observar mejoría en los síntomas, en esa ocasión le mandan a hacer análisis. En una tercera ocasión lo lleva con los resultados de los análisis, en los que se encontró ameba. Le dieron tratamiento por diez días y luego le hicieron otros análisis, que resultaron negativos.

**Diagnóstico y tratamiento del médico alópata:**

Su madre lo llevó al Centro de Desarrollo Comunitario de la Eusebio Kino el 26 de febrero por presentar diarrea, dos días después de que inició la enfermedad.

*Diagnóstico:* Gastroenteritis

*Tratamiento:* Le recetó el bactericida Furoxona y Suero (VSO).

*Tratamiento en el hogar:* La madre señala que le dio el medicamento pero no observó mejoría. Le dio el suero (VSO) y el niño lo aceptó muy bien.

*Consulta control:*

*Diagnóstico :* probable parasitosis, mandó a hacer coprocultivo y salió positivo a ameba.

*Tratamiento:* le recetó el antiparasitario Flagil<sup>133</sup> por diez días y Suero (VSO).

*Tratamiento en el hogar:* La madre señala que le dio el medicamento como lo recetó el médico y continuó dando suero (VSO).

Después de 12 días (aproximadamente), Norberto se curó.

**Tratamiento al que se le atribuye mayor eficacia:;**

La madre de Norberto, le atribuye mayor eficacia al tratamiento del médico.

---

<sup>133</sup> Flagil es el nombre comercial del antiparasitario Metronidazol.

**Nombre:** Camilo

**Edad cuando se presentó la enfermedad:** 1 año

**Duración de la enfermedad :** 6 días

**Fecha:** noviembre 1996

Curadores: Médico alópata, sobadora.

Camilo tiene un año cinco meses de edad, vive en una familia nuclear, formada por sus padres, una hermana de cinco años y un hermano de tres. En noviembre de 1996 se enfermó de diarrea.

La mamá de Camilo nació en Hermosillo, tiene 24 años y estudió hasta tercero de primaria. Su papá es originario de Hermosillo, tiene 27 años de edad y también estudió hasta el mismo grado de primaria. La abuela materna es originaria de Hermosillo y la paterna de Villa Hidalgo, pero casi toda su vida la ha pasado en la ciudad de Hermosillo.

El papá de Camilo trabaja como capataz en un rancho desde enero de 1997, es por ello que la familia se trasladó a inicios de año al rancho donde radican actualmente, aún cuando visitan Hermosillo con frecuencia. En esta ciudad vive la abuela paterna, de echo, la casa en la que vivían cuando el niño enfermó, está ubicada al lado de la suya y comparten tanto el patio como el baño.

El ingreso familiar es de un poco más de un salario mínimo. Cuentan con servicios del IMSS, la madre señala que cuando Camilo enfermó fue la primera ocasión en que utilizó los servicios del CDCEK.

Cuando se enfermó de diarrea, tenían 5 años de vivir en el domicilio ubicado al lado de la casa de la abuela paterna. La casa consta de un solo cuarto con paredes de ladrillo, piso de tierra y techo de lámina de cartón. Contaba con refrigerador y cooler. El agua estaba en el patio y la casa no estaba conectada a la red municipal de drenaje. No tenían baño ni letrina propios sino que utilizaban el de la abuela paterna.

Su mamá había tenido experiencia de diarreas con sus otros dos hijos. La abuela paterna sabe curar el empacho. Por lo general, ella es quien los cura en casa.

El niño se enfermó en noviembre de 1996, pero no fue posible localizar el archivo del Centro de Salud, la información proviene de registro del CDCEK.

P: Pero, antes de ir al médico, ¿qué fue lo que hizo en la casa antes para curarlo?  
 R: Cocí hierbabuena con ipazote y hojas de guayaba, le di unas dos veces y lo llevé al doctor.  
 P: ¿Qué le dijo el médico?  
 R: El doctor le dio medicamento, inyecciones y para la calentura temprana o neomelubrina. El doctor dijo que además de la diarrea tenía bronconeumonía, lo oyó con el estetoscopio y me lo pasó para dejarme oír, yo no me había dado cuenta todavía. La medicina para la diarrea que le dio fue el Treda, y para la tos seca, Amoxil...  
 P: ¿Le dieron Vida Suero Oral?  
 R: No lo usé, sí me lo recetaron, pero en la farmacia no se fijaron que iba anotado por atrás de la receta y no me lo dieron.  
 P: ¿Ya lo conocía?  
 R: Sí, antes les daba suero, lo conocí en el Seguro Social, ahí me dijeron cómo prepararlo, con agua hervida, también hago uno casero si no tengo el sobrecito, lo preparo con azúcar y sal, en un litro de agua le pongo dos cucharadas de azúcar y una grande de sal, de esas soperas...  
 P: ¿Lo llevó a sobar?  
 R: Lo he llevado con una señora para que lo sobe, lo soba tres veces porque estaba empachado, lo he llevado ya tres veces.  
 P: ¿Cómo se dio cuenta de que estaba empachado?  
 R: Mi suegra es la que me los ve, ella sabe sobar también, pero en esa ocasión lo llevé con otra señora. El empacho es cuando le duele el estómago, se le hincha, se le pone duro, no es con mucha diarrea, no hace bien y le da calentura. Mi suegra les da el añil con café y lo soban por tres días, lo acuesta, le pone aceite para sobar, le soba piernas, brazos y lo voltea y estira el cuerito de la espalda. Dicen que cuando truena se está despegando el empacho...

### **Diagnóstico y Tratamiento en el hogar:**

*Signos y Síntomas* observados por la madre: La evacuación era color verde, con moco, de mal olor, en número de dos veces al día. Seguía comiendo de todo, pero tenía calentura.

*Diagnóstico materno:* infección, probable empacho.

*Valoración de gravedad:* No fue muy grave, pero la madre señala que lo llevó pronto porque es un niño sano y le extrañó.

*Tratamiento en el hogar antes de ir con algún curador:*

*Hidratación:* Le dio té de hierbabuena con epazote y hojas de guayaba. Le dio dos veces y lo llevó al médico.

*Alimentación:* Siguió con lactancia materna y menciona que no cambió más la dieta.

*Acude a curadores:* Lo llevó con el médico del CDCEK y con su suegra para que lo revisara del empacho.

### **Diagnóstico y tratamiento del médico alópata:**

Su madre la llevó al Centro de Desarrollo Comunitario de la Eusebio Kino el 4 de noviembre, por presentar diarrea, el mismo día que inició la enfermedad.

*Diagnóstico:* Gastroenteritis y bronconeumonía.

*Tratamiento:* Le recetó el antibiótico Amoxil<sup>134</sup> (ampolletas) para la infección respiratoria y Treda para la diarrea, Suero (VSO).

*Tratamiento en el hogar:* La madre señala que en el hogar le puso las seis inyecciones que le recetaron, pero que no le pudo dar el suero porque venía anotado en la parte de atrás de la receta y el que la atendió en la farmacia no lo vio, por lo que no se lo surtieron.

### **Diagnóstico y tratamiento de la sobadora:**

*Signos y síntomas señalados:* Con el empacho se presenta calentura, se le pone duro el abdomen, no presenta evacuaciones muy frecuentes o líquidas. Se le hizo la prueba con el añil disuelto en la puntita de la cuchara.

*Diagnóstico:* empacho.

*Tratamiento:* Lo sobó en piernas, brazos, con aceite para sobar. También le sobó la espalda y le estiró la piel a que tronara. Esto lo hizo por tres días.

Después de seis días el niño se alivió.

### **Tratamiento al que se le atribuye mayor eficacia:**

Se le atribuyó eficacia a ambos tratamientos.

---

<sup>134</sup> Amoxil es un antibiótico bactericida de amplio espectro que está indicado en el tratamiento de las infecciones agudas y crónicas de las vías respiratorias superiores e inferiores entre otras, según el Diccionario de Especialidades Farmacéuticas (PLM), México, 1992, p. 56.



**Nombre:** Mario

**Edad cuando se presentó la enfermedad:** 4 años

**Duración de la enfermedad :** 3 días

**Fecha:** agosto 1996

**Curadores profesionales:** farmacéutico

Mario tiene cinco años, vive con sus padres y un hermano mayor, como familia nuclear. Se enfermó en agosto de 1996 cuando regresaba de visitar a sus abuelos en Obregón.

La mamá de Mario nació en Hermosillo, tiene 30 años, acabó la secundaria y actualmente acude a las asesorías de la preparatoria abierta que se imparten en el CDCEK. El papá de Mario tiene 39 años, nació en Obregón y estudió la Licenciatura en Administración. Trabaja como auditor en una empresa. La abuela paterna es de Obregón y la materna falleció cuando su mamá era pequeña, (la mamá de Mario se crió en Sinaloa con una tía).

El ingreso mensual es de un poco más de dos salarios mínimos. Tienen acceso a los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, pero en algunas ocasiones, por la relación de confianza y la cercanía acuden al CDCEK.

La casa en que vive Mario tiene dos cuartos que construyeron su abuelo y su papá. El piso es de tierra, le hicieron los techos altos de lámina de cartón. La calle no está pavimentada. Están construyendo su casa en la parte de atrás del predio, vive frente una primaria que es donde estudia su hijo de 10 años, tienen agua dentro de casa, pero la vivienda no está conectada a la red municipal de drenaje, así que tienen letrina. Cuentan con cooler, refrigerador y abanico. Hace dos años que viven en este lugar.

En 1996 el niño tuvo diarrea al salir de Obregón hacia Hermosillo. Lo curaron con medicina que les recetaron en una farmacia. No ha tenido problemas frecuentes de diarrea.

P: ¿Por qué crees que se enfermó Mario?

R: Por el calor, en ese tiempo estaba haciendo mucho calor... O sea que los abuelos de él viven en un pueblo, y cuando ya íbamos a Obregón es cuando en el camino ya se nos enfermó.

P: ¿Qué hicieron entonces?

R: No pues allá mismo mi esposo fue a la farmacia y le compró medicinas y suero, eso le dimos. El señor de la farmacia le dio las medicinas.

P: ¿No recuerdas qué medicinas eran?

R: Se llama Fectina...

P: Además de darle esa medicina, ¿le diste otro tipo de remedio o tratamiento que acostumbres a usar en casa?

R: No, casi siempre cuando les da diarrea les doy primeramente el suero (VSO), siempre el suero, en vez de agua el suero oral, ese es muy bueno. Si yo ando también así mal, luego yo tomo ese y

me compongo, me compongo porque ya ve que el estómago cuando trae diarrea se le pone así, sin fuerza, anda así como doblada uno por el dolor, por la molestia que se siente, y con el suero casi siempre doy suero y ya con eso se me componen, casi nunca les doy medicina, sino que esa vez porque estábamos en el camino a Obregón y teníamos miedo porque ya veníamos para acá y teníamos que venimos en camión, en autobús y se imagina diarrea y diarrea...

P: Y ¿cómo preparas el suero?

R: Hiervo un litro de agua y ya que está hervida le pongo, le vierto el sobre y es todo, lo dejo que se enfríe y ahí le empiezo a dar...

P: ¿Le pones algo al suero para que mejore el sabor?

Niño: Sí.

R: Pues dicen que le ponga Kool aid, pero a mí no me gusta.

P: ¿Con qué sabor te gusta más el suero?

Niño: De naranja.

R: Es que como el doctor dice, no le debes poner nada, se lo tiene que tomar así, pero es muy salado pues.

Niño: Le echas limón.

R: Yo al menos he batallado mucho con él para que se lo tomen.

P: ¿Al niño más grande se lo dabas sin Kool aid?

R: No, tampoco lo quería solo...a él le daba de fresa...

### **Diagnóstico y Tratamiento en el hogar:**

*Signos y Síntomas* observados por la madre: dolor de estómago, diarrea con mucha agua y moco, ojos tristes, decaimiento.

*Diagnóstico materno:* diarrea por el calor.

*Valoración de gravedad:* No fue muy grave pero se le dio medicamento porque estaban por viajar hacia Hermosillo.

*Tratamiento en el hogar antes de ir con algún curador:* El padre de Mario fue a la farmacia y con el tratamiento que ahí le dieron el niño se curó.

*Hidratación:* Suero (VSO) con Kool aid, agua de arroz con canela.

*Alimentación:* La madre le dio de comer manzana, arroz y pera, quitó grasas y comidas irritantes.

*Acude a curadores:* Acudió a la farmacia a buscar algún medicamento. El farmacéutico le recetó .

### **Tratamiento al que se le atribuye mayor eficacia:;**

Se le atribuye mayor eficacia al tratamiento recetado por el farmacéutico.

Formas de hidratación en el hogar: suero (VSO) mezclado con otros productos no recomendados, agua de arroz con canela.

**Nombre:** Delia

**Edad a la que presentó la enfermedad:** 6 meses

**Primer caso**

**Duración :** 3 días enferma.

**Fecha:** septiembre 1995

**Curadores profesionales:** Médico alópata, sobadora familiar.

Delia tiene dos años, es la menor de cuatro hermanos que viven con sus padres como familia nuclear. La madre de Delia describió seis episodios de diarrea que se presentaron de 1995 a inicios de 1997, durante los dos primeros años de vida de la niña, señaló que la niña había tenido diarrea en otras ocasiones, pero que no son muy graves, le duran un día y no los considera de gravedad.

La mamá de Delia nació en Oaxaca, tiene 36 años, terminó secundaria y estudió dos años de Trabajo Social. Es promotora de salud en el CDCEK desde hace seis años. Su papá nació en Hermosillo, tiene 34 años y estudió hasta el segundo grado de secundaria. Trabaja como cocinero en un restaurante de la ciudad.

El ingreso familiar al mes es de un poco menos de tres salarios mínimos. Tienen acceso al IMSS además de que por trabajar en el CDCEK, si no son emergencias, la madre busca al personal médico que es de su confianza.

La casa de Delia tiene en total cuatro cuartos si incluimos el baño (fosa), la cocina es de lámina de cartón y dos recámaras de ladrillo (un cuarto grande con división), con techo y piso de cemento. En la colonia todavía no cuentan con drenaje. Las calles no están pavimentadas.

La relación con su mamá fue más estrecha durante año y medio, por ello fue posible reconstruir más casos de enfermedades diarreicas, además fue posible ver de cerca las carreras del enfermo en dos ocasiones y ver cómo la abuela materna sobaba a Delia y a una de las sobrinas en casa de la promotora.

La abuela materna de Delia, es originaria del sur del país. Es curadora "tradicional", sobadora y partera. Aun cuando su hija dice no aceptar sus creencias, es ella quien cura a los niños cuando tienen diarrea.

P: ¿Cómo te das cuenta cuando tu hija se enferma de diarrea, qué es lo que observas en ella distinto?

R: Mira, ya ahora, ahora te puedo decir que ya no me asusto con cualquier diarrea, antes me asustaba con el que hiciera aguado, ya me asustaba, ahora yo dejo pasar un día, si para otro día la niña sigue con diarrea ya es alarma para mí, pero la diarrea que ha tenido, además, dos veces disque le ha dado diarrea, pero se le ha quitado al otro día. Ahorita, como que se ve que hace aguadito y al rato ya te hace duro...Pues yo digo, a lo mejor comió algo, pero yo digo, si fuera infección, siguiera la diarrea pues, eso ya me alarmaría, entonces como que también eso me ha enseñado a que el que haga aguadito, aguado, que hasta escurre el pañal, no es diarrea, cuando no es continuo pues....

P: Cuando está malita ¿le cambias la comida?

R: Nada, nada, todo sigue igual, todo le doy. Mi mamá nos ha criticado mucho eso, porque dice que le suspendamos la leche, que le quitémos la comida y dice quítenle la comida que tenga manteca, que tenga grasa, pero dale jugos naturales de manzana, de piña, de todas esas cosas, dale. Yo sigo dando lo mismo, lo que quiero es que coma. Y el suero, ahora mi amá en estas épocas que conoce el suero, se lo receta a las pacientes que tiene, a las señoras que le llevan a curar a las criaturas les dice: dale suero. Antes les decía dales té, ahora, sigue recetando el té pero dice también dale suero...

P: Entonces, ¿lo primero que hiciste fue darle el té, el atole?

R: Sí, siempre en las casas donde he vivido, porque las casas cuando Delia estaba chiquita, con seis meses, ya vivíamos en otro lado, y como también es de creencias eso, tener una mata de albahaca o hierbabuena en la casa donde se vive y mi amá no sé por qué, dice que es buena para usarla y para todo, dice mi amá que la mata recibe las malas vibraciones, de los que te desean algún mal, o sea, todo lo malo. Entonces mi amá llega a la casa y riega agua y quién sabe qué para que la casa quede protegida...

P: ¿Cómo fue la primera vez que se enfermó la niña?

R: Esa vez recurrí al doctor al Seguro Social, ya teníamos Seguro y ahí me dieron penicilina para la infección, caso que esa vez no le hizo nada a la Delia y al otro día fui a ver a mi amá que sabe sobar y la chamaca vino aliviada.

P: ¿Qué le hizo tu mamá?

R: Pues le dio añil, dice mi amá que traía infección, entonces algo traía pegado en el estómago. Le dio añil, la puntita da la cuchara con aceite de comer y se lo da a tomar, después la sobó por la panza y la espalda. A Delia le salió un montón de cochinerito o sea, traía pedazos de varias cosas que agarró, dice mi mamá que era papel, ella es una persona que revisa el pañal para ver qué era lo que la empachó, entonces buscó y dijo que era papel lo que la había empachado, el caso es que duramos dos días con ella y se alivió...

### **Diagnóstico y Tratamiento en el hogar:**

*Signos y síntomas observados por la madre:* Aumento en la frecuencia de las evacuaciones y consistencia líquida.

*Diagnóstico materno:* Inicialmente, la madre pensó que era Infección, posteriormente lo clasificó como empacho.

*Causa señalada por la madre:* la niña se comió un pedazo de plástico (de bomba).

*Valoración de gravedad:* Al tratarse de los primeros casos de diarrea de la niña se le consideró grave.

*Tratamiento en el hogar antes de ir con algún curador:*

*Hidratación:* La madre le preparó té de albahacar.

*Alimentación:* La madre señala que al enfermarse empezaba a ingerir mayor variedad de comidas, sobre todo sopas de pasta con pollo y probaditas de la comida de los mayores. Durante la enfermedad continuó con la alimentación normal.

*Acude a curadores:* Los padres de Delia la llevaron Instituto Mexicano del Seguro Social, ahí le dieron penicilina pero al no ver efecto positivo inmediato, después de iniciado el tratamiento médico, la llevó con su abuela materna quién la trató de empacho.

### **Diagnóstico y tratamiento del médico alópata:**

*Diagnóstico:* El diagnóstico fue infección en el estómago.

*Tratamiento :* Le recetó Penicilina en suspensión cada ocho horas por cinco días.

*Tratamiento en el hogar:*

La madre le dio el tratamiento completo, pero no observó mejoría en la niña, por lo que a los dos días de darle el medicamento, buscó a la abuela de Delia para que la sobara. Cuando inició el tratamiento de la sobadora suspendió el del médico.

### **Diagnóstico y tratamiento de la sobadora familiar:**

*Signos y síntomas:* La sobadora le dio la punta de la cuchara con aceite y añil para ver si estaba empachada y la sobó. Como no salió el añil en la evacuación, la sobadora interpretó esto como signo de empacho.

*Diagnóstico:* La abuelita de Delia señaló que tenía una infección, y que algo traía pegado en el estómago, es decir, que estaba empachada.

*Tratamiento:* Cocinó albahacar, hierbabuena y mostaza, en el agua en que las hirvió, agregó Maseca y le dio ese atole a la niña. También le dio agua de arroz y le cambió la dieta quitándole la leche y dándole sopa de arroz y de pasta, sin grasa, la sobó tres veces estando en ayunas.

**Tratamiento al que se le atribuye mayor eficacia:** La madre atribuye la curación de su hija principalmente al tratamiento de la sobadora.

*Formas de hidratación en el hogar:* té de albahacar

**Nombre:** Delia

**Edad a la que presentó la enfermedad:** 8 meses

**Segundo caso**

**Duración :** 10 días enferma.

**Fecha:** noviembre 1995

**Curadores profesionales:** Médico alópata, sobadora familiar.

**Diagnóstico y Tratamiento en el hogar:**

*Signos y Síntomas* observados por la madre: Señala que presentaba evacuaciones semilíquidas, seguidas de otras normales y de nuevo volvía a presentar evacuaciones líquidas.

*Diagnóstico materno:* Diarrea por animales.

*Causa señalada por la madre:* falta de higiene

*Valoración de gravedad:* La valoración de gravedad fue menor que la anterior .

*Tratamiento en el hogar antes de ir con algún curador:*

*Hidratación:* Le dio atole de masa que se cose en el agua donde se hierve albahaca con epazote y hierbabuena, lo dejó líquido como leche y la niña se lo tomó como agua de uso. Le dio también suero (VSO) utilizando biberón, no le provocó vómito y aceptó tres mamilas en el día.

*Alimentación:* Continuó alimentación habitual.

*Acude a curadores:* La llevaron al CDCEK tres días después de iniciar el padecimiento.

**Diagnóstico y tratamiento del médico alópata:**

*Diagnóstico :* Parásitos

*Tratamiento:* Le recetaron Metronidazol y Suero (VSO).

*Tratamiento en el hogar:* La madre señala que le dio el medicamento por siete días y se curó.

### **Diagnóstico y tratamiento de la sobadora familiar:**

*Signos y síntomas:*

Días después, fue a visitarla la abuela de Delia y la checó con añil para ver si no estaba empachada. dándole la puntita de la cuchara con aceite de comer. Como sí salió en la evacuación, no estaba empachada.

*Diagnóstico:* Se enfermó por animales, así que el tratamiento con medicina alopática era el que más rápido la podía curar.

### **Tratamiento al que se le atribuye mayor eficacia:;**

La madre atribuye en este caso mayor eficacia al tratamiento del médico.

Hidratación en el hogar: Delia tomó suero (VSO), atole preparado en té de albahacar, epazote y yerbabuena.

***Nombre:*** Delia

***Edad a la que presentó la enfermedad:*** 1 año

#### **Tercer caso**

***Duración :*** 13 días enferma.

***Fecha:*** abril 1996

***Curadores profesionales:*** Médico alópata, sobadora familiar.

### **Diagnóstico y Tratamiento en el hogar:**

*Signos y Síntomas* observados por la madre: Presentó síntomas parecidos a los de la segunda vez que se enfermó, es decir, con evacuaciones semilíquidas seguidas de otras bien formadas.

*Diagnóstico materno:* La madre lo atribuyó a animales inicialmente, después lo atribuyó a la caída de la mollera.

*Causa señalada por la madre:* una caída de la niña.

*Valoración de gravedad:* No la consideró muy grave e inició tratamiento en el hogar.

*Tratamiento en el hogar antes de ir con algún curador:* La madre al ver signos similares a la vez anterior, le dio el mismo tratamiento que el médico había recetado en aquella ocasión: Metronidazol . Se lo dio en tres ocasiones.

*Hidratación:* Té de albahacar y VSO.

*Alimentación:* Continúa dando alimentación normal.

*Acude a curadores:* Al observar que no había mejoría, acude al CDCEK después de cinco días de haber iniciado los signos de diarrea. Un día después buscó a la abuela de Delia para que viniera a revisarla.

### **Diagnóstico y tratamiento del médico alópata:**

*Diagnóstico:* En este caso el médico no le señaló su diagnóstico sino que la madre recuerda que le comentó sobre las causas de la diarrea.

*Tratamiento:* Le señaló que el problema era que la niña tomaba leche en biberón. Le dio VSO.

*Tratamiento en el Hogar:* La madre le dio el suero pero no observó mejoría. Siete días después la abuelita de Delia la trató por caída de mollera.

### **Diagnóstico y tratamiento de la sobadora familiar:**

*Signos y síntomas:* La abuelita le dio añil y la sobó , pero el añil salió en la evacuación, lo cual fue signo de que no estaba empachada, entonces intentó curarla por caída de mollera: La paladeó, le dio palmaditas en las plantas de los pies y la sobó por tres días.

*Diagnóstico :* Caída de mollera

### **Tratamiento al que se le atribuye mayor eficacia:;**

La madre atribuye la curación de Delia al tratamiento de la sobadora.



**Nombre:** Delia

**Edad a la que presentó la enfermedad:** 1 año 8 meses.

**Cuarto caso**

**Duración :** 14 días enferma.

**Fecha:** diciembre 1996

**Curadores profesionales:** Médico alópata, sobadora familiar

**Diagnóstico y Tratamiento en el hogar:**

*Signos y Síntomas* observados por la madre: Señala que la niña tenía evacuaciones más frecuentes de lo normal, en número de doce al día, muy líquidas, con vómito. La observaba demacrada, con los ojos hundidos. Refiere que en un solo día se veía muy desmejorada.

*Diagnóstico materno:* infección en el estómago.

*Valoración de gravedad:* Muy grave.

*Tratamiento en el hogar antes de ir con algún curador:* Le dio suero y fue al hospital.

*Hidratación:* VSO

*Alimentación:* Tenía dos días casi sin comer.

*Acude a curadores:* La llevaron de emergencia al Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Diagnóstico y tratamiento del médico alópata:**

*Diagnóstico:* Le dijeron a los padres que Delia tenía infección en el estómago y también en las vías respiratorias.

*Tratamiento:* Le pusieron una inyección que la madre no supo lo que era y la dejaron en observación. El médico le manifestó a la madre que temía se tratara de cólera, pero reaccionó bien con el tratamiento. También tenía problemas de bronquios . Le dieron Suero (VSO). Estuvieron cinco horas hidratando a la niña con VSO de manera oral, luego fueron a su casa.

*Tratamiento en el hogar:* En el hogar Delia ya no vomitaba, la diarrea era líquida pero menos frecuente.

La madre llamó a la abuela sobadora, pero cuando la fue a ver la niña ya no tenía nada.

**Diagnóstico y tratamiento de la sobadora:**

*Signos y síntomas:* Le tocó la cabeza y el estómago para ver si no estaban calientes ya que si la cabeza tiene calor se trata de caída de mollera y si el estómago está caliente puede ser por empacho.

*Diagnóstico:* La niña ya estaba sana.

**Tratamiento al que se le atribuye mayor eficacia:**

La madre atribuye eficacia al tratamiento médico.

**Nombre:** Delia

**Edad a la que presentó la enfermedad:** 1 año 10 meses.

**Quinto caso**

**Duración :** 14 días enferma.

**Fecha:** enero 1997

**Curadores profesionales:** Médico alópata, sobadora familiar

**Diagnóstico y Tratamiento en el hogar:**

*Signos y Síntomas* observados por la madre: Las evacuaciones eran más frecuentes que lo normal, de color amarillo, la niña tenía calentura. A todos los miembros de la familia les fue dando sintomatología similar, pero uno después de otro.

*Diagnóstico materno:* infección

*Valoración de gravedad:* En el caso de los más pequeños, lo consideró más grave.

*Tratamiento en el hogar antes de ir con algún curador:* A los hijos mayores les dio Metronidazol cada ocho horas por siete días.

*Hidratación :* té de albahacar. En esta ocasión, no dio SVO ya que era invierno y no pensó que se pudiera deshidratar tan fácilmente.

**Diagnóstico y tratamiento del médico alópata:**

La madre la llevó al CDCEK .

*Diagnóstico:* infección.

*Tratamiento:* Le recetó Metronidazol a Delia, por siete días.

*Tratamiento en el hogar:* La madre señala que dio Metronidazol durante siete días a toda la familia. La diarrea en el caso de Delia disminuyó pero no se le quitó del todo.

**Diagnóstico y tratamiento de la sobadora:**

La madre llevó a Delia con su abuela para que la revisara.

*Diagnóstico:* empacho y susto.

*Tratamiento:* La abuela sobó a Delia de empacho y luego del susto, son tres días para cada tipo de enfermedad.

**Tratamiento al que se le atribuye mayor eficacia:** La madre le atribuyó mayor eficacia al tratamiento de la sobadora.

**Nombre:** Delia

**Edad a la que presentó la enfermedad:** 1 año 11 meses.

**Sexto caso**

**Duración :** 4 días enferma.

**Fecha:** febrero 1997

**Curadores profesionales:** Médico alópata.

**Diagnóstico y Tratamiento en el hogar:**

*Signos y Síntomas* observados por la madre: La madre señala que obraba más líquido de lo normal y con mayor frecuencia ( 10 veces al día), pero en ocasiones obraba bien y luego volvían las evacuaciones anormales.

*Diagnóstico materno:* Diarrea por animales

*Valoración de gravedad:* No muy grave.

*Tratamiento en el hogar antes de ir con algún curador:*

*Hidratación:* VSO

*Alimentación:* Come de todo.

*Acude a curadores:* La madre llevó a Delia con el médico del CDCEK dos días después de iniciado el padecimiento.

**Diagnóstico y tratamiento del médico alópata:**

*Diagnóstico:* Infección.

*Tratamiento:* Le recetaron Eritromicina. La madre señala que dos días después no observaba mejoría y suspendió el tratamiento. El médico le recomendó que diera Floratil.

*Tratamiento: en el Hogar:* Le dieron la Eritromicina por dos días y la cápsula de Floratil en una ocasión.

**Tratamiento al que se le atribuye mayor eficacia:** La madre atribuye la curación de Delia al tratamiento del médico con la receta del Floratil.

***Duración: 4 días Nombre:*** Delia

***Edad a la que presentó la enfermedad:*** 1 año 11 meses.

**Séptimo caso**

***Duración :*** 7 días enferma.

***Fecha:*** marzo 1997

***Curadores profesionales:*** ninguno

**Diagnóstico y Tratamiento en el hogar:**

*Signos y Síntomas* observados por la madre: Evacuaciones acompañadas de la saliva producida por la salida de las muelas, obra dos o tres veces al día en algunas ocasiones más líquido de lo normal por la misma secreción.

*Diagnóstico materno:* Diarrea de dientes

*Causa señalada por la madre:* Le salieron las muelas.

*Valoración de gravedad:* No es grave se quita solo.

*Tratamiento en el hogar antes de ir con algún curador:*

*Hidratación:* VSO.

*Alimentación:* Comida normal

## **CAPITULO V: REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS SOCIALES DE LAS MADRES SOBRE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS.**

Este capítulo presenta la descripción de las representaciones y prácticas sociales de las madres sobre los casos de ED de sus hijos menores de cinco años. Las primeras se basan en las explicaciones que desde el sentido común las madres expresaron sobre el origen de estas enfermedades, así como su clasificación y descripción y la valoración de gravedad de las mismas. Es decir, como ellas las definen, según sus las creencias e imágenes construidas a lo largo de su vida y su interacción social como madres.

Las representaciones son procesos dinámicos que van cambiando de acuerdo a las interacciones de las madres con su entorno familiar y social, donde algunos contenidos tienen mayor o menor permanencia. Este proceso de construcción es muy complejo ya que implica niveles diferentes de su conformación como individuo y como sujeto social. Este trabajo no intenta captar el proceso como tal, sino conocer las representaciones que las madres tienen sobre las ED desde su propia experiencia al enfrentarse a este tipo de eventos.

La información obtenida para esta reconstrucción parte fundamentalmente de las prácticas cotidianas de atención de las ED , ya descritas en el capítulo anterior con las carreras del enfermo. De este mismo modo, nos interesa destacar éstas en cuanto a su relación con los curadores, la decisión de las madres de acudir a ellos, y de relacionar tales prácticas con su contexto sociocultural, porque las decisiones que van tomando las madres alrededor de la necesidad de buscar la curación de las enfermedades diarreicas en sus hijos, se define en base a este contexto.

### **1. Las madres en el cuidado de la salud**

Los saberes maternos sobre la atención a la salud y la enfermedad en el hogar, forman parte del papel social que la mujer asume en nuestra sociedad como madre en el cuidado de la familia.

Las carreras del enfermo se van construyendo a partir de decisiones que las madres van tomando en base a sus saberes para responder a situaciones concretas. Durante la carrera del enfermo, se toman decisiones individuales, pero éstas parten de saberes aprendidos en el proceso social e involucran visiones y experiencias de otras personas, sobre todo de aquellas que ejercen su papel de madres, así como información proveniente de diferentes instituciones y medios de comunicación. Las condiciones de vida son el marco en el cual se delimitan las posibilidades de acción individual.

De acuerdo a lo anterior, en este trabajo se consideran las acciones de las madres en la atención de la salud, como prácticas sociales ya que estas obedecen a la lógica familiar y social, espacios donde se llevó a cabo la socialización inicial de los conocimientos básicos sobre estas prácticas en salud; también reflejan sus experiencias como individuos en un contexto sociocultural en particular. A esto debemos sumarle la diferenciación de roles del padre y la madre<sup>135</sup> al constituirse como familia en donde será ésta la que se encargue de la vigilancia y atención de la salud familiar. Así, serán las mujeres-madres de las familias, las encargadas de generar el mayor número de actividades o acciones específicas respecto al proceso salud/enfermedad/atención.<sup>136</sup>

De esta manera, en un primer momento, las ED son observadas, diagnosticadas y tratadas por la madre y posteriormente, continúan siendo ellas quienes siguen en la búsqueda de la resolución del evento de enfermedad de su hijo<sup>137</sup>. En este sentido en base a las observaciones de las carreras del enfermo, se coincide con la apreciación de Menéndez, cuando señala que los cuidados en el hogar son en realidad el primer nivel de atención.<sup>138</sup>

Al mismo tiempo que las madres ejercen el cuidado en el hogar como curadoras, se convierten en usuaria de las instituciones de salud y/o de los curadores "tradicionales".<sup>139</sup> En las carreras del enfermo analizadas, es posible observar que en la mayoría de los casos, se presentó este doble papel de las madres.

Las madres entrevistadas no estaban solas en sus decisiones, además de sus experiencias previas con ED, contaron con las de familiares, amigas y vecinas. La influencia de las abuelas, de las mujeres de la familia y de las vecinas, se encuentran presentes en el diagnóstico y tratamiento del niño(a) y es importante para el aprendizaje de las madres primerizas ya sea para enseñarlas a distinguir

---

<sup>135</sup> La relación desigual entre hombres y mujeres en el hogar, no fue objeto de esta investigación, sin embargo tiene importantes repercusiones en la atención a la salud y la enfermedad, al asignar a la madre la crianza de los hijos y con ello la responsabilidad de la toma de decisiones durante la carrera del enfermo.

<sup>136</sup> Al respecto véase el trabajo de Menéndez, Eduardo L. "Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica". En Mercado, Fco. Javier, et al (coordinadores) *Familia, salud y sociedad* Col. Fin de Milenio, Serie Medicina Social, México, 1993, p. 130-162.

<sup>137</sup> Sobre la carrera del enfermo y descripción de los posibles subniveles de acción secuencial, ver a Campos Navarro, Roberto. "Prácticas médicas populares: alguna experiencias" En Campos Roberto (comp.) *La antropología médica en México* Tomo I. México 1992 p. 186-210.

<sup>138</sup> Menéndez, Eduardo L. *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones* CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, No. 179, México, 1990, p. 166-203.

<sup>139</sup> Sobre la mujer terapeuta y usuaria, ver el trabajo de Zolla y Mellado "La función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano" en Gonzalez Montes, Soledad comp. *Las mujeres y la salud*, El Colegio de México, México, 1995

síntomas de alarma, o para diferenciar el tipo de curador o tratamiento más adecuado.

La relación de influencia entre vecinas se observó sobre todo entre las madres que viven en una misma calle, ya que comparten medicamentos, tés, hierbas y su propia experiencia, esto último implica que se comparten los saberes de otras madres de familia sobre las ED, las clasificaciones, observaciones y valoraciones de gravedad, o bien de la efectividad de las diferentes terapias y medicamentos. También comparten recomendaciones sobre los curadores, “tradicionales” o médicos de acuerdo a la valoración de la eficacia de sus tratamientos en experiencias previas.

## **2. Las prácticas sociales: la carrera del enfermo**

El diagnóstico materno, entendido como la forma en que las madres determinan el tipo de enfermedad y su gravedad se basa en un conjunto de observaciones de signos y síntomas presentados por el enfermo y las representaciones sociales que constituyen su referencia cotidiana.

De acuerdo con los estudios médicos de las ED, las prácticas en el hogar en relación con la alimentación y la hidratación, tienen particular importancia en el caso de las ED. Si un niño está desnutrido, tiene mayor propensión a enfermarse de diarrea y ésta le causa a su vez, mayor desnutrición, por lo que el círculo diarrea-desnutrición va propiciando mayores riesgos para el crecimiento sano de los menores

En las entrevistas, las madres señalaron que la principal consecuencia de las diarreas, es que los niños bajen de peso:

“Pues se acaban los niños no?, se bajan de peso es el riesgo que tienen, que luego se van para abajo”.

En los hogares considerados para este trabajo, las madres son quienes prepararon y conservaron los alimentos, de acuerdo a sus posibilidades económicas y sus referencias culturales.

Las campañas impulsadas por las instituciones de salud, difunden la necesidad de continuar con la alimentación durante las ED, especialmente se ha reforzado la promoción de la lactancia materna durante la enfermedad para evitar la desnutrición y deshidratación, sobre todo en el caso de los menores de seis meses. Para evitar la desnutrición, se recomienda que cuando el niño sane, se le de una ración más de comida, con el fin de ayudarlo a recuperar peso.



Las entrevistadas señalaron que los médicos les hicieron recomendaciones al respecto y no suspendieron la lactancia materna, en los casos en que se estaba practicando. Cuando los niños se enfermaron, les prepararon con mayor frecuencia caldos de pollo con verdura, arroz, pastas, el caldo de los frijoles, el agua en que se coce el arroz, manzana y plátano.

Entre los alimentos que las madres comentaron que dejaron fuera de la dieta, cuando se presentaron casos de diarrea, se encuentran los granos, como el frijol, la lenteja y el garbanzo, por temor a que la cáscara provoque empacho, la papa y la naranja se dejan fuera también. En algunos casos se mencionó que se disminuyeron los alimentos con grasa o muy condimentados.

Ninguna de las madres mencionó la práctica de dar una ración más cuando el niño sana. En el mejor de los casos, el niño continúa comiendo lo mismo que antes durante los primeros días después de la enfermedad.

Las campañas de salud, han puesto especial cuidado en promover la hidratación oral, debido a que la mortalidad por ED se relaciona principalmente con los procesos de deshidratación. En nuestro país se ha señalado que existe mayor utilización de la terapia de hidratación oral en el hogar y la continuación de la alimentación habitual en los menores de cinco años, en áreas rurales que en población urbana cubierta por la Secretaría de Salud.<sup>140</sup> No obstante el reporte de mayor utilización, son pocos los estudios etnográficos que señalen la forma de administrarlo en el hogar en nuestro país.

Cabe mencionar que la hidratación ha sido parte de los tratamientos "tradicionales", utilizando para ello tés, refrescos, agua de arroz, limonada con sal y caldos. Pero las madres hicieron mayor énfasis en las propiedades curativas de las plantas utilizadas en los tés y alimentos, y no solo a la función de hidratación que cumplen.

Algunas investigaciones han ampliado el conocimientos de estas prácticas "tradicionales" con el objetivo de proponer a ciertos grupos de población su uso como terapias de hidratación, ya que son mucho mejor aceptadas que la terapia del VSO, sobre todo para algunos grupos de edades.<sup>141</sup>

---

<sup>140</sup> Ver al respecto Reyes, Hortencia, Guiscafré, et al. "Variaciones urbano-rurales en la atención del niño con enfermedad diarreica en México" *Salud Pública de México* Mayo-junio de 1996, Vol. 38, No.3 p.157-166.

<sup>141</sup> Véanse al respecto los trabajos de Martínez Salgado, Homero, et. al. "Atole de arroz en niños deshidratados por enfermedad diarreica". SSA, UNICEF, OPS *Avances en el tratamiento y prevención de la enfermedad diarreica en niños* (Memoria Primer seminario-taller nacional para profesores de medicina, pediatría y enfermería) SSA/OPS/OMS, México, 1991, p. 171-188.

Missoni, Eduardo. "La rehidratación oral con soluciones de elaboración doméstica" *Avila Cisneros, Ignacio (coord.) Hidratación oral en diarreas SSA/OMS/OPS/UNICEF/Hospital Infantil de México* México, 1987, p.118-124.

Las madres entrevistadas conocen y tienen acceso al Vida Suero Oral por medio de campañas de vacunación, visitas al Centro de Salud, al CDCEK y en pequeños establecimientos comerciales y farmacias de la colonia y han recibido alguna capacitación sobre su preparación y forma de ser administrado en los hospitales, centros de salud, campañas de vacunación o las escuelas de sus hijos. En este sentido se podría afirmar que las instituciones públicas han sido eficaces en cuanto a la difusión del VSO.

Sin embargo, el uso del VSO, se complementó y en algunos casos se sustituyó, con algún té, agua, jugos, refrescos, agua de sabor o limonada, que se utilizaron como recursos de hidratación en el hogar. El uso del VSO depende en gran medida de su aceptación por los niños, si éstos lo rechazan, las madres intentan mejorar su sabor, mezclándolo con frutas o polvos para preparar bebidas refrescantes, o bien, lo administran en menores cantidades de las recomendadas. Finalmente lo que las madres buscan es que el niño(a) se tome el suero.

Las madres entrevistadas explicaron que en ocasiones hacían esto, así como preparar solo una parte del contenido del sobre de VSO y guardar el resto para otra ocasión. En la realización de las entrevistas se observaron casos de este manejo inadecuado. También se observó que se dieron en dosis menores a las recomendadas.

Llama la atención que las madres conocían la manera de preparar los sueros de VSO y que reconocían que no deben mezclarlo, pero al considerarlo como un medicamento, y la urgencia de que sus hijos lo acepten, las hace prepararlo y administrarlo en forma distinta a la recomendada.

Los principales problemas detectados en este estudio para la aceptación del suero por los niños fueron su sabor salado, el hecho de que se debe administrar en cucharaditas, lo cual lleva más tiempo de atención y mayor dificultad para las madres al administrarlo, que si se pusiera en el biberón; por otro lado, el VSO no disminuye los síntomas (número ni la frecuencia o duración de la diarrea), su función es hidratar mientras la infección se cura.

A pesar de la utilización del suero en el hogar, así como la facilidad de obtenerlo que se tiene en la zona de estudio, los resultados de su utilización coinciden con investigaciones sobre la terapia de hidratación oral<sup>142</sup>, los cuales

---

Bernal Parra, Carlos. "Bebidas de uso común en el hogar para niños con enfermedad diarreica" Mota Hernández, Felipe (coord.) *Manejo efectivo de diarreas agudas en niños y colera* SSA/UNICEF;OPS/OMS, México, 1993, p. 42-46

<sup>142</sup> Al respecto, se presentan situaciones similares sobre la THO en cuanto a la utilización en el hogar, en cuanto a la forma errónea en que se administra, o como las que se describen en el estudio de McDivitt, Judith, Hornik, Robert C., Carr, C. Dara. "Quality of home use of oral

sugieren que los sueros distribuidos por el Sector Salud, preparados y administrados en casa generalmente no son usados como se recomienda. Esto es relevante ya que la eficacia del tratamiento se basa en administrar la solución tal y como se indica su preparación y se administre en las dosis recomendadas de acuerdo a la edad y peso del niño. La eficacia entonces se reduce.

La valoración que hacen las madres respecto de la gravedad de las ED, se basa en gran medida en la observación de signos y síntomas<sup>143</sup>. Entre los que se mencionaron con mayor frecuencia están el cambio en la consistencia de las evacuaciones y su aumento en la frecuencia, también se señalaron los cambios en el color, olor, cantidad de agua en las heces fecales, presencia de moco o sangre, el vómito, falta de apetito, estado de ánimo decaído, dolor de estómago, inflamación intestinal y calentura. Se considera más peligrosa la diarrea que va acompañada de vómito, pérdida de apetito, evacuaciones muy líquidas o con sangre y si hay calentura.

También son consideradas graves las diarreas que aparece junto a otras enfermedades, como en los casos en que se presentan infecciones diarreicas acompañadas de enfermedades respiratorias, o bien cuando dos tipos de diarrea se presentan al mismo tiempo, por ejemplo una caída de mollera acompañada de empacho.

Es de llamar la atención el número de los casos que presentaron al mismo tiempo enfermedades respiratorias y diarreicas, al menos seis de los diez niños mencionados en la carrera del enfermo presentaron ambas enfermedades, dos de ellos tuvieron que ser hospitalizados por ese motivo.

La carrera del enfermo, como ya se ha dicho, inicia en el hogar con una serie de decisiones tomadas por la madre, de las cuales muchas de ellas son apoyadas por las redes familiares y vecinales. La etapa inicial de atención en el hogar puede incluir la autoatención que incorpora decisiones de automedicación.

Cuando esta serie de acciones iniciales no resuelve el problema o no genera cambios positivos en la salud del menor, las madres buscan la atención de los curadores profesionales, ya sea acudiendo con los médicos del Centro de Salud o buscando a una sobadora, dependiendo del diagnóstico materno. En la revisión

---

rehydration solutions: results from seven healthcom sites" . *Soc. Sci. Med.* Vol. 38. No. 9, , Great Britain, 1994, p 1211-1234

Touchette, Paul et. al."An analysis of home-based oral rehydration therapy in the kingdom of Lesotho" *Soc. Sci. Med.* Vol. 39. No. 3 , Great Britain, 1994, p 425-432.

<sup>143</sup> Las razones por las que se escoge un tratamiento o se acude a algún curador parecen no obedecer a criterios lógicos si se les mira desde una concepción externa, pero si se le mira desde dentro, se tiene una mejor comprensión de los sistemas de explicación sobre la salud y la enfermedad que corresponde a otro modo de ver el mundo. Al respecto véase a Snow, Loudell, 1993 "You'd be surprised what you can do with what you have". En Walkia over medicine.

de las hojas diarias de los médicos de los casos seleccionados, en los archivos del Centro Lomas de Madrid señalan que los niños fueron llevados a consulta al tercer día de iniciada la enfermedad, en promedio, y la moda encontrada en estos archivos fue de 24 horas. No obstante hubo casos que tardaron hasta siete días en ser llevados al médico.

Los síntomas y la edad de los niños son datos importantes que se combinan y se toman en cuenta para que las madres decidan buscar o no la atención de un curador profesional. En el conjunto de las entrevistas se observa que a los niños mayores de tres años no se les lleva tan rápido a consulta y se les atiende en el hogar con medicamento alopático y herbolario sin que medie consulta previa. A los menores de esta edad se les prestó mayor atención profesional. La mayor parte de las madres entrevistadas optó en primer lugar por llevar a su hijo con el médico alópata.

Sin embargo, una práctica común entre las madres es combinar la atención alopática de los niños(as) con la atención "tradicional" de una sobadora. Esta combinación puede ser de manera simultánea o al poco tiempo después de iniciado el tratamiento alopático. Las madres explicaron que esta práctica ayuda a una más rápida recuperación de la salud de su hijo y no se interfiere una con la otra, aunque el tratamiento, las dietas y la forma de hidratar sean diferentes en algunos aspectos.

De las dieciocho carreras del enfermo, diez de los casos recibieron atención de los dos tipos de curadores, siendo siete de las diez madres las que señalaron haber llevado a sus hijos a sobar en otras ocasiones.

El porqué de las madres para tomar estos caminos en la curación de sus hijos parece tener relación con la importancia de que los signos y síntomas de la enfermedad desaparezcan o se modifiquen de forma positiva. En este caso es importante para ella observar que la diarrea disminuya en frecuencia de evacuaciones, o el estado general del niño se mejore. Por esta necesidad las decisiones buscan el tratamiento que sea más rápido y eficaz en resolver el problema de diarrea, así sea automedicar al enfermo, llevarlo con el médico y/o con la sobadora.

La autoatención es un proceso permanente que se presenta en diversos estratos sociales y que basándose en el diagnóstico materno, se eligen los tratamientos. Estas decisiones implican saberes provenientes de los diferentes modelos médicos, con los que la madre interactúa y que son implementados en el hogar y que no se reduce a la automedicación. En el caso de las enfermedades diarreicas, encontramos que la autoatención está presente en todos los casos.<sup>144</sup>

---

<sup>144</sup> Ver Menéndez, Eduardo. *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Cuadernos de la Casa Chata No. 86, CIESAS, SEP México 1983

Con el objetivo de disminuir la mortalidad y la tasa de morbilidad por diarreas, las cuales continúan siendo una de las principales causas de muerte y de atención en las instituciones de salud, la terapia de hidratación oral ha recibido una amplia difusión en la población. El Sector Salud ha fomentado el manejo preventivo en el hogar por medio de la utilización de los sobres de "Vida Suero Oral" y han enfatizado la detección oportuna y prevención de la deshidratación.<sup>145</sup> Sin embargo, también se han difundido otros tratamientos médicos para atender los problemas que generan las DE (parasitosis, amibiasis, infecciones estomacales, etc), conocimientos de los cuales se han apropiado particularmente las madres para atender las diarreas de sus hijos. En este sentido, la promoción de las medidas que eviten las diarreas, desde el Sector Salud, influye para que las madres automediquen a sus hijos cuando enferman de diarrea.

Durante los últimos veinte años, los tratamientos médicos cambiaron de manera radical, de manera que los conocimientos que se tenían en la población, provenientes del saber médico de aquellos años, tales como el período de ayuno o la administración de productos farmacéuticos antimicrobianos y de aquellos que contienen caolín pectina, se modificaron al enfocarse el tratamiento médico hacia la terapia de hidratación de manera prioritaria y no a la disminución inmediata de evacuaciones.<sup>146</sup>

Ahora se fomenta la administración de líquidos en el hogar, la lactancia materna y continuar con la alimentación habitual, evitando alimentos muy condimentados, laxantes o irritantes y se recomienda no administrar medicamentos en la mayoría de los casos incluyendo los mencionados en el párrafo anterior.<sup>147</sup>

Las recomendaciones médicos "atrasados", aunados a las nuevas indicaciones médicas, a su vez sumados a la información "tradicional", constituyen el abanico de información con que la madre de familia cuenta para evaluar y llevar a la práctica tratamientos diversos.

La apropiación de este conocimiento es un proceso educativo del que las madres se van apropiando y sumando a otros saberes. Este proceso comprende

---

<sup>145</sup> Véase para mayor información, el manual de la OMS, Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. The Treatment of Diarrhoea. A manual for physicians and other senior health workers WHO/CDR/95.3 10/95

<sup>146</sup> Véase al respecto los tratamientos recomendados en para las Shigelas en el Hospital Infantil de México, al respecto se señala los siguiente: "como en otros padecimientos diarreicos agudos del lactante, es generalmente necesario, una vez iniciada la administración de líquidos por vía parenteral, un período de ayuno, que ayude a reducir la frecuencia y volumen de las evacuaciones diarreicas, la distensión abdominal y el vómito..." en Del la Torre, Joaquín A. "Shigelosis" en Hospital Infantil de México. *Enfermedades diarreicas en el niño*. México, 1981, p.202

<sup>147</sup> OMS, OPS, UNICEF, Sistema Nacional de Salud, PRONACED-IRA *Manual para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas*, PRONACED-IRA, México Noviembre 1995 p. 3

tanto sus experiencias con el sector salud en caso de enfermedad, como otras relaciones con familiares, curadores "tradicionales", y las secuencias de las carreras del enfermo que les van mostrando los tratamientos relativamente más eficaces.

De esta manera, las madres evaluaron los tratamientos por su eficacia inmediata, y si no hubo un cambio positivo en la salud en un rango que osciló entre dos y siete días, se buscó aplicar nuevos tratamientos. El cambio positivo o mejoría se enfocó prioritariamente a la disminución en los síntomas visibles, que en muchas ocasiones atiende más los efectos que a las causas del problema.

Las prácticas de automedicación fueron mencionadas por la mayoría de las madres entrevistadas y se refirieron a ellas en términos de cómo los tratamientos alopáticos habían sido eficaces en otras experiencias con síntomas similares a los que ellas observaban en sus hijos. Otras experiencias con sus propios hijos o los hijos de otros familiares y vecinas, aun antes de acudir directamente a la consulta médica.

Es importante señalar que las prácticas de automedicación fue más común para niños mayores de tres años, que menores, y menos aun en niños de menos de un año. Fue común encontrar también un botiquín alopático y hierbas que son utilizadas en el momento en que se presenta la enfermedad. Estos medicamentos fueron recetados por el médico en otras ocasiones y que al terminarse el tratamiento indicado quedó una parte sin utilizar que fue almacenada por las madres para ocasiones posteriores, así el medicamento que va quedando, después de que termina el tratamiento médico, se convierte en una farmacia gratuita al servicio de la familia o de otras cuando lo solicitan, dependiendo de las relaciones vecinales.

<b>Cuadro No. 13 Medicamentos alopáticos mencionados</b>
<input type="checkbox"/> Sueros: Vida Suero Oral, Pedialite, Solución cacerera preparada con limonada y sal sin medidas precisas.
<input type="checkbox"/> Bactericidas: Furoxona, Fuxina (nombre comercial de Furoxona)
<input type="checkbox"/> Antiparasitarios: Metronidazol
<input type="checkbox"/> Bactericidas: Trimetoprima, Amikacina, Penicilina, Amoxil.
<input type="checkbox"/> Adsorbentes: Treda, Kaopectate
<input type="checkbox"/> Antipirético: Tempra

Los nombres de medicamentos son aquellos con los que aparecen en el cuadro básico de las farmacias de la Secretaría de Salud, y su utilización, según recomendaciones de la OMS debiera restringirse a casos de disentería y cuando hay sospecha de amibiasis. La forma de administrar el medicamento por parte de los médicos en los casos estudiados, aparentemente se basa en un primer momento, en sus conocimientos y experiencia cotidiana, y en segundo en base de estudios de laboratorio.

En todas las familias entrevistadas se mencionaron algunas plantas que son utilizadas como primer tratamiento a las ED, (véase cuadro No. 14).

**Cuadro No. 14 Tratamiento herbolario referido**

- Añil (*Indigófera suffruticosa* Miller)
- Albahacar (*Ocimum basilicum* L.)
- Ajo (*Allium sativum* L.)
- Guayaba (*Psidium guajava* L.)
- Hierbabuena (*Mentha canadensis* L.)
- Epazote (*Chenopodium ambrosioides* L.)
- Manzanilla (*Matricaria chamomilla* L.)
- Mostaza
- Linaza (*Linna usitatissimum* L.)
- Pionilla (*Zexmenia podocephala* Gray)
- Limón (*Citrus aurantiifolia*)
- Hierba del Indio (*Aristolochia batucensis* Wiggins et Rollins)
- Sinvergüenza
- Hierba del Manto (*Lysiloma divaricata* Macbride)

La preferencia por determinadas hierbas se relaciona con las redes sociales familiares y vecinales. En este sentido el lugar de origen influye sobre los saberes maternos.

La utilización de medicamentos y hierbas presenta semejanzas y diferencias con la que se refiere en otros estudios. Llama la atención la utilización del añil como prueba de empacho, con cualidades astringentes. Su uso equivale a la utilización del azarcón en otros lugares, sólo que este último es plomo.

Los médicos del PRECED señalaron que el añil es una anilina y que puede provocar paralización del intestino, también produce reducción en la consistencia de las evacuaciones, pero no se pudieron localizar estudios sobre los compuestos y posibles consecuencias. El responsable del Centro de Salud señaló que en diversos momentos se ha prohibido su venta. Las madres de familia en algunos casos mencionaron que probablemente haga daño porque han escuchado que contiene plomo.

Los trabajos del Instituto Nacional Indigenista, ubican su consumo en Sonora, Veracruz y Nayarit, su nombre científico es *Indigófera suffruticosa* Miller, una hierba que es mencionada en el siglo XVI en el Códice Florentino como cura para “enfermedades de la cabeza”. A inicios del siglo XX el Instituto Médico Nacional la señala como “astringente, para el dolor y calor de cabeza de los niños, catártica, para aliviar la gastroenteritis, analgésica, antiepiléptica, antiespasmódica y para la gastroenteritis”.<sup>148</sup>

<sup>148</sup> INI, *Atlas de las plantas de la medicina tradicional mexicana* Tomo I, INI, México, 1994, p. 154

En cuanto a la toxicidad, se menciona que en ocasiones se ha reportado la presencia de toxicidad para esta planta, por lo general debida a casos de sobredosis cuando se ha utilizado como purgante, en esos casos se presentaron diarreas severas y espasmos. Se describe que los tallos provocan cierta toxicidad.<sup>149</sup>

En el libro de Farmacopea Mexicana de 1925<sup>150</sup> se describe el procedimiento para obtener de la planta un polvo azul y se señala que por extensión, se da también el nombre de añil a materias colorantes azules extraídas de especies vegetales de distinto género.

Las madres lo compran en forma de polvo en solo algunas farmacias o tiendas en Hermosillo. El uso doméstico señalado por las madres es para producir un blanco azulado en el lavado de la ropa blanca.

Las sobadoras mencionaron durante la entrevista que las dosis proporcionadas del añil, varían con la edad del enfermo, así para un bebé, se utiliza la parte final de la punta de una cuchara cafetera, apenas lo que se alcanza a adherirse a ella y se mezcla con aceite o café, pero para un niño de más de un año es un poco más, la punta de la cuchara rasa.

Sería necesario la realización de estudios más profundos sobre su composición y sobre los efectos físicos en los enfermos de diarrea en Hermosillo. En las entrevistas, todas las madres lo conocían y nueve de ellas sabían como administrarlo. Durante las encuestas, se verificó la gran aceptación que tiene entre la población, en algunos casos con reservas debido a la posibilidad de que hiciera algún daño. En seis de las dieciocho carreras del enfermo reconstruidas fue utilizado el añil, estos corresponden a diferentes ocasiones en que se enferma un mismo niño, por lo que en total son tres las madres que mencionaron haberlo utilizado en los casos reconstruidos. En la información de las diez entrevistas, seis de las madres dijeron haberlo utilizado en experiencias previas.

La madre puede lograr una relación cercana con la sobadora, muchas veces las unen relaciones de parentesco y viven en la misma colonia. Las madres señalaron que hay sobadoras que saben curar algunos de los tipos de enfermedades y otros no, por ejemplo, algunas son especialistas en levantar mollera, otras en despegar el empacho o bien, otras más pueden curar el susto.

La relación de confianza es más difícil de establecer entre las madres y los médicos, debido a una serie de factores que habría que profundizar en otro trabajo, de los cuales mencionaremos la cantidad de pacientes que se atienden todos los días en los consultorios, la cantidad y calidad de la capacitación recibida

---

<sup>149</sup> Idem.

<sup>150</sup> UNFCC *Farmacopea Mexicana* Quinta edición, México, 1925 p. 89-91



por el personal, las relaciones de verticalidad y estructura jerárquica de los servicios de salud<sup>151</sup> y los problemas relacionados con la autoatención.<sup>152</sup>

Como su acercamiento con el médico es una relación desigual, no se le mencionan los tratamientos seguidos en casa o los recomendados por la sobadora., prefieren no hablar con ellos sobre parte de la carrera del enfermo, de la misma manera, dejan fuera lo que se refiere a sus dificultades o fracasos en la administración de Vida Suero Oral y la utilización de otras formas de hidratación oral. Se asume que el médico tiene la sabiduría del progreso, más no siempre la experiencia y en la balanza, los saberes "tradicionales" se mantienen de manera subordinada ante la hegemonía del saber médico.

En cuanto a la prevención de las enfermedades que se describieron, las madres señalaron que la higiene en el hogar era una de las prácticas que podía evitar a las ED. Al mencionarlo, señalaron que la causa principal era el descuido materno en la limpieza del manejo de los alimentos, asumiendo toda la responsabilidad de la enfermedad o compartiéndola con la desobediencia de los hijos respecto a comer con las manos sucias.

Las prácticas preventivas mencionadas fueron las de lavarse las manos, tapar los alimentos, lavar los trastes antes de utilizarlos para comer, lavar verduras y frutas, combatir las moscas, hervir el agua, no darles alimentos crudos ni granos que puedan tener ollejo hasta después de que cumplan el año.

Se puede observar que en los saberes maternos se encuentran entretejidos conocimientos sobre los cuidados a la salud y la enfermedad, que provienen de distintos modelos médicos y que son utilizados cuando se requiere de ellos. Los saberes "tradicionales" se mezclan con los alopáticos al señalar coincidencias entre el empacho y la infección que requieren de tratamientos complementarios.

### **3. Las representaciones sociales**

Por representaciones sociales en este trabajo se entiende lo referido a aquellos conceptos, creencias, orientaciones y actitudes que los conjuntos sociales expresan sobre un hecho o tema específico en su vida cotidiana. En este caso, las representaciones son las formas de conocimiento de sentido común construidas por las madres en relación a las enfermedades diarreicas, es decir,

---

<sup>151</sup> Sobre las relaciones al interior de las instituciones de salud, véase a de Roux, G.I. "La participación social ..." Op. Cit. p.141-152

<sup>152</sup> Ha sido ya trabajada en la zona la problemática de la participación comunitaria en salud, la cual se relaciona con el tema de la autoatención respecto de las capacitaciones y las expectativas de autoatención de los servicios médicos. Consúltese a Castro Vásquez . Op. Cit.

sus explicaciones, las causas, la clasificación de estas enfermedades, así como la descripción de sus características.

Estas representaciones, en el campo de la salud y la enfermedad, incluyen los contenidos de diferentes modelos médicos así como las características propias de contextos socioeconómicos con diferentes relaciones de poder entre los actores involucrados y constituyen un abanico de posibilidades para las decisiones que se toman en la práctica cotidiana frente al proceso salud/enfermedad/atención.

Por lo general, las madres de familia describen las enfermedades diarreicas como el aumento del número de evacuaciones con cambios en su apariencia y consistencia.

“...pues cuando a uno le da diarrea, lo primero que uno se da cuenta de que eso es, diarrea, es porque no deja uno de ir al baño, le dan muchos torsones y cuando va, hace, cuando uno tiene diarrea, no hace normal no? o sea ... va al baño y obra así diferente no? con agua y a veces con sangre, y dice uno: tiene diarrea.”

Utilizan el concepto de diarrea de dos formas, tanto para referirse a un tipo de enfermedad, de acuerdo a la clasificación que tiene de las mismas, como al síntoma común de enfermedades con diferente etiología. La diarrea es entendida como cambio en las heces fecales, es un síntoma de diversos padecimientos y también una enfermedad en sí misma.

Desde la conceptualización materna de las ED, las causas de la diarrea son de carácter diverso, pueden ser golpes o caídas, o bien provocadas por el calor del exterior y/o del cuerpo, el ingerir comida en mal estado, el aumento de secreciones cuando salen los dientes, la falta de higiene y la presencia de animales, lombrices, parásitos y virus.

### **3.1 Clasificación de las enfermedades diarreicas**

#### **Diarrea**

Cuando las madres señalaron que había diarrea se referían al aumento del número de evacuaciones y al cambio en consistencia, color <sup>153</sup>y olor. En algunas ocasiones señalaron como causa de la diarrea a alimentos que no son aceptados por el estómago, los cuales no estaban echados a perder, sino que a cada persona le son o no fáciles de digerir. Un ejemplo es la sandía, o el melón, pero puede ser cualquier comida que “el estómago rechace”. No se señala características especiales de este tipo de diarrea.

“Muchas veces porque les cae mal la comida, yo digo pues a muchos les suelta el estómago, yo digo por mi abuelita porque ella si no le caía la comida ella lo reconoce porque le suelta el estómago.”

Otras causas de este tipo de diarrea es alimento en malas condiciones, señalan en especial los mariscos. Se reconoce porque todos los que ingieren el alimento se enferman al mismo tiempo.

“Sí nos da diarrea cuando nos cae algo mal no? que cómo me duele el estómago y ahí vamos al baño todos. Porque nos cayó algo mal que comimos.”

*Valoración de gravedad:* puede ser muy grave si no se trata y se complica con otras enfermedades como las de vía respiratoria, pero generalmente se curan en el hogar .

#### **Diarrea por calor/deshidratación**

El calor es otro elemento que propicia la diarrea. Tanto el calor corporal, (especialmente el calor en el estómago), aunado al calor externo, causa que los alimentos no se digieran bien, se echen a perder fuera y dentro del cuerpo, de tal forma que provocan diarrea. Un ejemplo es el de la leche que se puede cuajar en el estómago y forma bolas que causaran después empachos.

“¿Y por qué crees que se enfermaría?  
Por el calor, en ese tiempo estaba haciendo mucho calor.”

El calor vinculado al medio ambiente tiene importantes repercusiones en la forma de concebir la deshidratación, sobre todo al vincularla a los meses de verano en un lugar tan caliente como Hermosillo, donde se alcanzan temperaturas en julio y agosto de hasta 49 grados centígrados. Así, a las diarreas de calor,

---

<sup>153</sup> Véase una más amplia relación sobre los colores de la diarrea en Guatemala, también aparece en el trabajo referencias sobre la noción de lo frío y lo caliente en Burleigh, Elizabeth, et. al., “Colors, Humors and Evil Eye: indigenous classification and treatment of childhood diarrhea in Highland Guatemala”. En *Medical Anthropology*, Vol 12 p. 419-441, USA, 1990.

también se les conoce en algunos casos como diarrea por deshidratación, señalando que los niños primero se deshidratan y después viene la diarrea.

“O sea, supuestamente cuando uno se deshidrata dice que pierde uno muchos líquidos, entonces le viene, empieza a sentirse mal, pues del estómago no? yo digo que del estómago porque pierde uno líquidos y este, pues de ahí le vienen las diarreas. No sé cómo podría explicar, no tenía pensado yo eso.”

Algunas madres de familia, vincularon de otra manera la deshidratación a la diarrea, enfatizando la pérdida de líquidos, pero en la mayoría de las entrevistas la idea es confusa.

La descripción de las diarreas por deshidratación apenas delineada en las entrevistas de las madres, volvió a ser mencionada en la entrevista a una de las sobadora que vive en la zona de estudio, la cual señaló lo siguiente:

“Por deshidratación, pues aunque es que por ejemplo, la gente que vive más a las orillas, en cuartitos de cartón y todo eso, pues los niños se les enferman de diarrea por lo mismo, y es a la gente que más les recomiendan que tengan el suero, porque entre más suero les da uno hay menos probabilidades de enfermedades, de que se enfermen, porque no nomás por los dientes o por las mollerías y todo eso vienen las diarreas. Hay niños que les hace mucho el calor y ya empiezan con diarreas por deshidratación y cuando empiezan con diarreas por deshidratación, pues entonces ya son diarreas muy fuertes, de que pura agua. Cuando es por deshidratación, es pura agua, mucha sed, se les seca mucho la boquita, y los ojos también, lloran y es muy notable la deshidratación, porque lloran y sin lágrimas, lloran y no les salen lágrimas, se les seca mucho la boca.”

*Valoración de gravedad:* Las diarreas por deshidratación son más peligrosas, los niños pequeños se agravan con facilidad.

Pareciera que la deshidratación se encuentra fuertemente ligada a los efectos de la insolación en la concepción materna, pero no sucede lo mismo con la diarrea, de manera que algunas madres la clasifican como un tipo de diarrea relacionado con el calor.

### ***Diarrea por Infección.***

La palabra infección fue mencionada en todas las entrevistas, aunque no en todos los casos se describió lo que se entiende por ella. Las madres mencionaron que la infección es la forma en que el médico se refiere a ciertos tipos de diarrea, y lo asumen como un tipo de la misma.

“...yo supuse luego, luego, y el médico me dijo que era infección porque le salía, le apestaba mucho la boca, del estómago como que le salía así una peste muy fea. De la boca, y deste, traía calentura y diarrea. Y le abrí la boca, le olí yo y le salía olor del estómago para arriba, traí infección en el estómago, y sí era infección en el estómago.”

*Valoración de gravedad:* Es un tipo de diarrea más peligrosa que la diarrea sola.

En dos de los casos se mencionaron los parásitos y específicamente amibas, en otro se habla de cólera y virus en general. Cinco de las madres mencionan al agua como probable causa de infección. También se menciona la comida en mal estado y la falta de higiene en el lavado de manos y al beber entre varias personas en un mismo recipiente.

La infección viral señalada por la promotora de salud, se describió con mucho vómito, evacuaciones muy líquidas, altas temperaturas. De mayor gravedad que otras.

La infección se relaciona con el empacho, para algunas madres es exactamente lo mismo, aunque otras describen que lo que se queda pegado en la boca del estómago provoca la infección. Esta misma idea es mencionada también por la sobadora entrevistada.

Madre de familia: "O sea le buscan así, por ejemplo un empacho es si por ejemplo se le pego el chicle a él se le queda pegado, entonces como se va quedando pegado va agarrando pues, por eso el empacho es infección pues, por que como ya se va enlamando, se le va pegando comida se va juntando todo eso entonces es cuando le viene lo de la calentura y la diarrea."

Sobadora: "No del empacho por que cuando ya se le pega el estómago ya de hecho hay una infección y de eso viene la calentura."

*Signos y síntomas:* El signo más importante es la presencia de calentura. Las evacuaciones son frecuentes, de color verde o amarillo, con presencia de mal aliento, provoca rozaduras en la piel. Tiene una duración más prolongada que la diarrea sola.

"... Pues mira, según la diarrea no? pos ya ves que hay unas que como cuando tienen la mollera caída pos hacen verde, y está la otra, pos más o menos uno ve el color de que hace el niño del popó, si tiene calentura puede tener una infección en el estómago."

"Si están enfermos de diarrea, yo creo que vienen siendo la misma, o sea, (diarrea y deshidratación) están enlazados los dos no? me supongo yo que si le da diarrea, el notar es porque tiene diarrea no? y uno les tienta... si no les da calentura a estos, por eso es que yo digo que es deshidratación y no es infección en el estómago, porque cuando es infección les da calentura."

*Tratamiento:* La infección es generalmente tratada por médicos o bien, por medio de automedicación alopática. Si se clasifica como empacho, se acude a ambos curadores

### ***Diarrea por empacho:***

El empacho se describió como alimentos, sustancias u objetos que no pueden ser digeridos y se quedan pegados en el intestino o en el estómago, lo cual provoca calentura y diarrea.

*Signos y síntomas:* El estómago se les inflama y si se les pega con el dedo, suena como tambor. Además se les hace una bolita en la boca del estómago que puede sentirse al tacto, el estómago se les pone muy caliente. Al darles la puntita de la cuchara de disuelto en "aceite de comer" o en café, el principal indicador de empacho es que no salga en las heces fecales el color azul del añil. Esto significa que el añil que se quedó despegando el empacho. Las evacuaciones son más olorosas.

*Tratamiento:* Por tres días, durante la mañana, en ayunas, se le da al niño(a) una cucharadita de aceite con poquito añil, y se le soba con las manos aceitadas, en la boca del estómago y la espalda, se jala la piel sobre la espina dorsal, cuando se escucha que truena se le está despegando el empacho, al final se dan unos golpecitos en la espalda. Por lo general, en los casos de reconstrucción de carrera del enfermo, el empacho es tratado también con "la medicina del médico", la madre acudió al consulta, y al mismo tiempo o después, según valora la eficacia del medicamento, se busca el tratamiento de la sobadora.

El combinar los dos tipos de tratamiento se presentó en algunas de las entrevistas, en los casos en los que fue reconstruida la carrera del enfermo, en otras se mencionó cuando recordaron experiencias con hijos mayores.

"Sí, cuando estaban chicos, es que la señora ella, esa señora era la que me lo curaba siempre de empacho pues, ella decía, yo le decía que no se curaba que estaba esto que el otro y que aveces tenía diarrea no también y me decía ella tráemelo antes de las once decía, por que decía que las mañanas era bueno sobarlo y este lo sobaba por tres días no, y sí, si se calmo también del susto"

La medición de efectividad que hace la madre sobre el tratamiento médico tiene en común la urgencia de ver un cambio en el tipo de evacuaciones y en el número de ellas. Las madres señalan que la combinación de tratamientos ayuda a que se alivien sus hijos.

La medicina del médico cura en cierto modo, pero es necesario despegar lo que está propiciando la enfermedad, es decir lo que se quedó pegado en el intestino o el estómago.

### Tipos de empachos mencionados:

---

Según es la causa o la duración de la enfermedad, las madres se refieren a diferentes tipos de empacho:

*Empacho viejo o seco* Aquel que no ha sido tratado oportunamente, la enfermedad es de más larga duración.

*Empacho de dientes:* Este tipo de diarrea es considerado normal en la etapa en que salen los dientes, por el aumento en la salivación que se produce. Las madres señalaron la importancia de evitar que el niño(a) se trague la saliva ya que puede formarse un empacho.

Recomiendan en algunas ocasiones dar al niño una cebollita cambray para que se rasque y no se trague la saliva, y no limpiarle la boca ya que “se le puede ir”. En caso de que el niño la trague, es posible que sea eliminada por el excremento, entonces se dan unas “diarreas” que no son consideradas muy importantes.

*Empacho por la caída de la mollera:* Este tipo de empacho fue mencionado únicamente por la sobadora entrevistada, señalando que la mucosidad que se junta donde se cayó la mollera, cae al estómago y provoca un empacho, como lo hace la saliva en la diarrea de dientes.

*Empacho por tragarse cosas:* Puede presentarse empacho cuando los niños ingieren cosas que encuentran tales como papel, cabellos, tierra, pedazos de bombas (globos), envolturas de dulces, chicles etc.

*Empacho por alimentos:* Se mencionaron algunos alimentos que provocan empacho si no están bien cocidos o se comen calientes, entre ellos destacan los alimentos preparados con harina, la membrana que envuelve la yema del huevo, la cáscara de los granos o de algunas frutas, la sandía y el melón.

### ***Diarrea de dientes***

La causa de la diarrea de dientes fue mencionada anteriormente en el empacho de dientes. Cuando el niño (a) no se empacha, puede presentar diarrea que son consideradas normales por las madres.

*Signos y síntomas:* Se caracteriza porque las evacuaciones varían de normal a diarrea con mucha agua o mucosidad, puede durar hasta siete días, la presencia de mucosidad en las heces fecales es atribuida a la saliva. Puede durar hasta siete días, o el tiempo necesario para que salgan los dientes. Por lo general los niños se observan muy molestos por la comezón y porque muchas veces sufren de rozaduras en la piel.

*Valoración de gravedad:* Algunas de las madres llevan al médico a los niños cuando dura mucho tiempo o se complica la enfermedad con infecciones respiratorias, pero por lo general consideran que se cura sola, cuando salen los dientes y se acaba la secreción excesiva.

“Pos una diarrea se les queda cuando se les salen los dientes, aunque le des medicamento no se le va a quitar pero, como ella mira, pos ya le están saliendo los dientes, verás que hace así aguadito pero no es diarrea.”

La sobadora señala que la mucosidad que cae al estómago proveniente de la mollera caída puede causar empacho también y es necesario tratarlo tanto de empacho como de la caída de la mollera.

### ***Diarrea por la caída de la Mollera***

La caída de la mollera (caída de varillas o paladar), se presenta durante los primeros años de edad, según las madres de familia entrevistadas, a los tres años ya se cerró, pero según la sobadora entrevistada puede cerrar superficialmente antes, pero por dentro hasta los seis o siete años.

Existen dos tipos de mollera, la de adelante (coronilla) y la de atrás (nuca). Es más peligroso si se cae la de atrás.

La causa principal señalada por las madres de familia fue el golpe o caída hacia atrás del niño (a) que provocó el movimiento de las varillas o paladar. Puede recibirlo aún dentro del vientre materno con las caídas o golpes de la madre. Es posible que se caiga la mollera también si al estar mamando se le saca de la boca el pezón de manera brusca.

Signos y síntomas: El color de las evacuaciones cuando está caída la mollera puede ser verde, la cabeza se siente caliente y no funciona la medicina del médico.

“ La mollera, es que vino mi tía pues y la llevé con el médico y no se me aliviaba de la diarrea pues, con la medicina que le dio y vino mi tía y como yo antes de que naciera me había caído, me dijo no, pos de que te caíste se le cayó la mollera”

*Tratamiento:* En las entrevistas se mencionaron variantes en el tratamiento de la mollera caída dura tres días, teniendo en común paladear al niño (a) empujando con el dedo la parte de atrás del paladar y se soba la mollera. En algunas ocasiones se le pone al dedo un poco de agua con sal (imitando las



lágrimas), y en otras aceite de comer. Después se soba al niño (a) en la mandíbula.

Se señala que hay sobadoras que además de paladearlo toman un poco de agua o vino en la boca y succionan la mollera. Otras ponen huevo en la fontanela.

Algunos procedimientos son considerados peligrosos por las madres, así en el caso de caída de mollera, el succionar la mollera fue uno de los motivos por los que la madre decidió abandonar el tratamiento, el otro fue la falta de higiene de la sobadora, quien no se lavó las manos antes del tratamiento. También el poner huevo en la fontanela fue señalado por la sobadora como una práctica peligrosa.

Algunas de ellas señalaron que el sobar a los niños provoca cierta reacción en el cuerpo, lo cual fue corroborado por las sobadoras. La reacción puede manifestarse como calentura.

Después de paladear al niño se le envuelve en una manta (para evitar un susto), y se le voltea con la cabeza abajo, en esa posición se le dan tres golpecitos en la planta de los pies.

### ***Diarrea de susto***

El susto se refiere a la sensación de sorpresa producida por algún evento desagradable o repentino, no esperado. El principal efecto que tiene el susto es que “se sube la tripa” (el intestino), y no permite el paso normal de los alimentos.

*Signos y síntomas:* En las evacuaciones se observan pedazos de comida no digerida, no son muy líquidas y no se presenta de manera continua, un día están mal y el otro bien. Les da calentura, les duelen las corvas, les da mucho apetito pero no suben de peso.

*Valoración de gravedad:* Puede ser muy grave si no se trata, o si se complica con empacho o con otras enfermedades.

*Tratamiento:* El tratamiento consiste en sobar al niño(a) durante tres días, se untan las manos con aceite y se soba todo el cuerpo, incluyendo extremidades. Se le pide a la madre que en casa tenga dientes de ajo pequeñitos, de ser posible macerados en aceite, para que los introduzca en el ano del bebé. Si se siente que el ajo es jalado hacia dentro (lo recibe), es que el niño estaba asustado.

“Lo sobó para el susto en las corvas ... así que lo estuve llevando todos los días porque a mí no me gusta empezar una cosa y dejarla a la mitad, me dicen que luego recaen más mal. También le dio un té que le estuve dando, uno ya preparado y me dijo lo del ajo en la coía pero no se lo hice, namás con las sobadas se curó, al llegar a la casa ya iba tranquilo y durmió muy bien, así se alivió.”

Una de las sobadoras señaló que el susto también se puede curar utilizando huevos que tienen que ser puestos en casa, no en granja. Se hace con ellos durante tres días "limpias" al niño(a), de la siguiente manera: se utiliza albahaca, chile verde y un diente grande de ajo, lo moja con agua bendita y alcohol. Todo junto se lo pasa por todo el cuerpo al tiempo que la sobadora hace una oración que puede ser un padre nuestro. Le pasa el huevo y lo deja durante 15 minutos en la boca del estómago, luego lo toma y lo rompe en un vaso de vidrio con agua. Si el niño (a) está asustado, se ven una especie de hilos o velitas en el agua, si no, no es susto y no se le vuelve a tratar como tal.

### ***Diarrea por animales/parásitos***

La diarrea por animales en el caso de las entrevistas se refiere tanto a lombrices, como parásitos.

*Signos y síntomas:* Se reconoce la diarrea por parásitos cuando a los niños (as) les da mucha hambre, obran con sangre y aunque comen no suben de peso ("no rinden").

"De todo, aunque estuviera malito seguía comiendo, era lo que se me hacía raro a mí que todo comía, y era mucha el hambre que le daba pero cada rato hacía del baño y me dijo ella que cuando estaban asustados les daba mucha hambre, que no se les quitaba el hambre y el médico, los médicos me decían que era porque tenía parásitos, sí, que también daba mucha hambre."

*Tratamiento:* Los parásitos (Giardia, Amiba) son tratados con medicina alopática, principalmente con Metronidazol. La sobadora recomienda medicamento "del médico" como más eficaz.

En el caso de lombrices, la sobadora también recomienda el tratamiento médico, pero de no contarse con él se cura con una mezcla de leche, epazote y azúcar. Algunas de las madres de familia señalaron que con las lombrices el tratamiento de epazote requiere de mayor cuidado ya que ha de ser preparado en otro lugar. Las dos sobadoras mencionaron la importancia de que se le prepare donde no pueda ser olido por los "animales" ya que son muy "vivos" y si lo huelen se esconden en sus bolsas. Por lo que se recomienda primero darle al niño un dulce e inmediatamente que beba la mezcla, para tomarlas desprevenidas y acabar con ellas.

### ***Disentería***

Se llama disentería a las evacuaciones que van acompañadas de sangre, es considerada más un síntoma de la presencia de animales que un tipo de diarrea. Las madres señalaron que puede deberse a parásitos, a infección o deshidratación.

El que se presente una evacuación con sangre es considerado como un indicador muy grave por las madres de familia, de tal modo que acuden a consulta.

“No, lo llevé ahí, por que, al segundo día hizo con sangre poquito, y ya fue cuando lo lleve ahí y me dijo que tenía parásitos y le, le dio el primer medicamento de trimetoprima con metrodinazol”

La característica del color del excremento, tiene diversas interpretaciones entre las madres, pero la disentería es un signo de gravedad indudablemente. Otros colores de heces fecales tales como el verde, está muy ligado a la diarrea de larga duración, las madres señalan que se pone lamoso, el intestino que ya no tiene alimento que evacuar se “deslava”.

En las representaciones maternas sobre las ED, la presencia de los síntomas es el motivo principal para tomar una decisión durante la carrera del enfermo. Si bien en este trabajo no se profundiza más al respecto, parece ser que es por ello que se utilizan medicamentos que pueden mejorar la consistencia o disminuir el número de veces que se presentan, sin curar sus causas.

Las representaciones maternas, incluyen una manera de entender el cuerpo y su funcionamiento que es diferente a la biológica, si bien se encuentran elementos provenientes de ella, conviven con imágenes de terapias que trabajan en forma mecánica en la solución de algunos problemas, tales como la caída de la mollera y el empacho. Despegar comida de las viseras o volverlas a acomodar para que no se sequen y dejen pasar el alimento, acomodar fontanelas, etc.

Las madres consideran que las terapias del médico y de la sobadora son complementarias porque una ataca los virus o parásitos, mientras que la otra despega el empacho o pone en su lugar la mollera o las viseras.

La dimensión de las creencias religiosas de la salud y la enfermedad no fue explorada en este trabajo, sin embargo, se hizo referencia a ella en el caso de las sobadoras y en las entrevistas grupales. Las primeras al iniciar sus curaciones rezan una oración, consideran que es un don de Dios el poder curar. Mientras que las madres en las entrevistas grupales mencionaron en dos ocasiones el hecho de que sus hijos fueron curados de ED por Dios. Por otro lado, se mencionaron en pláticas informales algunos casos de diarrea por daño, es decir, causadas por personas que hacen alguna brujería que causa ED.

De igual modo, los tratamientos de medicina "tradicional", entre ellos la concepción sobre lo caliente y lo frío, fueron un tema emergentes. El primero de ellos fue incluido en la guía de preguntas a partir de las entrevistas grupales iniciales.

En general, las representaciones sociales sobre las ED son resultado de la interacción entre la madre y su entorno, se trata de un diálogo permanente entre seres humanos, quienes como pensadores activos están inmersos en contextos sociales, culturales, políticos y económicos, dentro de los cuales toman decisiones que repercuten en la carrera del enfermo y en la salud.

En las representaciones existen núcleos que permanecen y se comparten, así como elementos que se transforman y presentan matices diversos. En relación a la salud y la enfermedad, los núcleos más estables tienen una permanencia mayor entre las generaciones maternas y otros elementos que se transforman con mayor rapidez. Entre los núcleos que permanecen y se comparten en relación a las clasificaciones sobre ED en otras partes del país, se encuentra la clasificación de las ED por empacho, la caída de la mollera, el susto y diarrea de dientes.

El empacho se refiere a alimento que se queda pegado en el estómago o en el intestino, de la misma manera que los médicos del siglo pasado lo describían, pero la utilización del añil como prueba de empacho presenta variaciones y se combina con tratamientos médicos ya que se considera que es casi lo mismo.

La representación del susto según definidas por las madres entrevistadas, es diferente a la que se presenta en otras partes del país, en donde se encuentra relacionada con la pérdida del alma. En las entrevistas se le relacionó con causas de desacomodos físicos a consecuencia de impresiones fuertes, lo relacionan con más con las sensaciones.

Las representaciones sociales de las madres sobre las ED, implica convenciones sobre el significado y sistema de referencia en base al cual los individuos organizan sus prácticas. En base a este sistema de referencia, las madres comparten con otras sus experiencias y van modificando sus representaciones.

Las nociones, creencias y orientaciones expresadas por las madres sobre los procesos de salud/enfermedad/atención sintetizan contenidos culturales determinados históricamente. La convivencia entre elementos provenientes de los diferentes modelos médicos conforma las representaciones particulares sobre la enfermedad que pertenecen a un grupo social urbano que vive en condiciones precarias.

## **CONCLUSIONES GENERALES**

El objetivo de este trabajo fue conocer las principales prácticas y representaciones sobre las enfermedades diarreicas de las madres de menores de cinco años que viven en colonias ubicadas al norte de la ciudad de Hermosillo. Desde una perspectiva comprensiva se estudiaron los saberes y prácticas como acciones sociales a través de la reconstrucción de las carreras del enfermo, mismas que reflejaron las secuencias de diagnósticos y tratamientos en el hogar, desde la perspectiva materna.

Se partió del supuesto de que la racionalidad en las prácticas maternas en el cuidado en el hogar de sus hijos, se relaciona con sus representaciones sobre la enfermedad y su rol como mujeres-madres. Esta racionalidad se guía sobre todo por la necesidad urgente de curar, entendiendo por esto la desaparición de los síntomas más preocupantes para las madres.

### ***Condiciones socioeconómicas y epidemiológicas:***

La dimensión social e individual de las prácticas y representaciones maternas se ubicó dentro del entorno socioeconómico y epidemiológico correspondiente. Si bien el estado de Sonora se considera como una entidad que proporciona a su población acceso a mejores niveles de vida en comparación con los que ofrecen otros estados de México, en los últimos años la crisis económica se ha reflejado en la disminución de los ingresos de la población asalariada, así como en el aumento en el desempleo.

Entre la población estudiada se encontró que la mayoría de las familias en donde se presentaron los casos de diarrea tienen ingresos que no alcanzan a cubrir los satisfactores básicos (como la canasta básica de alimentos, vestido, vivienda educación y salud), un poco más de la mitad de ellas viven en condiciones de hacinamiento y una tercera parte no ha conectado su predio al drenaje municipal que pasa por las calles. Lo anterior nos refleja condiciones relacionadas con la pobreza que se convierten en un medio ambiente propicio para las enfermedades diarreicas.

La salud y la enfermedad son polos opuestos de un proceso que se encuentra relacionado estrechamente con nuestra vida cotidiana. Las enfermedades del tipo de las diarreas no tendrían que provocar la muerte de ninguna persona ya que están identificados los factores que la previenen o la controlan, sin embargo, la distribución desigual de los beneficios que se obtienen en nuestra sociedad han ido conformando un panorama en el que la disminución de los ingresos y la pobreza impiden que en la práctica esto sea así.

Durante 1990-1995 hubo una significativa disminución de la mortalidad, sin embargo hubo un repunte para 1996, de 26.4 en 1995 a 30.5 en 1996.

Se sostiene que la aplicación de los programas considerados prioritarios, entre los que se encuentra el de control y prevención de las enfermedades diarreicas por medio de la Terapia de Hidratación Oral (THO), ha logrado disminuir la mortalidad por ED, sin embargo, en este trabajo se considera que la disminución de mortalidad tendría que ser analizada desde diferentes aspectos que la causan, uno de ellos es la implementación de programas de salud, otro tiene que ver con la introducción de servicios básicos, la educación familiar y social y el acceso a mejores salarios y condiciones de vida, la escolaridad de las madres que implica un mayor acceso a información sobre salud, así como los saberes y prácticas de los diferentes actores que participan en los cuidados infantiles.

La aplicación de algunas medidas médicas sanitarias es lo que se denomina Atención Primaria a la Salud Selectiva, a la cual le reconocen un nivel de eficacia, pero la califican como relativa y provisoria ya que tiende a secundarizar e incluso a eliminar la concepción preventiva inicial basada en la acción comunitaria plena, así como de la educación para la salud, al convertir en subordinados los diferentes recursos populares.

A diferencia de la propuesta original de la OMS llamada Atención Primaria Comprensiva o Integral, donde la organización comunitaria, articulada o no con el Sector Salud, constituye el recurso sustantivo para aplicar y asegurar la continuidad de las estrategias de atención primaria. En este sentido, la experiencia del CDCEK resulta un interesante espacio en el que cotidianamente se está construyendo una relación con las instituciones públicas de salud y los programas que se promueven desde ellas, y los planteamientos de Atención Primaria Integral que aglutinaron originalmente al comité.

Sin embargo, la disminución de la mortalidad no ha ido acompañada de la disminución de otras enfermedades como las respiratorias, cuyo tratamiento implica de mayor especialización médica y medicamentos que requieren de una cantidad mayor de recursos económicos. A diferencia del caso de las ED, la estrategia de la THO ha resultado efectiva, sobre todo en cuanto a su implementación en los servicios médicos y menos cara para disminuir las muertes por esta causa, pero en la morbilidad esto no ha resultado así. Durante 1995-1996 ésta se disparó significativamente.

Las ED siguen teniendo un importante lugar en la demanda de servicios médicos y la distribución de la mortalidad señala que una importante proporción de éstas fueron de niños que vivían en la zona de estudio.

Aunque se reconoce que la disminución de la mortalidad por ED es un logro importante en la salud de la población, el discurso del Sector Salud es optimista y

trionfalista frente al aumento en la morbilidad por la misma causa, lo que sugiere que las medidas implementadas en el Pronaced, no se dirigen a la raíz del problema. En este sentido se hace énfasis que el problema de que cada vez mas niños se enferman de diarrea señala que se hacen cada vez más necesarias las medidas que tienen que ver con un enfoque socioeconómico y cultural de dicho problema.

El marco en el que se construyen las relaciones entre los actores involucrados en la salud de los niños está conformado por una serie de acciones sociales que involucran relaciones de poder. Es por ello que el análisis de la información recopilada reconoce que los diferentes actores se vinculan entre sí con diferentes relaciones de poder. Partiendo de este supuesto, se retomaron los modelos de atención a la salud que construye Menéndez<sup>154</sup>, principalmente del modelo médico subordinado de autoatención como marco explicativo del estudio.

### ***Prácticas y representaciones maternas sobre las ED***

Sobre la autoatención la información recabada en este trabajo confirma los señalamientos de Menéndez con respecto a que es en el hogar donde se lleva a cabo el primer nivel de atención. Las madres señalaron las prácticas curativas que realizaron antes de decidir ir al médico, aunque estas medidas no se limitaron a las prácticas de automedicación, ya que les implicó todo el proceso de observación, diagnóstico y determinación del tratamiento más adecuado, valoraciones de gravedad y decisiones de acudir a especialistas. Las madres observan el color, olor, consistencia y frecuencia de las heces fecales, así como síntomas tales como el dolor, la calentura, o elementos a considerar como causas de las ED como el calor del medio ambiente, el calor de las diferentes partes del organismo, la comida ingerida, la higiene, los movimientos bruscos y los sobresaltos. El proceso continúa y las madres siguen observando y aplicando sus conocimientos, representaciones y prácticas durante toda la carrera del enfermo.

La estrategia de curación emprendida por las madres se inicia con acciones de autocuidado, la cual comprende saberes que se basan en sus experiencias directas o indirectas. Estos saberes no son estáticos, y los elementos que los componen tienen una menor o mayor permanencia. Dentro de éstos se identificó en el discurso materno una apropiación de las prácticas de los curadores, tanto los pertenecientes al MMH como al "tradicional", de tal manera que se confirma la tendencia sintetizadora en prácticas y representaciones que Menéndez señala como parte de las características de este modelo.<sup>155</sup>

---

<sup>154</sup> Ver Menéndez, Eduardo *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Cuadernos de la Casa Chata No. 86, CIESAS, SEP México 1983

<sup>155</sup> Idem

Otra de las características del modelo de autoatención se refiere a la legitimidad de la acción curativa de las madres, desde el punto de vista de la comunidad. Son ellas las que asumen el cuidado directo de los hijos, los diagnósticos y tratamientos a seguir y su práctica está socialmente reconocida.

El acercamiento a los saberes maternos se realizó por medio del concepto de representaciones sociales debido a que éste retoma una de las preocupaciones principales en las ciencias sociales sobre la acción social, el concepto permite reconocer que en las prácticas cotidianas están presentes la influencia social, familiar e individual. El abordaje metodológico desde técnicas cualitativas permitió obtener información sobre estas acciones que de otra manera hubiera sido difícil lograr. Esto se confirmó ya que en las entrevistas se reconoció la práctica de acciones en salud que, aunque son reconocidas socialmente como válidas, la medicina alopática no las reconoce: la práctica de la medicina "tradicional".

A través de este abordaje y del concepto de representaciones se reconoció que la acción social contiene un margen de decisión y acción del individuo, en este caso de las madres que fueron expresadas a través de las entrevistas y se sistematizó en las carreras del enfermo.

En el estudio se mencionaron diferentes relaciones con los curadores, mientras que con las sobadoras es posible que las madres construyan relaciones de confianza con mayor horizontalidad, esto es más difícil con el personal del Sector Salud, con quien mantienen una actitud subordinada en la institución que no permite al médico conocer las prácticas no reconocidas por el MMH, pero que forman parte de la carrera de los enfermos que están atendiendo.

Una de las características señaladas del modelo de autoatención es la eficacia pragmática que guía la acción materna con el objetivo de curar lo más rápidamente posible a su hijo(a), utilizando los medios que se tiene al alcance. El mejor será aquel que eliminó más rápidamente los síntomas.

Las prácticas maternas en el tratamiento de las ED fueron estudiadas desde una perspectiva que las reconoce como acciones sociales y dentro de estas se incluye el ámbito familiar, redes y ámbito social como el Sector Salud. La urgencia de curar al niño(a) hace que la madre utilice una serie de recursos a los que acude con regularidad, de esta manera, las abuelas juegan un papel central en la atención de sus nietos en las carreras del enfermo y en la construcción de representaciones sociales. Son las abuelas quienes enseñan a las madres los cuidados en el hogar para prevenir o curar estas enfermedades, sobre todo en la primera ocasión que una madre se enfrenta a estas enfermedades, pero en general continúa compartiendo sus experiencias. Es a través de ellas que las madres reciben las experiencias de la generación anterior con las ED, muchas de las de la medicina "tradicional".



Las vecinas y amigas juegan también un papel importante en la construcción de prácticas y representaciones maternas en la atención de las ED. Éstas aportan elementos que la madre considera en la toma de decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento a seguir o sobre el curador a quien acudir.

Desde la perspectiva materna curar significa eliminación rápida de la sintomatología. Esto tiene implicaciones importantes para la implementación en el hogar de la THO ya que el suero no disminuye la frecuencia ni cantidad de las evacuaciones.

Entre los principales problemas relacionados con la THO se encuentra el sabor salado que tiene, lo cual dificulta su aceptación por los niños. En estos casos, la madre busca la manera de que sea aceptado y lo mezcla con otros ingredientes, ya que el suero es considerado como un medicamento en sí y por ello es mucho más importante que su hijo(a) lo ingiera.

El presente estudio no profundizó en las terapias de hidratación que las madres utilizan en los casos de las ED, no obstante, se identificaron algunas de ellas, aunque entre las razones para escoger alguna de ellas se relaciona también con los beneficios curativos de las hierbas, no se les considera solo como una terapia de hidratación.

Sería necesario el realizar estudios más precisos sobre la cantidad de suero administrado en el hogar. ya que en las entrevistas se refiere que se usan de distintas maneras a las que se indica por los médicos. En la mayoría de los casos estudiados se encontró que el suero se administra en pequeñas cantidades, incluso probaditas únicamente o la práctica de combinar con otros líquidos de sabor el contenido del sobre. Las madres insistieron en que estas prácticas buscaban la aceptación de parte de sus niños enfermos. Quienes lo utilizaron de esta manera señalaron que se les había señalado no mezclarlo, pero no tenían clara la diferencia de hacerlo o no y sobre todo, valoraron que era mejor que tomaran algo de suero aunque fuera combinado, a que no tomaran nada. Al médico no le comentan sobre la forma de administrarlo porque saben que por alguna razón no hay que hacerlo, tampoco les refieren al médico cuando lo dan por muy poco tiempo o cuando definitivamente no lo usan.

La forma de administrar el VSO también fue considerado por la mayoría de las madres como problema. En los casos de los niños pequeños que están lactando el suero debe administrarse con cuchara, lo que les implica a las madres una mayor atención y tiempo para lograrlo, situación que les complica su trabajo cotidiano en la atención de sus hijos, combinado con el resto del trabajo doméstico que realizan.

Las indicaciones que se ofrecen por parte de los Centros de Salud, según el responsable del PRONACED<sup>156</sup>, se han dirigido principalmente a enseñar a las madres cómo se prepara el suero y se ha dejado en un segundo plano otro tipo de explicaciones. Las explicaciones sobre las cantidades a administrar y el tiempo que ha de proporcionarse no quedan claras, al margen de la necesidad de realizar estudios sobre el tema<sup>157</sup>. Además de haberse enfocado a una parte de la terapia, la relación vertical de las madres con los médicos marca una distancia que entorpece la comunicación y que además no incorpora las condiciones de vida que puedan hacer o no viable el tratamiento recomendado, como en el caso de las indicaciones de hervir el agua que por los altos costos del gas butano es una práctica que no siempre es posible realizar.

Existe una estrecha relación entre las representaciones sociales de la enfermedad y las prácticas seguidas durante la carrera del enfermo. La relación con el modelo médico hegemónico es de subalternidad, se le reconoce cierta superioridad a los tratamientos y al saber médico en general, se acude a los servicios de salud pero se oculta la convivencia con otras prácticas "tradicionales" y de autocuidado. Las representaciones sobre la enfermedad, incluyen una clasificación de las mismas que no es estática, no es precisa o elaborada y existe cierta variación de las terapias y signos observados y que incluye la posibilidad de que la enfermedad se complique, cambien los signos y síntomas y con ellos el diagnóstico materno.

Por ejemplo no todas las madres estaban seguras del significado atribuido al uso del añil. También se identificó cómo las sobadoras llevan a cabo distintas maneras de sobar la caída de la mollera, aunque todas buscan poner en su lugar la fontanela hundida.

Uno de los elementos importantes que forman parte de las representaciones maternas es la forma de clasificación de la deshidratación o diarrea de calor vinculada al calor interno (del estómago) y externo (del medio ambiente), ante a las altas temperaturas que presenta el verano de Hermosillo. En muchos de los casos se le considera como uno de los tipos de diarreas, o un agravamiento de algún otro tipo, de tal manera que las madres no consideraron que pudiera presentarse una deshidratación en tiempo de invierno.

En este sentido en la experiencia de las madres se encuentra el problema de considerar la deshidratación como un tipo de enfermedad en sí misma que se debe a la exposición continua a altas temperaturas. Si en estos casos no fue muy obvia la pérdida de líquidos, la deshidratación ocasionada por la diarrea no es

---

<sup>156</sup> Entrevista con Dr. Pacillas, responsable del PRONACED, marzo 1997.

<sup>157</sup> Las evaluaciones que se han realizado han consistido en cuestionarios donde se pregunta a la madre sobre los principales síntomas de deshidratación y la forma de administrar el suero, pero lo realizan los mismos promotores que son responsables del programa, se requiere que personas ajenas al programa puedan realizar trabajos de investigación sobre el tema para obtener evaluaciones externas que enriquezcan la visión de estas prácticas.

del todo clara en sus representaciones de la enfermedad; las madres están convencidas de la relación entre calor-frío, entre lo interno-externo, por lo que en las representaciones maternas no es muy factible o es muy poco probable que haya deshidratación en invierno. De hecho la mayor parte de las defunciones por ED se han registrado en los meses de invierno.

Aparentemente la THO ha tenido mayor eficacia cuando se administra en los servicios médicos que en el hogar. Todas las madres entrevistadas saben como prepararlo, pero las condiciones de la vivienda, el encarecimiento de los costos de hervir el agua o comprar agua de botellón, el rechazo de los niños al sabor, la premura de las madres de administrarlo y la poca cantidad administrada son los elementos a tomar en cuenta para poder sugerir acciones viables.

En los casos en que se estaba proporcionando la lactancia materna, se proporcionó al niño(a) otros líquidos para hidratar y la lactancia no fue exclusiva como el médico lo sugirió. Esto sugiere una valoración de parte de las madres de otros líquidos.

Los tratamientos son la mezcla de medicina alópata con medicina herbolaria, la participación de curadores del Sistema de Salud al mismo tiempo que de curadores tradicionales, son reconocidos como los caminos más adecuados para la curación del enfermo. Se considera mejor a aquel tratamiento que elimina los síntomas de manera más rápida. En la población entrevistada, las madres acuden primero al Centro de Salud y administran el tratamiento por dos o tres días, si no ven cambios en los signos visibles de la enfermedad, buscan complementar o cambiar el tratamiento.

El tipo de diarrea menos atendido en los servicios médicos probablemente sea la diarrea de dientes ya que las madres consideran que el problema se elimina cuando la causa desaparece, es decir, cuando los dientes acaban de salir. Ante este tipo de diarrea las madres esperan hasta siete días en el hogar sin acudir a algún servicio médico o tradicional. De hecho, si no se complica no es atendido por los curadores.

El que las prácticas médicas en el hogar involucren elementos "tradicionales", que muchas veces no son comentados al personal médico, no niegan la hegemonía del modelo médico descrito por Menéndez. Esta hegemonía se refiere a que la dirección de los sistemas médicos predominantes en nuestro país la tiene el modelo médico biologicista, se trata de una apropiación preferencial de las instancias de poder que se logra en alianza con otras clases o sectores sociales que desarrollan prácticas independientes, no siempre funcionales para la reproducción del sistema. La construcción de hegemonía implica la construcción de consensos y/o de coacciones que hacen posible que un grupo detente el poder frente a distintos grupos subalternos, mismos que no comparten en la totalidad el discurso hegemónico, ni sus prácticas, pero que asumen ciertos acuerdos o

ubicaciones frente al poder que no niegan la acción individual o colectiva diferente, solo que se les mantiene como subalternas

Las madres aceptan en el ámbito del consultorio la hegemonía médica, pero en el hogar combinan diferentes prácticas que indirectamente cuestiona la superioridad médica. La mayoría de las entrevistas expresó que guardaron silencio ante los médicos, asumiendo su superioridad por un lado, pero por el otro, reconocen la eficacia de prácticas “tradicionales” que desde su experiencia han sido efectivas en la curación de las ED.

El silencio se presenta cuando se reconoce la posibilidad de algún tipo de coersión y/o se asume una relación subordinada frente a un interlocutor. Así el silencio se convierte en una forma de aparente consentimiento otorgado frente a los saberes médicos alopáticos, pero que en el caso de las madres, se convierte en prácticas diferentes en el hogar con diversos orígenes que se comparten al interior de sus redes familiares y sociales.

En este trabajo se parte de la caracterización de cómo opera en MMH, porque se considera que las relaciones de poder en la sociedad son más complejas que la mera coersión o bien la conducta impuesta desde los “aparatos ideológicos del estado”, la conducta individual tiene un marco de posibilidades inserto en los límites de las condiciones de vida, pero que vive dentro de la cotidianeidad, en los saberes de la cultura médica materna.

Si la medicina alopática ha encontrado explicaciones biológicas y anatómicas del comportamiento de la enfermedad y con ello formas para controlarla, en la vida cotidiana de los grupos sociales y en especial, en el caso de las madres, sus explicaciones conviven con otras formas de clasificarlas y considerarlas que son subordinadas al MMH, pero que su subalternidad no deja de jugar un papel importante en el grupo social estudiado.

Las entrevistadas expresaron las diferencias en sus relaciones con el médico y con las sobadoras que están insertas en relaciones desiguales de poder entre ellas: la relación entre las madres y los médicos implica una relación en la que la jerarquía superior la ostenta el representante del Sector Salud, mientras que con la sobadora existe la posibilidad de una mayor cercanía. La relación con éstas últimas es más cercana, ya que muchas de ellas son madres, vecinas que saben sobar, que tienen mayor información sobre salud o sobre la utilización de diversas plantas y que viven en condiciones similares, o bien personas de edad que fueron parteras en otros tiempos.

La reconstrucción de las carreras del enfermo dejan ver la forma como se realiza esa síntesis de saberes en las que los diferentes conocimientos adquieren significados diversos para las madres. Tal es el caso de la forma de concebir la infección relacionada con el empacho. Estos procesos cuya finalidad es la

curación del enfermo, son en sí una escuela para las madres en general y sobre todo para quienes se enfrentan por primera vez a este tipo de enfermedades como responsables de la salud de los hijos(as). Muchos de los conocimientos compartidos entre las madres, las familias de éstas y las redes sociales tienen que ver con prácticas que eran reconocidas por los curadores alopáticos pero que fueron cambiando conforme el avance en el conocimiento científico en el tratamiento de las ED, tal es el caso de la clasificación del empacho, la utilización de medicamentos con caolín pectina, o la frecuente utilización de antibióticos, así como la eliminación de algunos alimentos de la dieta del enfermo durante un período corto mientras mejoraba su salud.

Desde las representaciones maternas de las ED, la complementariedad de los tratamientos que provienen de distintos modelos en los saberes maternos de salud, se expresa en el reconocimiento de diferentes propiedades en los tratamientos, así, si se trata de curar un empacho, la "medicina del doctor" puede curar la infección pero es necesario sobar para despegar el empacho, de no ser así no se curará definitivamente y puede volver la infección. En el mismo sentido, si no se levanta el paladar, el suero puede hidratar, la medicina puede curar la infección, pero lo que no está en su lugar (las varillas) provocarán secreciones que pueden convertirse en empachos, los cuales junto con la caída de la mollera son considerados en conjunto como una enfermedad de mayor gravedad.

En algunos casos se busca esta complementariedad responde a una concepción materna del funcionamiento de nuestro organismo, se guía por la información previa más las sensaciones, observaciones y comparaciones con otros casos u organismos. Tal es el caso del susto que ante una situación inesperada, la sensación de angustia en el abdomen, se identifica como que "se sube el intestino" y queda desacomodado, por lo que es necesario volverlo a su lugar.

Esta concepción del funcionamiento del cuerpo es una mezcla de saberes provenientes de diferentes modelos y se construye con distintas fuentes de información, la educación formal proporciona elementos sobre nuestra anatomía pero el interés por conocer sobre nuestro funcionamiento probablemente aumenta un poco después, cuando las madres se enfrentan a problemas de salud sobre los cuales se tiene cierta responsabilidad y en ese entonces la información más a la mano proviene de las redes sociales con que se cuenta y de la educación no formal recibida a través de medios masivos e instituciones de salud.

La información con la que cuentan las madres no es solo la recibida en las capacitaciones del Sector Salud, los nuevos conocimientos se mezclan con experiencias previas directas o indirectas. Ellas saben que hay que dar más líquidos, principalmente VSO, pero lo relacionan con los signos y el tipo de diarrea por deshidratación.

Los líquidos utilizados en las terapias en el hogar, se considera que tienen propiedades frías o calientes, así que conocer la clasificación materna sobre los mismos puede ayudarnos a entender los tratamientos esperados. La idea principal es refrescar el estómago cuando hay ED, por lo que el tipo de plantas utilizadas como remedios caseros ha de tener esta característica, no obstante, si se tiene alguna otra enfermedad como infecciones respiratorias los tratamientos varían, buscando combinar aquellas plantas frías con otras calientes para que la combinación de ambas no causen daño a otra parte del cuerpo.

Los tratamientos alopáticos señalados en el discurso materno, reflejan una alta frecuencia de la utilización de fármacos, así como la práctica de diagnosticar en base a las descripciones maternas de la enfermedad y los signos y síntomas observados durante la consulta, en las entrevistas se refleja la utilización del medicamento antes de contar con pruebas de laboratorio. Si bien los médicos lo recetaron en base a la sintomatología aprobada en las normas, no se considera los efectos iatrogénicos de los mismos en los casos, que han sido señalados por la Organización Mundial de la Salud. Sería necesario el realizar estudios sobre la utilización de medicamentos en el caso de las ED.

### ***Líneas a profundizar:***

El trabajo sugirió una serie de preguntas de investigación que aporten nuevos elementos a este tipo de estudios y por otra parte, arroja hallazgos que pudieran considerarse por los responsables de los programas de control de las enfermedades diarreicas, -a continuación se delinearán primero algunos temas que surgieron a partir de la reflexión sobre las entrevistas.

- Sobre las representaciones y prácticas de las ED del personal médico y paramédico debido a la influencia que tienen sobre las madres en el momento de la consulta así como el tipo de diagnósticos y sobre todo tratamientos que utilizan, el estudio en realidad deja planteadas preguntas sobre la cantidad de medicamento que se utiliza para estas enfermedades, y los criterios que se siguen para dar determinado tratamiento.
- De la misma manera se considera importante el estudiar las representaciones y las prácticas de las sobadoras, en este trabajo se tuvo solo un primer acercamiento con ellas pero su influencia en las carreras del enfermo abren preguntas acerca de los tratamientos y recomendaciones que hacen a las madres.
- Estudiar los procesos por medio de los cuales se van construyendo las representaciones maternas de salud y enfermedad, pudiera arrojar elementos que proporcionen mayor claridad sobre las mismas y su relación con la práctica.

- Como uno de los temas que sería enriquecedor profundizar en relación con las ED se encuentra la noción de las reacciones y funcionamiento del cuerpo humano durante los momentos en que se presenta la enfermedad, desde las representaciones de madres, médicos y sobadoras ya que puede arrojar información sobre lo que se espera de los diferentes tratamientos, o sobre los motivos para acudir a uno u otro de los curadores.
- Sería necesario profundizar sobre los recursos de medicina tradicional, su utilización y efectos en la salud, así como la clasificación de lo frío y lo caliente que fue detectado en la zona de estudio.
- Uno de los temas que no fue posible profundizar en este trabajo fue la relación entre los elementos religiosos y la concepción de salud y enfermedad, las prácticas religiosas que se mezclan en las prácticas de las sobadoras se observaron en curación a niños observadas en las entrevistas con las dos curadoras “tradicionales” y fue mencionado durante uno de las entrevistas grupales con las promotoras del CDCEK.

En base a los resultados de este trabajo, se podrían dar algunas sugerencias preliminares para las campañas de promoción de la THO. En primer lugar, sería necesario considerar en mayor medida los saberes maternos locales, sus clasificaciones de las enfermedades, sus representaciones sobre las causas y tratamientos para establecer un diálogo horizontal entre los actores involucrados que propicie una mejor comprensión sobre los elementos que se quiere promover.

Un primer paso puede ser el reconocer las prácticas maternas para encarar los aspectos problemáticos y por otro lado, mantener una actitud científica seria que no descalifique de entrada o sin fundamento para comprender la eficacia de otros tipos de tratamientos que no sean el hegemónico. En este sentido, por la difusión que tiene la utilización del añil se requiere de estudios que en la zona den cuenta de las consecuencias actuales de la forma de utilización.

En la clasificación materna, resalta la forma en que la deshidratación es considerada como una enfermedad o complicación relacionada con la exposición a altas temperaturas y no claramente vinculada con las enfermedades diarreicas. Por otro lado, esta idea se refuerza cuando las campañas de ED se realizan en mayor proporción durante el verano, por lo que hace falta mayor difusión de cómo es posible deshidratarse en invierno.

La difusión de la THO requeriría difundir de manera sencilla lo que sucede cuando se agrega algo al suero VSO en cuanto a su eficacia, así como las complicaciones que pudieran provocarse si se le agregan azúcares. Por otro lado, resulta interesante el poder contar con mayor información sobre la posibilidad de la utilización de mezclas que culturalmente fueran más aceptadas como los cereales, informando a la población sobre las edades en que son más

convenientes o bien la elaboración de sueros con sabores que intenten acercarse a los gustos locales, sin modificar los requerimientos de la fórmula

Se requiere de esfuerzos constantes de educación en salud sobre las consecuencias de la automedicación; el autocuidado no se reduce a la automedicación sino que es todo un proceso en el que las representaciones de la enfermedad se ponen en práctica. Si bien hay estudios que señalan que la información materna no se relaciona con los cambios en las prácticas, sería necesario estudiar a profundidad la forma y la calidad de la misma, si esta capacitación no cuenta con actividades educativas constantes, que establezca relaciones cercanas con la cultura en salud de la población, si no tienen carácter permanente, difícilmente podrán dar cambios en las prácticas.



## **Bibliografía General**

- Alexander, Jeffrey C. *Las teorías sociológicas desde la Segunda Guerra Mundial*. GEDISA, E.U.A., 1987.
- Alva, Rafael. *Salud pública y medicina preventiva*. Manual moderno, México, 1991.
- Aranda, Patricia. *Capacitación para la participación en los municipios de León y Chinandega, Nicaragua, 1989-1990*. Tesis de Licenciatura en Sociología, Universidad Iberoamericana, México, 1993.
- Bastien, Joseph W. "Qollahuaya-Andean body concepts: a topographical-hydraulic model of physiology." *American Anthropologist* .1985.
- Berger, Peter y Luckmann Thomas. *La construcción social de la realidad*. Argentina: Amorrortu, 1972.
- Bernal Parra, Carlos. "Bebidas de uso común en el hogar para niños con enfermedad diarreica". En Mota Hernández, Felipe (coord.) *Manejo efectivo de diarreas agudas en niños y cólera*. SSA, UNICEF, OPS, OMS, México, 1993.
- Bronfman, Mario y Castro Roberto. *Algunos problemas no resueltos en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud* México: Ponencia presentada en IV Congreso latinoamericano de ciencias sociales y medicina, Cocoyoc, 1997.
- Burleigh, Dardano y C. Cruz Ramiro. "Colors, Humors and Evil Eye: Indigenous Classification and Treatment of Childhood Diarrhea in Highland Guatemala." *Medical Anthropology* (1990).
- Camberos C., Mario, et al. "La pobreza en Sonora: los límites a la modernización." *Estudios Sociales* 9 (1994).
- Campos Navarro, Roberto. "Prácticas médicas populares: algunas experiencias sobre el proceso de autoatención curativa " . Roberto Campos *La Antropología Médica en México* . México: Antologías Universitarias, UAM, Instituto Mora, 1992.
- Castro, Carmen. *Participación comunitaria en salud. Estudio de casos: dos experiencias en Hermosillo, Sonora*. México: El Colegio de Sonora, Tesis de Maestría, Hermosillo, 1996.
- Castro, Roberto. "La lógica de una de las creencias tradicionales en salud: eclipse y embarazo en Ocuiluco." *Salud Pública de México* 37(4) ,1995.
- Castro, Roberto. *The Meaning of Health and Illness: Social order and subjectivity in Ocuiluco*. Canadá: Graduate Department of Community Health, University of Toronto, Ph. D. Tesis , 1993.
- CONACED. "Informe de actividades 1993-1994." *Salud Pública de México* 36 (5), 1994.
- Cuamea Navarro, Fabiola. *Efecto de Giardia intestinalis sobre la absorción de carbohidratos en niños*. México: CIAD, Tesis de maestría, 1996.
- De Keijzer, Benno. "Participación social y promoción de la salud: un balance crítico."1997.

- De la Torre, Joaquín A. "Shigelosis." . En, *Enfermedades diarreicas en el niño*. México : Hospital Infantil de México, 1981.
- Denman, Catalina A. y Haro, J. Armando. "El proceso salud-enfermedad: Sonora en la década de los ochenta". *Revista de El Colegio de Sonora* 2 (2), 1990.
- Denman, Catalina A. y Román Pérez, Rosario. "Introducción a la salud y sociedad en Sonora". *Estudios Sociales* III (5), 1992.
- De Roux, G. I. "La participación social en los programas de salud mental en la comunidad." . En OPS OMS, *Temas de salud mental en la comunidad*. OMS,OPS,(19), Serie Paltext, 1992.
- Dohi-Fujii, Bertha y Godoy Olvera Luisa María. "Tratamiento ambulatorio e intrahospitalario de la enfermedad diarreica en los niños." *Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora* 1993.
- Durkheim, Emile. *Las formas elementales de la vida religiosa*. España: Alianza, 1993.
- Esteyneffer, Juan. "Florilegio Medicinal." . En Anzures y Bolaños, *Florilegio Medicinal*. México: Academia Nacional de Medicina, 1978.
- Gómez Rivera, Norberto, et al. "Helmintiasis en los niños, informe de 543 casos." *Boletín clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora* 13 (1), 1996.
- Gómez Ugalde, Felipe. "El problema de las enfermedades diarreicas en México y su etiopatogenia." *Enfermedad diarreica en el niño* , 1994.
- Gorter, Anna C., et al. "Diarrea infantil en la Nicaragua rural: creencias y prácticas de salud tradicionales." *Bol Oficina Sanit Panam* 119 (5),1995.
- Green C., Edwar, et al. "The snake in the stomach: Child diarrhea in Central Mozambique." *Medical Anthropology Quarterly* , 1994.
- Grijalva Monteverde, Gabriela. "Impacto regional de la política salarial. Ingresos en Hermosillo 1980-1990. *Revista de El Colegio de Sonora*. (9), 1995
- Haro, J. Armando "Las prácticas de atención a la salud-enfermedad: Sonora en la década de los ochenta" . *Revista de El Colegio e Sonora*. 2(2), 1990.
- Hernández Laos, Enrique. "Medición de la pobreza y la pobreza extrema en México." En UNAM *Investigación Económica* . México: UNAM, 1990.
- Herrera Contreras, Manuel. "Epidemiología de las diarreas." En UNICEF OPS SSA *Prevención y control de las diarreas; memorias del Seminario Internacional de Enfermedades Diarreicas e Hidratación Oral* . México: 1994.
- INEGI. *Censo de Población y vivienda 1995, resultados definitivos, tabulados básicos de Sonora*. México: INEGI, 1995.
- INEGI. *Estadísticas históricas de México*. México: INEGI, 1994.

- Infante Castañeda, M. "Bases para el estudio de la interacción familia-redes sociales-uso de servicios de salud." *Salud Pública de México* 30 (2), 1988.
- Instituto Nacional Indigenista. *Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana*. México: INI, 1994.
- Jodelet, Denise. "La representación social: fenómenos, concepto y teoría." . En S. Moscovici, *Psicología social; pensamiento y vida social*, Psicología Social y problemas sociales. España: Paidós, 1988.
- K. Nations, Marilyn, et al. "Los curanderos brasileños: promotores eficientes de la terapia de rehidratación oral y otras estrategias para la supervivencia infantil." *Bol Of Sanit Panam* 107 (1) 1989.
- Lozano, Rafael. *Desigualdad, pobreza y salud en México*. México: Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad. El Nacional, 1993.
- Lozoya, Xavier y Zolla, Carlos (coord.). *La medicina invisible*, Folios, México, 1983.
- Luengo, Enrique. *Problemas metodológicos de la sociología contemporánea*. México: Departamento de Ciencias Sociales y Políticas, UIA, 1991.
- Márquez, Viviane B. "Trabajo materno y salud infantil: hacia una guía teórica para las políticas sociales". En Stern, Claudio, (coord.). *El papel del trabajo materno en la salud infantil*. The Population Council, El Colegio de México, 1996.
- Martínez Salgado, Homero, et al. "Atole de arroz en niños deshidratados por enfermedad diarreica" SSA, UNICEF, OPS. En *Avances en el tratamiento y prevención de la enfermedad diarreica en niños* (Memoria del primer seminario-taller nacional para profesores de medicina, pediatría y enfermería). México, 1991.
- Missoni, Eduardo "La rehidratación oral con soluciones de elaboración doméstica". En. Avila Cisneros, Ignacio (coord.) *Hidratación oral en diarreas*. Ssa, OMS, OPS, UNICEF, Hospital Infantil de México, México, 1987.
- Mc Divit, Judith, et al. "Quality of home use of oral rehydration solutions: results from seven healthcom sites." *Soc. Sci Med.* ,1994.
- Menéndez, Eduardo L. *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Ediciones de la Casa Chata No. 13. México, 1981.
- Menéndez, Eduardo L. *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión en salud)*, Vol. 86. México: CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, 1983.
- Menéndez, Eduardo L. "Medicina tradicional, atención primaria y la problemática del alcoholismo." En CIESAS, *Medicina tradicional y atención primaria, ensayos en homenaje a Gonzalo Aguirre Beltrán* .Vol. 159. México: Cuadernos de la Casa Chata, 1987.
- Menéndez, Eduardo L. *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Vol. 179. México: Cuadernos de la Casa Chata, 1990.
- Menéndez, Eduardo L. "Modelo Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención ." Roberto Campos (comp.) *La Antropología Médica en México* . México: Antologías Universitarias, 1992.

- Menéndez, Eduardo L. "De la representación a la práctica. Atención Primaria o Primer Nivel de Atención". En Doode, Schoko y Pérez, Emma Paulina (comps.) Sociedad, economía y cultura alimentaria. CIAD, CIESAS, 1994.
- Menéndez, Eduardo L. *De algunos alcoholismos y algunos saberes*. México: CIESAS, 1996.
- Modena, María Eugenia. *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. México: Ediciones de la Casa Chata, 1988.
- Moscovici, Serge y Hewstone Miles. "De la ciencia al sentido común." . En, *Psicología Social, pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales* . Moscovici España: Paidós, 1993.
- Mota Hernández, Felipe comp. *Enfermedad diarreica en el niño*. México: Academia Mexicana de Pediatría A.C., 1994.
- Nichter, Mark. "Social Science Lessons from diarrhea research and their application to ARI. Human Organization, 52 (1), 1993.
- Nuñez Noriega, Guillermo. *Sexo entre varones* . México: El Colegio de Sonora, 1994.
- Odujinrin Om, et al. "Ethnographic study on childhood diarrhoeal diseases in a rural Nigerian community." *West Afr. J. Med.* 12(4), 1993.
- OMS. "Advising mothers on management of diarrhoea in the home." OMS. Suiza: Programme for the Control of Diarrhoeal Disease, 1994.
- OMS. *Estrategia Mundial de Salud Para Todos en el año 2000*. Suiza: OMS, 1981.
- OMS, OPS UNICEF PRONACED. *Manual de normas y procedimientos*. México: UNICEF, SS, 1990.
- OMS, OPS UNICEF SNS PRONACED-IRA. *Manual para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas*. México: PRONACED-IRA, 1995.
- OMS, Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. *The Treatment of Diarrhoea. A manual for physicians and other senior health workers*. WHO, CDR, 1995
- OPS. *Sistemas locales de salud: conceptos, métodos y experiencias*. OPS, 1990.
- Osorio, Rosa María. "Sistemas de saberes y prácticas de atención a determinados padecimientos gastrointestinales. El rol materno en la carrera curativa". En Mercado, Fco. Javier et al. (coord.) *Familia, salud y sociedad. Fin de milenio (Medicina Social)*, Ude G, INSP, CIESAS, El Colegio de Sonora, México, 1993.
- Osorio, Rosa María. *La cultura médica materna y la salud infantil*. México: ENAH, Tesis de Maestría, 1994.
- Pérez Rodríguez, Beatriz E. *La carrera del enfermo en el Valle de Culiacán: análisis del grupo indígena Triqui*. México: El Colegio de Sonora, Tesis de Maestría, 1990.
- PLM. *Diccionario de especialidades farmacéuticas*. México: 1992.

- Ramírez, José Carlos. *Hipótesis sobre la historia económica y demográfica de Sonora en la era contemporánea del capital (1930-1990)*. México: El Colegio de Sonora, 1991.
- Reyes, Hortencia, et al. "Variaciones urbano-rurales en la atención del niño con enfermedad diarreica en México." *Salud Pública de México* 38 (3), 1996.
- Rivera Claisse, Ernesto. "Epidemiología de las diarreas en el noroeste de México." . En Felipe Mota Hernández (compl.), *Enfermedad diarreica en el niño*. México: Academia Mexicana de Pediatría A.C., 1994.
- Rocha Rivero, Gloria. *Las representaciones sociales de la enfermedad, una mirada sociológica a la perspectiva lega*. México: Centro de Estudios Sociológicos, Tesis, El Colegio de México, 1995.
- Rodríguez Pérez Beatriz E. *La carrera del enfermo en el valle de Culiacán: análisis del grupo indígena Triqui*. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales: Estudios Regionales, El Colegio de Sonora, Hermosillo, 1990.
- Snow, Loudell. "You'd be surprised what you can do with what you have". En *Walk over medicine*. 1993.
- Szaz, Ivonne. "Introducción: La condición social de la mujer y la salud". En González Montes, Soledad, (comp.). *Las mujeres y la salud*. El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, México, 1995.
- Secretaría de Salud, Centro de Salud Lomas de Madrid. *Informe semanal EPI-95*. México: 1995.
- Secretaría de Salud Pública, Centro de Salud Lomas de Madrid. *Encuesta 1995*. Hermosillo: SSP, 1995.
- Secretaría de Salud Pública, Centro de Salud Lomas de Madrid. Información elemental sobre módulos ubicados en la Col. Eusebio Kino y Solidaridad. México: SSP, 1995.
- Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora. *Programa Estatal de Prevención y Control de las Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas 1996*. México, 1996.
- Secretaría de Salud Pública en el estado de Sonora. *Manual de procedimientos para la capacitación a madres*. México: SSP, 1996.
- Shawyer, Richard J., et al. "The role of clinical vignettes in rapid ethnographic reserch: a folk taxonomy of diarrhoea in Thailand." *Soc. Sci Med* . 1996.
- SSP. *Programa estatal de prevención y control de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas*. SSP, PRECED-Sonora. 1996.
- Tomé, Patricia et al. "muerte por diarrea aguda en niños: un estudio de factores pronósticos" *Salud Pública, México*, 1996, 38 (4) .
- UNICEF, PRONACED-IRA. *Boletín bimestral*. México: PRONACED-IRA, 1995.
- Unión Nacional Científico Cooperativa. *Farmacopea Mexicana*. México: CULTURA, 1925.
- Yoder, P. Stanley. "Examining Ethnomedical Diagnoses and Treatment Choices for Diarrheal Disorders in Lubumbashi Swahili." *Medical Anthropology* .1995.

Yoder, P. Stanley y Hornik Robert C. "Symptoms and perceived severity of illness as predictive of treatment for diarrhea in six asian and african sites." *Soc. Sci Med.* 43, no. 4,1996.

Zolla, Carlos, et al. "Medicina tradicional y enfermedad." . En Roberto comp. Campos, *La antropología médica en México*. Vol. 2. México: Antologías Universitarias, 1992.

Zolla, Carlos y Mellado Virginia. "La función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano." . En Soledad comp. González Montes, *Las mujeres y la salud*.México: COLMEX, 1995.

## **Anexos**

Anexo 1: Mapa División jurisdiccional, Secretaría de Salud Pública, Sonora

Anexo 2: Mapa de Hermosillo

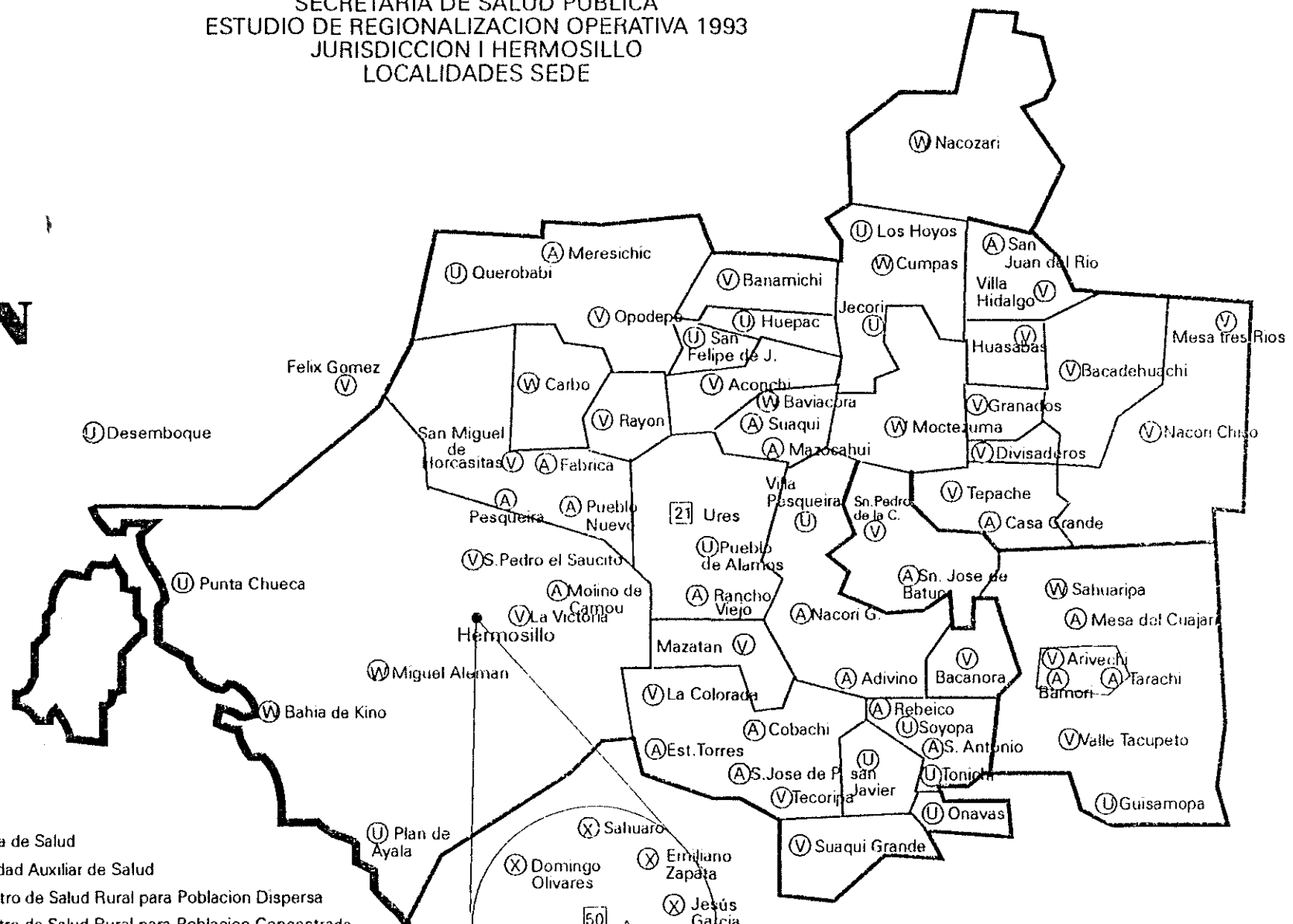
Anexo 3: Mapa de la zona de estudio

Anexo 4: Autopsia verbal

Anexo 5: Evaluación sobre capacitación a madres SSP

Anexo 6: Guía de entrevista semi-estructurada

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA  
 ESTUDIO DE REGIONALIZACION OPERATIVA 1993  
 JURISDICCION I HERMOSILLO  
 LOCALIDADES SEDE



- (A) Casa de Salud
- (U) Unidad Auxiliar de Salud
- (V) Centro de Salud Rural para Poblacion Dispersa
- (W) Centro de Salud Rural para Poblacion Concentrada
- (X) Centro de Salud Urbano
- (n) Hospital General
- (△) Hospital de Especialidad

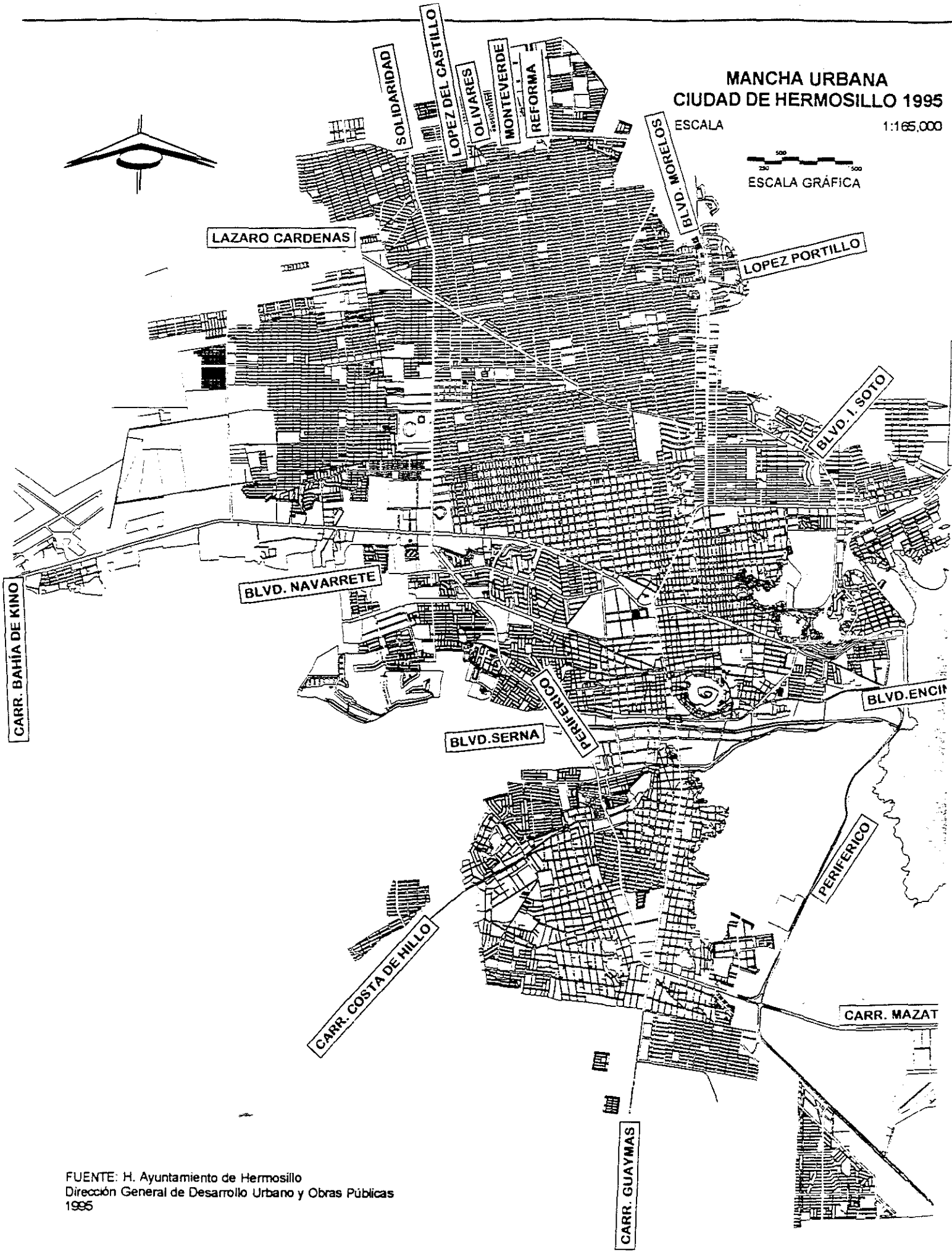
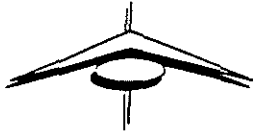
(X) Sahuaro  
 (X) Domingo Olivares  
 (X) Santa Isabel  
 (X) Lomas de Madrid  
 (X) Emiliano Zapata  
 (X) Jesús Galicia  
 (X) Los Naranjos  
 △ HIES  
 △ SESM



MANCHA URBANA  
CIUDAD DE HERMOSILLO 1995

ESCALA

1:165,000



FUENTE: H. Ayuntamiento de Hermosillo  
Dirección General de Desarrollo Urbano y Obras Públicas  
1995





DIRECCION GENERAL DE MEDICINA PREVENTIVA
DIRECCION DEL PRONACED/IRA

AUTOPSIA VERBAL DE DEFUNCION POR ENFERMEDAD DIARREICA

ESTADO: [ ][ ]

JURISDICCION: [ ][ ] DELEGACION: [ ][ ] ZONA: [ ][ ] UNIDAD NOTIFICANTE: [ ][ ] FOLIO: [ ][ ][ ][ ]

IDENTIFICACION:

(COPIAR LOS SIGUIENTES DATOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION)

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_ CALLE, NUMERO, COLONIA, SECCION O BARRIO

1. LOCALIDAD: \_\_\_\_\_
2. MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

3. EDAD: [ ][ ] [ ][ ][ ][ ] FECHA DE NACIMIENTO: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] 4. DERECHOHABIENCIA A: \_\_\_\_\_
AÑOS MESES DIAS DIA MES AÑO (IMSS, ISSSTE, OTROS, NINGUNA, SE IGNORA)

5. SEXO 1) MASCULINO 2) FEMENINO 6. FECHA DE LA MUERTE: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ]
DIA MES AÑO HORA

BUENOS DIAS (TARDES). MI NOMBRE ES (indique su nombre) Y TRABAJO PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. ESTAMOS REALIZANDO UNAS ENTREVISTAS PARA CONOCER ALGUNOS ACONTECIMIENTOS ALREDEDOR DE LOS NIÑOS QUE HAN MUERTO POR DIARREA EN NUESTRO PAIS.

SABEMOS QUE UNO SE SUS NIÑOS MURIO HACE ALGUN TIEMPO POR UNA DE ESTAS CAUSAS POR LO QUE SOLICITAMOS SU COOPERACION PARA QUE CONTESTE ALGUNAS PREGUNTAS. LA INFORMACION QUE NOS PROPORCIONE SERA CONFIDENCIAL Y DE MUCHA UTILIDAD PARA SALVAR A OTROS NIÑOS. PREGUNTE AL ENTREVISTADO SI ACEPTA PARTICIPAR Y EN CASO DE HACERLO, INICIE CON LA SECCION SIGUIENTE (PREGUNTA 7).

SI NO REALIZO LA ENTREVISTA, ANOTE EL MOTIVO \_\_\_\_\_ (DE POR TERMINADA LA ENTREVISTA Y DAR LAS GRACIAS)

7. QUE PARENTESCO TENIA USTED CON EL NIÑO? \_\_\_\_\_

II. PADECIMIENTO:

8. DE QUE CREE USTED QUE MURIO SU NIÑO? \_\_\_\_\_
9. DE QUE ENFERMEDAD LE DIJERON QUE MURIO? \_\_\_\_\_
10. DIGAME LA FECHA Y HORA EN QUE SU NIÑO EMPEZO A ESTAR ENFERMO: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ]
(LA ULTIMA VEZ QUE ENFERMO DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA) DIA MES AÑO HORA

ME PUEDE INDICAR LAS MOLESTIAS QUE PRESENTO DESDE QUE EMPEZO A ESTAR ENFERMO HASTA QUE MURIO? (PERMITA QUE EL ENTREVISTADO LE INFORME LIBREMENTE DE CADA UNA DE LAS MOLESTIAS QUE EL PACIENTE PRESENTO DESDE QUE EMPEZO A ESTAR ENFERMO HASTA QUE MURIO, PROCURE REGISTRAR LOS TERMINOS QUE UTILICE EL ENTREVISTADO).

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

NOTA: SI REQUIERE MAS ESPACIO, CONTINUE EN UNA HOJA BLANCA Y ANEXELA.

# SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ANOTE LA FECHA DE INICIO Y EVOLUCION DE CADA UNO DE LOS SIGUIENTES DATOS:  
(SI YA LO INDICO EL ENTREVISTADO EN LA SECCION ANTERIOR, REGISTRELO EN EL RENGLON CORRESPONDIENTE)

SIGNOS	SI	NO	NO SABE	INICIO (FECHA)	DURACION (DIAS)	OBSERVA
11. SANGRE EN EXCREMENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
12. FIEBRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
13. VOMITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
14. MOLLERA HUNDIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
15. OJOS HUNDIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
16. BOCA SECA O LLANTO S/LAGRIMAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
17. MUCHA SED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
18. DEJO DE COMER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
19. INQUIETO O IRRITABLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
20. NO LO PODIA DESPERTAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
21. DEJO DE ORINAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

22. No. DE EVACUACIONES EN 24 HORAS

PRIMERAS 24 HORAS: \_\_\_\_\_ ULTIMAS 24 HORAS: \_\_\_\_\_

DURACION TOTAL DE LA ENFERMEDAD:

DIAS HORAS

### III. ATENCION RECIBIDA

23. CUANDO UD. SE DIO CUENTA QUE SU NIÑO SE ENFERMO, LO ATENDIO PRIMERO EN SU CASA?  
(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA No. 25 )

SI  NO  NO ESP.

24. EN SU CASA, UD. POR SU PROPIA CUENTA:

24.1 LE SUSPENDIO EL PECHO  SI  NO  NO TOMABA  NO ESP.

24.2 LE SUSPENDIO TODOS LOS ALIMENTOS

24.3 LE SUSPENDIO ALGUNOS ALIMENTOS

ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

CUALES: \_\_\_\_\_

24.4 LE DIO VIDA SUERO ORAL

24.5 LE DIO OTRO TIPO DE SUERO

24.6 LE DIO TE U OTRO LIQUIDO EN MAYOR CANTIDAD DE LO HABITUAL

24.7 LE DIO ALGUNA MEDICINA

24.8 DIGAME EL NOMBRE DE LA MEDICINA O MEDICINAS: \_\_\_\_\_

25. DURANTE SU ENFERMEDAD LO LLEVO CON ALGUIEN A CONSULTA?  
(EN CASO DE RESPUESTA NEGATIVA PASE A LA PREGUNTA 36)

SI  NO  NO ESP.

26. CUANTO TIEMPO DESPUES DE EMPEZAR A ESTAR ENFERMO ACUDIO POR PRIMERA VEZ A CONSULTA? \_\_\_\_\_

27. LO LLEVO A MAS DE UNA CONSULTA?

28. A CUANTAS CONSULTAS LO LLEVO? \_\_\_\_\_

NUMERO DE CONSULTAS

29. CON QUIEN LO LLEVO A CONSULTA?

(ANOTE CON NUMEROS ARABIGOS EL ORDEN CRONOLOGICO CON QUE LAS PERSONAS OTORGAN LA (S) CONSULTA(S))

Médico particular  Médico ISSSTE  Boticario

Médico SSA  Otro servicio  Curandero

Médico IMSS  Pers. de salud no med. (enfermera, técnico, promotor de salud, etc.)  Otros

ESPECIFICAR \_\_\_\_\_



# SISTEMA NACIONAL DE SALUD

33.7 LE DIO ALGUNA MEDICINA  SI  NO  NO TOMABA  NO ESP.

33.8 DIGAME EL NOMBRE DE LA MEDICINA O MEDICINAS: \_\_\_\_\_

CUANTO TIEMPO |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|  
DIAS HRS.

33.9 LO ENVIO AL HOSPITAL

33.10 DE ACUERDO A LA INDICACION LO LLEVO AL HOSPITAL

33.11 POR INICIATIVA PROPIA LO LLEVO USTED AL HOSPITAL

33.12 LE DIO INDICACIONES DE REGRESAR SI NOTABA OTRA MOLESTIA

(en caso afirmativo) ¿Que molestia(s) le señaló y cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ TIEMPO |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|  
DIAS HRS.

34. DE LAS INDICACIONES QUE LE DIERON EN LA CONSULTA, USTED:

34.1 SUSPENDIO EL PECHO

34.2 SUSPENDIO LOS ALIMENTOS

34.3 SUSPENDIO ALGUNOS ALIMENTOS

ESPECIFIQUE:  
CUALES: \_\_\_\_\_

34.4 LE DIO VIDA SUERO ORAL

34.5 LE DIO OTRO SUERO

34.6 LE DIO TE U OTRO LIQUIDO

¿CUAL? \_\_\_\_\_

34.7 LE DIO ALGUNA MEDICINA

34.8 DIGAME EL NOMBRE DE LA MEDICINA O MEDICINAS: \_\_\_\_\_

CUANTO TIEMPO |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|  
DIAS HRS.

34.9 DE ACUERDO A LA INDICACION LO LLEVO AL HOSPITAL

NOTA: SI SE RECIBIERON MAS CONSULTAS, ANOTE LOS ASPECTOS RELEVANTES EN UNA HOJA EN BLANCO Y ANEXELA

35. CUANTO TIEMPO TARDA EN LLEGAR DESDE SU CASA HASTA EL CONSULTORIO O CLINICA MAS CERCANA  |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|  
(por el medio de transporte habitual) DIAS HRS.

36 SI EL NIÑO NO RECIBIO ATENCION MEDICA EXPLIQUE EL MOTIVO:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

37 DONDE MURIO EL NIÑO

37.1 EN EL HOGAR

37.2 EN CONSULTORIO O UNIDAD DE 1er NIVEL

37.3 EN UNA CLINICA U HOSPITAL

37.4 EN EL CAMINO

37.5 NO SABE

38. SI NO FUE HOSPITALIZADO, ¿POR QUE?

38.1 EL MEDICO QUE LO VIO NO LO ENVIO

38.2 EN EL HOSPITAL LO REGRESARON A SU CASA

38.3 USTED NO LO CONSIDERO NECESARIO

38.4 ESTABA MUY LEJOS EL HOSPITAL

38.5 NO SABE

38.6 OTROS \_\_\_\_\_

EXPLIQUE

39. CREE USTED QUE PUDO EVITARSE QUE EL NIÑO MURIERA SI CONTESTA QUE SI: SI  NO  NO SABE

40 ¿COMO? \_\_\_\_\_

**IV. ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS:**

41. CUANTOS HIJOS TIENE INCLUYENDO AL FALLECIDO: \_\_\_\_\_  
 42. CUANTOS NIÑOS MAS DE SU FAMILIA HAN FALLECIDO ADEMAS DE ESTE: \_\_\_\_\_  
 43. CONOCE LA CAUSA DE ESTAS MUERTES: SI  NO   
 44. SEÑALE LAS CAUSAS SI LAS CONOCE: \_\_\_\_\_

45. EL NIÑO QUE MURIO FUE DE UN EMBARAZO DE: A) <9 MESES B) 9 MESES C) > 9 MESES   
 46. CUANTO PESO AL NACER: |\_\_\_\_| |\_\_\_\_| |\_\_\_\_| |\_\_\_\_| grs:  
 47. ATENDIDO EN: 1) HOSPITAL 2) HOGAR 3) OTRO SITIO ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_   
 48. TIENE CARTILLA DE VACUNACION: SI:  NO:   
 Pedir la Cartilla Nacional de Vacunación del niño y llenar los espacios:

**EL NIÑO RECIBIO LAS SIGUIENTES VACUNAS:**

	Dosis		
	1a.	2a.	3a.
48.1 POLIO	_____	_____	_____
48.2 TRIPLE	_____	_____	_____
48.3 SARAMPION	_____	_____	_____
48.4 TUBERCULOSIS	_____	_____	_____
48.5 NINGUNA	_____	NO SABE	_____

**V. ANTECEDENTES PATOLOGICOS:**

49. EN LOS ULTIMOS SEIS MESES, CUANTAS VECES SE ENFERMO EL NIÑO: No.   
 50. DE ESTOS PROCESOS PATOLOGICOS CUANTOS FUERON DE DIARREA   
 51. DE ESTAS VECES, EN CUANTAS OCASIONES RECIBIO ATENCION MEDICA   
 52. EL NIÑO FUE ALIMENTADO AL PECHO O SENO MATERNO: SI \_\_\_\_\_ NO PORQUE \_\_\_\_\_  
 53. POR CUANTOS MESES: A) < 3 MESES B) 3-6 MESES C) MAS DE 6 MESES

**VI. CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS:**

54. QUE EDAD TIENE LA MADRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_  
 55. ESCOLARIDAD:  
 A) PRIMARIA INCOMPLETA B) INCOMPLETA C) SECUNDARIA D) PREPARATORIA E) PROFESIONAL   
 56. LA RESPONSABLE DEL MENOR TRABAJA: SI  NO   
 57. A QUE ACTIVIDAD: SE DEDICA: A) HOGAR B) ARTESANA C) OBRERA D) CAMPESINA E) COMERCIO  
 F) EMPLEADA G) PROFESIONISTA H) OTRO \_\_\_\_\_   
 ESPECIFICAR \_\_\_\_\_  
 58. ALGUIEN DE LAS PERSONAS QUE CONVIVIAN CON EL NIÑO FUMAN SI  NO   
 59. FUMAN DENTRO DE LAS HABITACIONES: SI  NO   
 60. QUE CANTIDAD DE CIGARRILLOS FUMAN APROXIMADAMENTE

**DESCRIBA LAS CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA:**

61. CUENTA CON AGUA INTUBADA SI  NO   
 62. EL PISO DE: A) TIERRA B) CEMENTO C) MADERA D) MOSAICO E) OTRO TIPO \_\_\_\_\_   
 63. CUANTOS CUARTOS TIENE: |\_\_\_\_| 67. CUANTOS TIENEN VENTANAS: |\_\_\_\_|  
 64. CUANTAS PERSONAS VIVEN EN LA CASA |\_\_\_\_|  
 65. COMO ELIMINA LA BASURA:  
 A) DEPOSITA EN CAMION RECOLECTOR B) QUEMA C) ENTIERRA D) AIRE LIBRE   
 66. DUERME CON ANIMALES SI  NO

67. EN LA SIGUIENTES SECCION, PREGUNTE SI EL ENTREVISTADO CONOCE TERMINOS HABITUALES EN LA REGION PARA NOMBRAR A LA DIARREA O A LA DESHIDRATACION, ANOTELOS Y UTILICELOS EN SUS PREGUNTAS.

DIARREA \_\_\_\_\_ DESHIDRATACION \_\_\_\_\_

# SISTEMA NACIONAL DE SALUD

---

---

## VII. CONCEPTOS DE LA ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO

68. PARA USTED QUE ES LA DIARREA? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

69. PARA USTED QUE ES LA DESHIDRATACION? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

70. COMO SABE CUANDO UN NIÑO CON DIARREA DEBE SER ATENDIDO POR UN MEDICO? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

71. COMO SABE CUANDO UN NIÑO ESTA DESHIDRATADO? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

72. SABE USTED QUE DEBE HACERSE PARA EVITAR QUE UN NIÑO CON DIARREA SE DESHIDRATE?  
\_\_\_\_\_

73. CONOCE UD. LOS SOBRES DE VIDA SUERO ORAL?  
SI  NO

74. SI USTED NECESITARA VIDA SUERO ORAL PUEDE CONSEGUIRLO? SI  NO

ESPECIFIQUE POR QUE NO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

74.1 EN DONDE PUEDE CONSEGUIR VIDA SUERO ORAL?  
\_\_\_\_\_

(FARMACIA, C. DE SALUD, CONSULTORIO, ETC)

75. TENIA UD. SOBRES DE VIDA SUERO ORAL EN SU CASA CUANDO SU FAMILIAR SE ENFERMO?

SI  NO

76. HA RECIBIDO USTED ALGUNA INFORMACION SOBRE COMO PREVENIR O TRATAR LA DIARREA?

SI  NO

77. SI LA HA RECIBIDO, QUIEN SE LA DIO?  
\_\_\_\_\_

ESPECIFIQUE SI FUE POR RADIO, TV, ESCUELA, CENTRO DE SALUD Y SI FUE INDIVIDUAL O EN GRUPO.

NO OLVIDE DAR AL ENTREVISTADO INFORMACION EDUCATIVA DE ACUERDO AL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL PROGRAMA

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR \_\_\_\_\_

FECHA DE LA ENTREVISTA     
DIA MES AÑO



FECHA: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ JURISDICCION: \_\_\_\_\_  
 UNIDAD DE SALUD: \_\_\_\_\_ RECIBIO CAPACITACION PREVIA, SI NO  
 EN DONDE: \_\_\_\_\_ NOMBRE DE LA ENCUESTADA: \_\_\_\_\_

- |  | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
|--|-----------|-----------|
| 1.- ¿ DICAME QUE ES PARA USTED LA DESHIDRATACION?<br>INDICA QUE ES LA PERDIDA DE LIQUIDOS Y SALES.   | _____     | _____     |
| 2.- ¿ COMO SABE USTED QUE UN NIÑO ESTA DESHIDRATADO?<br>_____ LLANTO SIN LAGRIMAS Y OJOS HUNDIDOS.<br>_____ FONTANELA HUNDIDA<br>_____ BOCA Y LENGUA SECAS<br>_____ SED<br>_____ RESPIRACION RAPIDA<br>_____ INQUIETO<br>RECONOCE DOS O MAS SIGNOS DE DESHIDRATACION   | _____     | _____     |
| 3.- ¿ DICAME COMO PREPARA EL V. S. O.?<br>INDICA QUE EN UN LITRO DE AGUA VACIA TODO EL CONTENIDO DEL SOBRE Y LO DISUELVE COMPLETAMENTE   | _____     | _____     |
| 4.- ¿ QUE LIQUIDOS LE DARIA A UN NIÑO CUANDO TIENE DIARREA?<br>SEÑALA QUE OFRECE LOS PROPIOS DE USO EN LA REGION Y/O V.S.O.  | _____     | _____     |
| 5.- ¿ QUE ALIMENTOS LE DARIA A UN NIÑO CUANDO TIENE DIARREA?<br>SEÑALA QUE LOS HABITUALES Y CON MAYOR FRECUENCIA   | _____     | _____     |
| 6.- ¿ COMO SABRIA USTED QUE UN NIÑO CON DIARREA SE ESTA AGRAVANDO?<br>_____ NO MEJORA EN TRES DIAS<br>_____ NUMEROSAS HECEAS LIQUIDAS<br>_____ VOMITOS FRECUENTES<br>_____ SED INTENSA<br>_____ COME O BEBE POCO<br>_____ SANGRE EN LAS HECEAS<br>_____ O FIEBRE<br>IDENTIFICA DOS O MAS SIGNOS  | _____     | _____     |
| 7.- ¿ QUE HARIA SI SU HIJO ESTUVIERA DESHIDRATADO?<br>INDICA QUE LE OFRECERIA LIQUIDOS Y/O V.S.O. Y LO LLEVARIA AL CENTRO DE SALUD PROXIMO DE INMEDIATO  | _____     | _____     |
| 8.- ¿ QUE DEBERIAN HACER LAS MADRES PARA PREVENIR QUE SUS HIJOS PADEZCAN DIARREA?<br>_____ ALIMENTACION MATERNA (SI ES MENOR DE 4 MESES)<br>_____ ABLACTACION (SI TIENE 4 MESES O MAS)<br>_____ LAVADO DE MANOS ANTES DE PREPARAR LOS ALIMENTOS Y DESPUES DE IR AL BAÑO<br>_____ HERVIR EL AGUA Y ALMACENARLA EN RECIPIENTES CON TAPADERA<br>_____ COCER BIEN LOS ALIMENTOS<br>_____ LAVAR Y DESINFECTAR FRUTAS Y VERDURAS<br>_____ COMER EN LUGARES LIMPIOS<br>_____ DEFECAR EN LUGARES APROPIADOS<br>INDICA AL MENOS CUATRO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS | _____     | _____     |
| 9.- ¿ QUE CANTIDAD Y CUANTAS VECES DEBE OFRECER EL MEDICAMENTO V.S.O.?<br>REFIERE QUE LE DEBE OFRECER AL ENFERMO DE MEDIA A UNA TASA O TODO LO QUE QUIERA DESPUES DE CADA EVACUACION, A CUCHARADITAS O A SORBO   | _____     | _____     |
| 10.- ¿ CUANTO TIEMPO ES UTIL EL V.S.O. PREPARADO Y QUE DEBE HACER CON EL SOBRANTE?<br>REFIERE QUE ES UTIL SOLO 24 HORAS DESPUES DE HABERLO PREPARADO Y DESECHAR EL SOBRANTE  | _____     | _____     |

C A P A C I T A C I O N		
MADRE CAPACITADA ( 10 PUNTOS )	SUFICIENTE ( DE 8 A 9 PUNTOS )	INSUFICIENTE ( DE 0 A 7 PUNTOS )

## Guía de entrevista

### CUIDADOS MATERNOS (PRACTICAS)

1. ¿Cómo te diste cuenta de que tu niño se enfermó de diarrea?
2. ¿Por qué se enfermaría su niño(a) de diarrea?
3. ¿Qué hizo en la casa cuando se dio cuenta que tenía diarrea?
4. ¿Le dio algún té? ¿Usó algún remedio casero para la diarrea?
5. ¿Cómo se prepara?
6. ¿Quién le enseñó a prepararlo?
7. ¿Tenía en su casa suero vida oral?
8. ¿Se lo dio al niño?
9. ¿Cómo lo preparó?
10. ¿Qué hace para mejorar su sabor?
11. ¿Quién le recomendó el suerito?
12. ¿Quién le enseñó a prepararlo?
13. ¿Le diste alguna medicina que te hayan recomendado antes de ir al doctor?, ¿Cómo supiste de ella? ¿Cuánto tiempo se lo diste y en qué cantidad?

### 14. ALIMENTACION

15. Cuando se enfermó, ¿le cambiaste algo de la comida?
16. ¿Cuáles alimentos hacen bien y cuáles dañan cuando tiene diarrea?
17. Cuando se alivió qué le dio de comer?, ¿Cuántas veces?

### FARMACIA

1. ¿Fue a la farmacia?
2. ¿Le recomendó algo el de la farmacia?
3. ¿Qué le compró?
4. ¿Cuánto le dio y por cuántos días?

### CURADORES

#### SOBADORA, DOCTOR

1. ¿Alguna vez le haz dado añil?
2. ¿Para qué sirve?
3. ¿Qué le hace la sobadora, cómo cura?
4. ¿En qué tipos de diarrea es más eficaz la sobadora y en cuáles los médicos?
5. ¿Con cuáles signos te alarmaste y lo llevaste al doctor?
6. ¿Cuántas veces lo llevaste al doctor?
7. ¿Qué cuidados te recomendó el médico, qué le recetó?
8. ¿Cuántas veces al día y cuánto tiempo se lo diste?

## MEDICAMENTO

1. ¿Podemos ver qué medicina tiene en casa para la diarrea?
2. ¿Lo haz llevado alguna vez con la sobadora?
3. ¿Podemos ver las hierbas con que los curas?

## REPRESENTACIONES:

1. ¿Existen entonces diferentes tipos de diarrea? ¿Cuáles conoces?
2. ¿De qué manera los tratas (alimentación, tratamiento, medicina)?
3. ¿Cuando se enferman los niños de diarrea, cuáles son los principales riesgos que corre?
4. ¿Cómo podrías definir las diarreas?
5. ¿Cómo podrías definir la deshidratación?
6. ¿Cómo se relacionan la deshidratación con la diarrea?
7. ¿Qué signos puedes ver en tu hijo de que está deshidratado?
8. ¿Cuánto tiempo duran las diarreas por lo general?
9. ¿Cuáles serían los signos que te causarían mayor preocupación?
10. ¿Qué actividades de las que haces a diario ayudan a prevenir las diarreas?

