

**PERCEPCIONES Y ENTENDIMIENTOS QUE TIENEN LA MADRES SOBRE LA  
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS  
QUE INGRESAN A LA E.S.E POPAYÁN - PUNTO ATENCIÓN TOTORÓ  
CAUCA, 2011**



**FT. CARLOS IVÁN SALAZAR VILLAMARÍN**  
Estudiante Maestría en Salud Pública

**UNIVERSIDAD DEL VALLE  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**Santiago de Cali, Mayo de 2012**

**PERCEPCIONES Y ENTENDIMIENTOS QUE TIENEN LA MADRES SOBRE LA  
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS  
QUE INGRESAN A LA E.S.E POPAYÁN - PUNTO ATENCIÓN TOTORÓ  
CAUCA, 2011**

**FT. CARLOS IVÁN SALAZAR VILLAMARÍN**  
Estudiante Maestría en Salud Pública

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de  
Magíster en Salud Pública**

**Director:**  
**HUGO PÓRTELA GUARÍN**  
PhD en Antropología Médica

**UNIVERSIDAD DEL VALLE  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**Santiago de Cali, Mayo de 2012**

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

---

---

---

---

---

---

---

**Presidente del Jurado**

---

**Jurado**

---

**Jurado**

**Santiago de Cali, Mayo de 2012**

## **DEDICATORIA**

*Dedicado a las madres de niños y niñas menores de cinco años, madres que con su amor, paciencia y trabajo luchan día a día por la vida y el bienestar de la población infantil, que es la esperanza y futuro del municipio de Totoró.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*Primero, agradezco a mi Dios por permitir mi existencia y por ser mi fuente de conocimiento y sabiduría para acercarme a entender un poco los problemas en salud de la población infantil de Totoró; segundo, un especial agradecimiento a mi familia por saber entender el tiempo que deje de compartir debido a la construcción de este trabajo, igualmente agradezco a la comunidad de mujeres de Totoró por su aporte significativo de conocimientos de cuidado en salud respiratoria de niños y el contexto socio cultural en que se da dicho cuidado, sin el cual no se había podido terminar esta tesis de grado y por último, agradezco al personal administrativo y médico del Hospital de Totoró, por brindar invaluable información y conocimientos de infección respiratoria en niños menores de cinco años.*

## CONTENIDO

<b>RESUMEN</b> .....	<b>9</b>
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>11</b>
1.1 Descripción del Problema.....	11
<b>II. JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>17</b>
<b>III. OBJETIVOS</b> .....	<b>20</b>
3.1 Objetivo General.....	20
3.2 Objetivos Específicos .....	20
<b>IV. ESTADO DEL ARTE</b> .....	<b>21</b>
<b>V. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>24</b>
5.1 Marco conceptual .....	24
5.1.1 Generalidades..’.....	24
5.1.2 Taxonomía.....	25
5.1.3 Recursos utilizados para el tratamiento.....	29
5.2 Referentes Teóricos .....	34
5.2.1 Modelos de creencias en salud .....	34
5.2.2 Modelo Teórico. ....	35
<b>VI. METODOLOGÍA</b> .....	<b>40</b>
6.1 Tipo de Estudio.....	40
6.1.1 Método etnográfico .....	40
6.1.2 Diseño del estudio .....	40
6.2 Población y muestra .....	41
6.2.1 Población .....	41
6.2.2 Muestra.....	41
6.2.3 Unidad de análisis.....	42
6.3 Criterios.....	42
6.3.1 Criterios de Inclusión de la madre .....	42
6.3.2 Criterios de Exclusión de la madre .....	42
6.3.3 Técnica de muestreo. ....	42

6.4	Variables y categorías.....	43
6.4.1	Operacionalización de variables.....	43
6.4.2	Operacionalización de categorías de análisis.....	45
6.5	Técnicas o Instrumentos de recolección de información .....	49
6.6	Instrumentos.....	49
6.6.1	Encuesta sociodemográfica.....	49
6.6.2	Entrevista cualitativa a madres.....	49
6.6.3	Entrevista a trabajadores de salud .....	49
6.7	Análisis de la información.....	50
6.8	Aspectos Éticos .....	51
<b>VII. RESULTADOS.....</b>	¡Error! Marcador no definido.	
7.1	Practicas para la atención de la infección respiratoria aguda en el hogar .....	52
7.2	Reconocimiento e interpretación de los signos y síntomas de las infecciones respiratorias agudas .....	60
7.3	Modelo búsqueda de atención médica.....	66
7.4	Expectativas maternas de la atención medica recibida .....	72
7.5	Información y perspectivas de los trabajadores de salud sobre el reconocimiento materno de signos que motiven la búsqueda de atención médica.....	78
7.6	Comunicación con las madres.....	80
	<b>ANÁLISIS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>85</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>103</b>
A.	Consentimiento informado.....	103
B.	Encuesta percepciones y entendimientos que tienen la madres sobre la Infección Respiratoria Aguda en niños menores de cinco años que ingresan a la E.S.E Popayán Punto Atención Totoró-Cauca, 2011.....	106
C.	Instrumento n°1. entrevista cualitativa de percepciones y entendimientos que tienen la madres sobre la Infección Respiratoria Aguda en niños menores de cinco años que ingresan a la E.S.E. Popayán - Punto Atención Totoró-Cauca, 2011 ..	107

D. Instrumento no.2. entrevista cualitativa a trabajadores de salud sobre percepciones y entendimientos que tienen la madres sobre la infección respiratoria aguda en niños menores de cinco años que ingresan a la E.S.E Popayán - Punto Atención Totoró Cauca, 2011 .....	111
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>109</b>

### **LISTA DE TABLAS**

Tabla No. 1 Operacionalización de variables.....	43
Tabla No. 2 Categorías de análisis .....	45

### **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Localización anatómica de las infecciones respiratorias.....	29
Figura 2. Modelo teórico de Kleinman .....	35

## RESUMEN

**Introducción:** Pese a los avances en salud infantil, la Infección Respiratoria Aguda Grave sigue ocupando los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en la población de menores de cinco años en Colombia y el Cauca, siendo una problemática de salud pública que afecta en mayor proporción y severidad a los grupos marginados, en especial la población infantil rural, indígena y pobre.

**Material y método:** Estudio de base Comunitaria Etnográfico Focalizado (EEF) de las Infecciones Respiratoria Agudas de la OPS-OMS, realizado en el municipio de Totoró. **Población de estudio:** 7 trabajadores del área de la salud del punto de atención Totoró y 50 madres que buscaron la atención médica para sus hijo(s) o hijas(s) menores de cinco años con Infección Respiratoria Aguda. Se les aplicaron una Encuesta sociodemográfica, una Entrevista cualitativa a madres y una Entrevista a trabajadores de salud. **Objetivo:** Identificar las percepciones y entendimientos que tienen las madres sobre la Infección Respiratoria Aguda en niños menores de cinco años que ingresan a la E.S.E Popayán- punto atención Totoró durante el año 2011. **Resultado:** Una quinta parte de las madres mejoran o aumentan la cantidad de alimento que le dan al niño o niña para ayudarlo a su pronta recuperación. La mayoría de madres identifican la presencia de respiración rápida basadas en la descripción del comportamiento de los movientes del tórax y el abdomen, y no por la medición de la frecuencia respiratoria. La cuarta parte de las madres consideran que la respiración rápida y/o dificultad respiratoria no son signos de una probable enfermedad grave que amenace la vida. Un 44% de las madres después de tratar al niño en la casa durante un periodo que usualmente dura 4 días o más buscan ayuda médica. Se encontró que un una quinta parte de las madres quienes después de acudir a los tratamientos caseros de uno a cuatro días buscan la ayuda médica, excepto para el susto o mal viento para los cuales busca la ayuda del médico tradicional quien les confirma si el tratamiento corresponde a la medicina tradicional o a la hospitalaria. La mayoría de madres piensa que se tardaron en la búsqueda de ayuda médica temprana, debido a que no consideraban grave la infección respiratoria del niño o niña. La preocupación principal de las madres es conseguir un remedio para curar el síntoma de la IRA's que presenta el niño, de no recibir el medicamento, así no sea necesario o sea efectivo, consideran que han perdido el tiempo en la consulta y se auto medican o buscan la ayuda de un farmaceuta o medico tradicional. Cinco de los siete trabajadores de salud consideran que hay tardanza significativa dando como resultado IRA's graves o complicaciones que se pueden prevenir. **Conclusión:** Los conocimientos y prácticas del proceso salud enfermedad – atención de Infecciones Respiratorias Agudas bajo la concepción occidental del modelo biomédico resulta ajeno a las madres, que junto al desconocimiento de las percepciones y entendimientos maternos contribuyen a mantener la morbilidad por Infección Respiratoria Aguda en la comunidad.

**Palabras claves:** Percepciones; Entendimientos; Infección Respiratoria Aguda.

## ABSTRACT

**Introduction:** Despite advances in child health, acute respiratory infection continues to occupy the top of morbidity and mortality in the population under five years in Colombia and the Cauca, being a public health problem that disproportionately affects and severity marginalized groups, particularly rural children, indigenous and poor. **Methods:** Ethnographic Study of Community Based Targeted (FES) of Acute Respiratory Infections PAHO-WHO, held in the municipality of Totoró. Study population: 7 workers in the area of health care point of Totoró and 50 mothers who sought care for their son (s) or daughter (s) under five with acute respiratory infection. They applied a demographic survey, a qualitative interview to interview mothers and health workers. **Objective:** To identify the perceptions and understandings that mothers have on acute respiratory infections in children under five years who enter care ESE-point Totoró Popayán in 2011. **Results:** One fifth of mothers improve or increase the amount of food that give the child to help your speedy recovery. Most mothers identified the presence of rapid breathing based on the description of the behavior of movientes the chest and abdomen, and not by measuring respiratory rate. A quarter of mothers believe that the rapid and / or breathing difficulties are not signs of a serious disease that may threaten life. 44% of mothers after treating the child at home for a period that usually lasts 4 days or longer to seek medical help. We found that a fifth of mothers who after going to home treatments of one to four days seeking medical help, except for the fright or bad wind which seeks the help of the traditional healer who will confirm whether treatment corresponds to traditional medicine or hospital. Most mothers think that it took in seeking early medical help because they did not consider serious respiratory infection of the child. The main concern of mothers is to get a remedy to cure the symptom of the IRA's presented by the child, not to receive the drug, so it is not necessary or effective, feel they have wasted their time in the office and self-medicate or seek help from a pharmacist or traditional doctor. Five of the seven health workers believe there is significant delay resulting in IRA's serious or preventable complications. **Conclusion:** The knowledge and practices of the health disease - care of acute respiratory infections in the Western biomedical model is alien to the mothers, which together with the lack of perceptions and understandings help maintain maternal morbidity in acute respiratory infection Community.

**Keywords:** Perceptions, Understandings, Acute Respiratory Infection

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción del Problema

La Infección Respiratoria Aguda (IRA), es un proceso infeccioso menor de 15 días de evolución que compromete la función del sistema respiratorio en diferentes niveles y grados de severidad, constituyendo la primera causa de morbimortalidad en Colombia y en el mundo.<sup>1,2</sup>

Cifras publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) revelan que anualmente mueren 2,1 millones de niños menores de cinco años por IRAG, que representa el 20% de todas las muertes en este grupo de edad, afectando más a la niños y niñas menores de cinco años de los países en vía de desarrollo, que generan 15,7 millones de casos nuevos por año, de los cuales el 7% al 13% son lo suficientemente severos como para requerir hospitalización, cifras de gran relevancia, si se tiene en cuenta que el 90% de los niños menores de cinco años vive en países en vía de desarrollo.<sup>3</sup>

En Colombia, este grupo de enfermedades continúa no solo consumiendo grandes recursos del sistema de salud, sino que sigue ocupando los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en los menores de cinco años, constituyendo una enfermedad de interés en salud pública,<sup>4,5</sup> destacando la neumonía y la bronconeumonía como las patologías más serias en este grupo de edad responsables de la mayoría de defunciones debidas a esta causa.<sup>6</sup> Si se tiene en cuenta las estadísticas vitales relacionadas con mortalidad por IRAG, en el año 2005, se presentó una tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) de 25.1.<sup>7,8,9</sup> Para el año 2006 se presentó una tasa de mortalidad por IRAG de 24,<sup>10</sup> siendo la IRAG la principal causa global de mala salud infantil.<sup>11</sup> Son mínimas las diferencias en el número de las tasas de mortalidad por IRAG entre los años 2005 y 2006, mostrando que en Colombia la reducción de la mortalidad por enfermedades prevenibles avanza a paso lento, fundamentalmente entre los sectores más desfavorecidos: las estadísticas oficiales indican que en los estratos socioeconómicos más bajos del país fallecen proporcionalmente 32 niños por cada 1.000 nacidos vivos, mientras que en los de mejores ingresos la cifra es de 14 por cada 1.000. De igual manera, esta problemática se evidencia en altas tasas de morbilidad y mortalidad en todas las edades, situación que preocupa por el significado que tiene la infancia para el desarrollo sostenible del país.<sup>12</sup> Dadas las características y la magnitud del problema de mortalidad infantil por enfermedades prevalentes de la infancia, el Estado ha establecido políticas en salud <sup>13,14,15,16</sup> acorde a las políticas internacionales <sup>17,18,19</sup> para mantener el bienestar de la población infantil, por lo cual se ha desplegado esfuerzos gubernamentales para poner en marcha actividades de control de IRAG, tendientes a disminuir las tasas

de mortalidad por dicho evento, reducir el uso inadecuado de antibióticos y los costos médicos de atención, así como los costos sociales que implica la muerte del infante para la familia y sociedad. La problemática no sólo es biológica y la enfermedad involucra una serie de factores económicos, sociales y culturales que la complejizan.

Es así como, los problemas de salud infantil se agravan con las desigualdades que son causadas por la distribución inequitativa<sup>20</sup> de recursos disponibles, desigualdades que se observan en términos de alteración de la salud respiratoria, causando marcadas diferencias negativas en la mortalidad infantil en grupos vulnerables como son los niños de las familias pobres,<sup>21</sup> las cuales ven afectado su bienestar y salud en diferentes aspectos, los que se relacionan con su alta vulnerabilidad frente a la pobreza, problemática que se refleja en la población infantil indígena en Colombia, que presenta una de las más altas tasas de mortalidad infantil del mundo<sup>22</sup>

El municipio de Totoró, según cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la mayoría de la población es indígena con un 70,42%, caracterizada por una gran concentración de población infantil correspondiente a 2.307 niños entre los 0 y 4 años (12,70%)<sup>23</sup>, con un índice de necesidades básicas insatisfechas de 63,10 y el índice de miseria 28,8. En cuanto a los servicios de salud en el municipio los prestan dos IPS de carácter público, una que oferta servicios socioculturales de medicina alternativa y tradicional y la Empresa Social del Estado Popayán, esta última con un punto de atención en la Cabecera Municipal.<sup>24</sup>

Aunque no hay estudios de atención a niños con IRA, las estadísticas locales del servicio de urgencias, hospitalización y consulta externa en el punto de atención de Totoró de la E.S.E Popayán que atiende a la población pobre,<sup>25</sup> mostró un total de 15 casos de bronconeumonía de los cuales 14 corresponden a niños menores de 5 años (93,3%) y 467 casos de neumonía de los cuales 386 se presentaron en menores de 5 años (82,6%), lo cual evidencia que la población más afectada de IRAG, es la población menor de 5 años, población que se distribuye a lo largo de un municipio, caracterizada por la presencia de la etnia indígena de los totoroes,<sup>26</sup> que puede crear obstáculos para la atención, debido que muchas de estas personas no están familiarizadas con el sistema formal de salud, especialmente con los cuidados preventivos o de cuidado de niños con IRAG, así como también existen dificultades para la comunicación entre el personal de salud y los usuarios. La movilización de estas áreas puede dificultarse por la poca conciencia de responsabilidad colectiva que causa esta diversidad cultural.<sup>27</sup>

A través de los programas extramurales el hospital trata de dar respuesta aunque no de manera suficiente, se han realizado capacitaciones sin consistencia en el tiempo sobre los temas de AIEPI clínico y comunitario, así como de sus estrategias, pero estas no se han implementado.<sup>28</sup> Respecto al control de IRAG sólo se ha venido informando sobre la prevención de las patologías que se

agrupan en esta clasificación, situación que es común a los demás municipios del Cauca.

Si se quiere generar estrategias costo-efectivas para control de la IRAG en niños menores de cinco años en Totoró, se debe analizar el problema de manera integral con un enfoque científico, que permita comprender el contexto en donde se desarrolla la problemática, es decir, no solamente al niño como un ser aislado. Es así como se deberá utilizar modelos que además de identificar determinantes de la salud respiratoria infantil,<sup>29</sup> permitan entender uno de sus factores sinérgicos relacionados a las percepciones y entendimientos que tienen las madres sobre la Infección Respiratoria Aguda Grave.

De esta manera, conocer la dinámica de la comunidad y entender el conocimiento y tradiciones locales en lo referente a salud respiratoria del menor de cinco años, podrá dar información vital para no solo reconocer la problemática desde un punto de vista social sino que permita involucrar a la sociedad en la resolución de sus propias problemáticas.

Teniendo en cuenta que la mayoría de los cuidados de IRA ocurren o se inician en la comunidad con participación de los integrantes de la familia,<sup>30,31</sup> se observa la importancia de incorporar a la madre del menor de cinco años, quien tendrá un impacto positivo en la salud del infante y aliviará el vacío de calidad en respuesta y prevención primaria y secundaria relacionada con la IRA infantil de los servicios de salud local.

Un modelo de atención de IRA basado en la comunidad no tendrá efectividad sino se articula a un modelo de atención con el personal de salud para la atención de la IRAG, ya que mejora la identificación de casos que deberán ser referenciados y disminuirán la pérdida de tiempo para ser la referencia y siendo esto con frecuencia un salvavidas. La combinación de estos modelos podrá brindar atención de calidad con poca tecnología e igualmente el personal en salud podrá educar a las familias y comunidades sobre IRA,<sup>32</sup> lo cual le concederá respeto y apoyo de los proveedores de atención de salud tradicional de la comunidad y confianza de los cuidadores de niños con IRA, permitiendo al personal de salud comprender las costumbres y creencias locales en salud,<sup>33</sup> aspectos claves para ejercer abogacía colectiva y empoderamiento individual.

Para dar apoyo al nivel primario de atención en salud deben proporcionarse cuidados a la salud infantil y tratamientos de IRA, tan cerca como sean posibles a las madres y redes comunitarias en salud, actores que juegan un papel importante en el cuidado de la salud del niño, siempre y cuando estos cuidados se presten con eficiencia y seguridad, teniendo en cuenta las creencias y prácticas de la comunidad.

Mantener la responsabilidad principal del cuidado del niño, específicamente en lo que se refiere al tratamiento de IRA y prevención de sus complicaciones,

centradas en la comunidad, también rescatará y conservará las tradiciones inocuas y benéficas del cuidado de niños y niñas con IRA y reduce las preocupaciones por movilización a centros de salud y problemáticas de comunicación cultural, de personal médico y la comunidad.<sup>34</sup>

Involucrar a la comunidad en los programas de cuidado de salud infantil la ayudará a empoderarse y mejorar la protección de sus miembros más jóvenes, donde juega un papel importante la educación en salud.

En los centros de atención en salud, se hace necesario mejorar la educación a las comunidades y en especial a las madres sobre los cuidados de los niños y las niñas con Infección Respiratoria Aguda (IRA), actualmente se evidencian falencias en la educación a usuarios en servicio de salud, especialmente en madres de niños enfermos, es así como, en los resultados de la encuesta de salud en el Cauca,<sup>35</sup> se observa que en consulta externa de atención al niño con Infección Respiratoria Aguda, solo al 5,6% de los padres de los menores se les explicó cómo alimentar a su hijo, y el 5,3% no recibió la debida explicación sobre las causas de la IRAG. En hospitalización y urgencias, al 76,2% de los padres se le explicó cómo alimentar a su hijo y en proporción similar 74,9% se le indicó la dieta líquida que se debía seguir. En general en la consulta externa y en el servicio de hospitalización, sólo al 4,3% de los usuarios se les explicó los signos que indican que el estado de salud del niño está siendo más grave.

Si las políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que tienen las instituciones y organismos de Totoró, se enfocaran en conocer la complejidad del problema en el contexto real, podrían diseñar planes de control de infección respiratoria con participación de la comunidad, lo cual dará una alta efectividad, debido a que se conocerá los problemas no sólo biológicos sino sociales, culturales y económicos, jugando estos un papel crítico como determinantes de salud. Dentro de las causas de la infección respiratoria aguda grave subyace la capacitación y educación que podría brindársele a los cuidadores de niños susceptibles de padecer tal enfermedad y a las redes comunitarias en salud, ya que la mayoría de las infecciones respiratorias agudas cursan con cuadros clínicos que pueden ser manejados en el hogar y/o apoyo con redes comunitarias de salud, o de forma ambulatoria; no obstante, algunos casos se complican poniendo en peligro la vida de los infantes, requiriendo de manejo hospitalario.

“Estas complicaciones asociadas al uso de tratamientos caseros con hierbas y otras preparaciones, así como la automedicación con acetaminofén, descongestionantes, antitusígenos y antibióticos en forma indiscriminada, pueden conllevar a que se consulte de forma inoportuna a los servicios de salud, cuando las patologías han aumentado su gravedad.”<sup>36</sup>

Sin una educación sobre infección respiratoria aguda dirigida a cuidadores de niños susceptibles de padecerla, no se podrá impactar en la disminución de la mortalidad infantil, de igual manera si dicha estrategia de educación no conoce el

discurso de la comunidad y lo articula al discurso médico no podrá penetrar a la comunidad, de ahí la importancia de conocer las creencias y prácticas populares en infección respiratoria aguda que tengan los cuidadores. Según Harris<sup>37</sup> esas creencias y prácticas son adquiridas en la comunidad y son importantes en la evolución del modo de enfrentar los procesos de salud enfermedad que tienen las comunidades.

Si las familias reconocen los signos de posible IRAG, buscan rápidamente la atención del servicio de salud y acceden al tratamiento adecuado de Infección Respiratoria Aguda puede evitar complicaciones, entre ellas la muerte por IRAG especialmente la neumonía. En consecuencia la comunicación eficaz con los miembros de la unidad familiar acerca de cuándo buscar atención para el niño que padece una IRAG, es un componente esencial de las atenciones de control de IRAG. Para que las madres puedan tener en cuenta los mensajes referidos a cuando buscar atención, deben ser comprensibles no solo desde el punto de vista lingüístico sino cultural, por lo que hay que identificar, entender e interpretar sus creencias y prácticas de cuidado y prevención de las IRA's.<sup>38</sup>

El tratamiento adecuado de Infección respiratoria aguda puede evitar complicaciones y entre ellas la muerte por Infección respiratoria aguda grave especialmente la neumonía si las familias reconocen los signos de posible neumonía y buscan rápidamente la atención del servicio de salud. En consecuencia la comunicación eficaz con los miembros de la unidad familiar acerca de cuándo buscar atención para el niño que padece una IRA es un componente esencial de las atenciones de control de IRAG. Para que las madres puedan tener en cuenta los mensajes referidos a cuando buscar atención, deben ser comprensibles no solo desde el punto de vista lingüístico sino cultural, por lo que hay que identificar entender e interpretar sus creencias y prácticas de cuidado y prevención de las IRAS.<sup>39</sup>

Construir mensajes entendibles para los cuidadores requiere de conocer primero los significados de IRA, su sentir, las acciones que los limitan para cuidar al niño en casa y acceder a los servicios de salud. El conocimiento de la diversidad cultural es clave para mejorar, negociar las prácticas sanitarias con las necesidades de la sociedad contemporánea y debe provocar modificaciones, intercambio y adopción de elementos y patrones culturales validos dentro de un proceso de intercambio. La promoción de la salud y prevención de la enfermedad se democratiza como estrategia de intervención cuando no solo logra llegar a comunidades en riesgo o vulnerables, si no que ellas mismas intervienen para ayudar con el sector salud a resolver sus propias problemáticas.<sup>40</sup>

La IRA comparte varios factores de riesgo entre los cuales se encuentran el ambiente, los estilos de vida, las creencias y prácticas culturales, el acceso a los recursos sanitarios que conllevan efectos sinérgicos, por lo cual actuar sobre uno de estos factores puede contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas Grave.

En el Municipio de Totoró, no se encuentran estudios cualitativos, sobre las infecciones respiratorias agudas, que den cuenta de la problemática infantil en salud respiratoria propia de poblaciones indígenas vulnerables y por ende con gran riqueza intercultural. Por ello se hace necesario conocer las percepciones y entendimientos que tienen las madres sobre la infección respiratoria aguda en niños menores de 5 años que ingresan a la E.S.E Popayán- punto atención Totoró Cauca, pudiendo así vincular dichos actores en la solución del problema de salud, y además de poder generar de estrategias costo-efectivas integrales.

A partir de la situación problemática descrita anteriormente, se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿ Cuáles son las percepciones y entendimientos que tienen las madres sobre la Infección Respiratoria Aguda en niños menores de cinco años que ingresan a la E.S.E Popayán - Punto atención Totoró - Cauca, 2011?.

## II. JUSTIFICACIÓN

La mortalidad del niño menor de 5 años siempre ha sido un problema de salud pública y una preocupación para los organismos de salud en el mundo y en Colombia. Desde hace varias décadas el sector de salud del país ha trabajado por disminuir la tasa de mortalidad infantil por lo cual ha impulsado acciones y proyectos en salud para control de Enfermedades prevalentes en la Infancia como la IRAG, entre otros programas se destaca el proyecto de la OPS OPS denominado Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) que centra la atención en el niño y no la enfermedad. Es necesario ver al niño íntegramente en el contexto, en sus necesidades y factores asociados a su estado de salud. Optimizando la visualización de detectar el riesgo pudiendo enfocarse en mantener la salud respiratoria del infante.

De acuerdo a los datos de la OPS/OMS, se dispone de poca información sobre incidencia y prevalencia de las distintas enfermedades respiratorias que componen el grupo de las IRA. No obstante, en los 37 países de la Región dentro de ellos Colombia, todos coinciden en que la causa principal de Consulta externa pediátrica está representada por las IRA. En algunos estudios se ha comprobado que entre 40 y 60% de las consultas son por IRA. Es común que los niños tengan entre cuatro y seis consultas por año, con variaciones estacionales, lo cual implica una demanda de atención médica muy alta. Solo una pequeña porción del gran volumen de consultas corresponde a casos graves como neumonía o bronquiolitis en los niños de corta edad. En general, se trata de infecciones virales de las vías respiratorias altas que suelen ser auto limitadas y curan espontáneamente con cuidados caseros (OPS)<sup>41</sup>.

Y la protagonista de esos cuidados es la madre como principal responsable de la crianza del niño, cumple un rol preponderante en su cuidado y por consecuente en la prevención y tratamiento en casa de las infecciones respiratorias del niño, la eficacia de ese cuidado depende en parte de las percepciones y entendimientos en salud respiratoria que tenga la madre. Entendiéndose como conocimiento a toda información que posee el individuo por medio de una educación formal y no formal, los cuales muchas veces pudieran ser adquiridos por creencias costumbres, y, entendiéndose a la práctica como el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas adquirida por medio de la experiencia, la cual puede ser valorada a través del impacto, de la observación o expresada a través del lenguaje.

Se ha evidenciado que las madres relacionan la enfermedad como causa posible el desabrigo el enfriamiento la ingesta de frutas cítricas entre otras. Las prácticas tradicionales y caseras que muchas veces provienen de la tradición, muchas veces pueden ser inocuas o muchas veces beneficiosas para la salud del niño,

pero muchas veces también perjudiciales cuando no son utilizadas adecuadamente, pudiéndose complicar el estado del niño.

Generalmente en las comunidades pobres el acceso a los servicios de salud no es del 100%, y aún, si existiera un acceso real al 100% de los servicios de salud a la población, no se garantiza que las madres opten por concurrir a los servicios de salud, por lo que existen otras actividades de comunicación social y educación en salud destinadas a interactuar en la cultura del cuidado en salud, según Yehuda (Yehuda B, 1997)<sup>42</sup>. Permitirán mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de la comunidad en relación al cuidado y manejo de los niños con IRAG si se enfatiza especialmente en la detección temprana de los signos de alarma, búsqueda oportuna de la ayuda médica y manejo adecuado de los niños en el hogar, pudiendo entender las prácticas apropiadas y desalentar las prácticas perjudiciales que puedan existir en el manejo de niños con IRA en el hogar; de igual manera las dificultades que presentan algunos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, llámense Empresas Promotoras de Salud, del régimen contributivo y subsidiado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para llegar a la totalidad de la población menor de cinco años.

Además según la secretaria de salud municipal de Totoró en el perfil epidemiológico la tasa de morbilidad de infecciones respiratorias agudas registrada en menores de cinco años es elevada y seguramente es mayor debido al subregistro.

Ante la escasa conectividad sociocultural generada por el poco contacto educativo de las instituciones de salud con las comunidades se hace necesario implementar estrategias en promoción de la salud con base en programas para la educación en salud.

Según Morí,<sup>43</sup> un programa de educación debe conocer la realidad social y su cultura de tal manera que permita: Actitud preventiva, solicitud y correcta utilización de los servicios de salud, Maduración de individuos capaces de evaluar factores de riesgo y trabajar por la mejora del contexto.

Es necesario conocer las percepciones y entendimientos populares en relación a Infección respiratoria aguda que tiene las madres cuidadoras de niños menores de 5 años, ya que las percepciones y entendimientos populares de las madres en relación a IRA y su entorno influyen en la toma de decisiones frente al cuidado de los niños con IRA. Al conocer dichas creencias y prácticas, se puede obtener un conocimiento más profundo de los comportamientos que hace que la madres no acudan en búsqueda médica oportuna para sus niños enfermos, que los exponga a prácticas de riesgos que afecten su salud o por lo contrario implemente actitudes funcionales que protejan su bienestar.

Igualmente, identificando las percepciones y el entendimientos de las madres, con respecto al IRA se tendrá elementos culturales fundamentales que permitirán implementar estrategias de educación en salud como parte de la atención primaria tendientes a mejorar la salud respiratoria de los niños menores de cinco años en el municipio de Totoró, cumpliendo con los objetivos establecidos, en el Plan municipal de Salud Pública 2008-2011, de fomentar la educación para la salud a la comunidad, promover el desarrollo de los modelos de atención en salud de origen intercultural,<sup>44</sup> que permitirá articulación y complementariedad de la medicina occidental con la medicina popular o tradicional, conllevando a negociar las prácticas que mantiene y protegen el bienestar de los menores. Asimismo, mejorará la aceptación de programas de salud por parte de la comunidad y las madres, impactando positivamente sobre los factores culturales que conllevan a morbilidad y mortalidad infantil, por lo cual el estudio sirve de base para la transformación positiva de cambios culturales relacionados a educación en salud tanto en la comunidad como en los diferentes proveedores de salud con respecto a la IRAG, aportando a disminuir este problema de salud pública en el municipio, ya que brinda bases culturales para los estrategias de educación en salud para la búsqueda de ayuda médica temprana con base al reconocimientos de signos y síntomas de alarma temprana de IRAG, unos de los principales factores relacionadas a la morbimortalidad infantil.

Según Priscila<sup>45</sup>, las pruebas de creciente morbilidad y los inadecuados recursos de salud en muchos países revelan que todavía hay mucho que se desconoce, ¿cómo comprenden y usan hombres y mujeres la información técnica que reciben para adoptar decisiones críticas que afectan la salud de sus hijos?, al buscar respuestas a interpretaciones culturales de la salud y enfermedad, los métodos cualitativos<sup>46</sup> son de gran ayuda para comprender dichas interpretaciones.

Por lo anterior esta investigación soluciono la pregunta de investigación ¿cuales son las características de las percepciones y entendimientos que tienen las madres sobre la Infección Respiratoria Aguda en niños menores de cinco años que ingresan a la E.S.E Popayán – Punto de Atención Totoró durante el año 2011?

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo General**

Caracterizar las percepciones y entendimientos que tienen las madres sobre la Infección Respiratoria Aguda en niños menores de cinco años que ingresan a la E.S.E Popayán- punto atención Totoró durante el año 2011.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar la interpretación que las madres hacen de los signos y síntomas correspondientes a Infección Respiratoria Aguda Grave.
- Identificar los métodos de tratamiento que utilizan las madres para el cuidado de los niños que presentan IRA.
- Identificar el modelo de búsqueda de atención médica por parte de la madre de niños con IRA.
- Reconocer las expectativas de madres acerca del tratamiento de infección respiratoria aguda de sus niños menores de cinco años.
- Identificar situaciones de comunicación de proveedores –madres en función de esas expectativas.

#### IV. ESTADO DEL ARTE

Las características socioculturales y del comportamiento pueden influir en las complicaciones de IRA. De esta manera, el significado y entendimiento que tengan las madres de niños menores de 5 años y la comunidad sobre las causas y agravantes de la neumonía son de trascendental importancia, ya que dependiendo de ellas pueden favorecer o no su evolución satisfactoria.

Las madres por lo general son muy cuidadosas con respecto a dejar los niños descubiertos, lo cual muchas veces genera la exposición a otros factores de riesgo como el hacinamiento o la contaminación doméstica por residuos orgánicos para producir calor. Por lo tanto, es de vital importancia el conocimiento y la comprensión del contexto social y cultural en el cual se dan estos factores de riesgo ambientales, con el fin de desarrollar intervenciones efectivas.

La estrategia mundial de atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia -AIEPI promovida por la OPS-OMS y UNICEF para la reducción de mortalidad por las IRAG, buscando elementos que faciliten la atención en los diferentes niveles, aporta una herramienta de clasificación de la infección respiratoria según el diagnóstico de severidad con los indicadores que muestran la mayor sensibilidad y especificidad para la toma de decisiones respecto al tratamiento y manejo de los pacientes, tomando dos signos pronosticadores de neumonía en niños: la respiración rápida (según grupo de edad) y el tiraje.<sup>47</sup>

Además del tratamiento médico, también se incluyen medidas de promoción y prevención, lo que hace importante como primera medida el control periódico de la salud, paralelamente al fomento de la lactancia materna hasta por lo menos los seis meses de edad y el plan de vacunación al día. También se debe prevenir la desnutrición, disminuir la contaminación ambiental y domiciliaria (humo de cigarrillo) y evitar el contacto con la polución extra domiciliaria, igualmente, contar con conocimientos de cuidado de la salud del infante, aspectos que dependen de la cultura de las madres y la comunidad donde se presente las IRA. “Según el consenso generado en la reunión de asesores de la OMS, celebrada en su sede de Ginebra, en 1995, en torno a las políticas de apoyo a los países en el campo de la investigación, se consideró los estudios etnográficos focalizados (EEF) como instrumentos destinados a preparar los elementos de los componentes de comunicación, educación y capacitación eficaces para concretizar las actividades de control de las IRAG. Al igual que cualquier otro instrumento, los EEF sólo se revelarán útiles si son aplicados correctamente en el contexto del desarrollo de materiales y mensajes educativos dirigidos a la comunidad” (Benguigui, 1999)<sup>48</sup>. Todo ello con el propósito de alcanzar una disminución significativa en el uso de antibióticos y de jarabes para la tos, así como de otros medicamentos para el tratamiento de las IRA; un descenso del número de casos referidos por IRAG a los hospitales, además de una reducción en la utilización de la radiología para

detectar casos de neumonía y de otros medios de diagnóstico que, en general, son empleados en exceso; una mejoría del conocimiento de las madres y de otros responsables del cuidado de los niños sobre los signos de alarma de la neumonía y la atención adecuada del niño con IRA en el domicilio.

Pulgarín y colaboradoras,<sup>49</sup> realizaron una investigación entre abril y agosto de 2009 en una institución de salud de tercer nivel en Medellín Colombia, con el fin de determinar la relación existente entre la Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA) y los conocimientos y prácticas que tiene el cuidador del niño. El estudio evidenció que el 41,7% de los cuidadores tuvieron conocimientos adecuados sobre la ERA; el 4,2% de los cuidadores identifica apropiadamente los signos y síntomas de la enfermedad. En cuanto a las prácticas llevadas a cabo cuando el niño presenta una ERA, solo se evidenció un manejo adecuado de la fiebre, sobre los otros signos el manejo fue deficiente.

Burgoa y Salas,<sup>50</sup> llevaron a cabo un estudio cuyo propósito era determinar los conocimientos de las madres de niños menores de 5 años sobre signos de alarma en Infección Respiratoria Aguda (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA) para concurrir a un servicio de salud en Cala-marca (La Paz, Bolivia) durante el año 2008. De acuerdo al estudio con respecto a la IRAG, el 50% de la población manifestaba como principal signo de alarma la dificultad respiratoria; el 35,7% solo asistiría a un centro de salud por causa de este síntoma en un lapso de máximo 24 horas. Por su parte, las madres consideraron saludables conductas como la hidratación y destapar la nariz de menor.

Pérez Moreno,<sup>51</sup> realizó un estudio con el fin de determinar el abordaje que las madres o personas que cuidan a los niños menores de cinco años con infección respiratoria aguda y neumonía brindan a estos en Managua, Nicaragua durante septiembre de 2005. Los resultados arrojaron que el 70% de las madres mantiene la alimentación en el niño, el 18% continua lactando al menor, el 8% incrementa la ingesta de líquidos y el 2% suspende tanto la ingesta de alimentos como la lactancia materna. En la mayoría de los casos las madres acuden a los servicios de salud cuando el niño presenta síntomas de IRAG o neumonía y un bajo porcentaje lo auto médica. En el 91% de los casos ante signos de fiebre, las madres le suministran al menor acetaminofén y para controlar la congestión nasal el 46% proporciona suero fisiológico.

Morales y colaboradores,<sup>52</sup> llevaron a cabo en el año 2000 un estudio en la Provincia de Miraflores, Perú cuyo objetivo era determinar el grado de conocimiento y prevención que tiene la madre en el tratamiento en casa de las IRA, así como la frecuencia de alimentación de su niño por Lactancia Materna Exclusiva. El estudio reveló que el 46% de las madres toman medidas regulares para evitar que el niño contraiga IRA. Sobre el grado de conocimiento del tratamiento de IRA en casa, el 53% tiene malos conocimientos sobre atención y acciones frente a la enfermedad y el 74% de las madres concede Lactancia

Materna Exclusiva al menor. De la misma manera, señala que el 74% de los niños presentan un esquema de vacunación completo y entre los factores de riesgo más comunes asociados a IRA se encuentra la contaminación ambiental.

Cujiño y Muñoz,<sup>46</sup> realizaron un estudio con el objeto de identificar los conocimientos y prácticas de las madres y las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desarrollada por los agentes de salud, para el manejo de la infección respiratoria aguda (IRA), no neumonía, en menores de cinco años en Manizales durante el año 1999. El 47.8% de los menores tiene menos de 2 años y un porcentaje inferior corresponde a menores entre 3 y 5; la frecuencia promedio de infecciones respiratorias que sufren estos menores está entre 6 y 7 en un año, tanto en el área urbana como rural de Manizales.

Sáenz,<sup>53</sup> llevo a cabo una investigación entre octubre y noviembre de 1994 con el propósito de estudiar las percepciones y los comportamientos de los habitantes de San Juan Comalapa, comunidad Kaqchiquel en el altiplano central de Guatemala, en lo que respecta a las IRA. Entre los signos más importantes destacados por las madres para detectar las IRA's señalaron los cambios en la respiración, la fiebre, la tos seca que después del suministro de remedios y medicación pasa a ser tos con flema señal de mejoría y el tiraje respiratorio. Sobre el manejo, el 57% de las madres indica consultar a los servicios de salud ante la presencia de los signos y síntomas mencionados, el porcentaje restante acude a los remedios caseros y a medicación no prescrita.

## V. MARCO TEÓRICO

### 5.1 Marco conceptual

**5.1.1 Generalidades.** Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son una de las primeras causas de morbilidad a nivel mundial, definidas como un conjunto de infecciones que atacan al aparato respiratorio, originados generalmente por virus y esporádicamente por bacterias, con una duración de alrededor de 15 días, con síntomas típicos de tos, disfonía, dificultad para respirar, odinofagia, rinorrea, obstrucción nasal y fiebre.<sup>54,55</sup>

Dentro de este cuadro patológico, se encierran diferentes entidades clínicas de diferente etiología y gravedad clasificadas como IRA altas y bajas de acuerdo a su afección en las estructuras del sistema respiratorio, arriba o debajo de la laringe respectivamente. Estas patologías auscultan un motivo de preocupación en especial en la población vulnerable como niños y ancianos debido a su significativa incidencia y severidad.<sup>56,57</sup> Los principales diagnósticos respiratorios que componen la problemática más generalizada de salud pública en población pediátrica menor de cinco años son la neumonía, influenza, bronquitis y bronquiolitis.<sup>58</sup>

Sin embargo, la detección de la IRA muy comúnmente se convierte en un procedimiento complejo, pues presenta sintomatología similar a otras patologías (por ejemplo la fiebre), igualmente, la presencia de otras enfermedades en el niño y el curso que puede tomar la patología con el transcurrir del tiempo. Cuando en la comunidad se cuenta con los recursos óptimos para el abordaje de la enfermedad que puede incluir las radiografías de tórax, la biopsia pulmonar, los cultivos bacterianos y virales o las pruebas de laboratorio, el tratamiento de la patología puede ser integral y oportuno, pero en la mayoría de países en desarrollo como el nuestro, no es extendido la presencia de estos procedimientos, por lo cual en ocasiones los tratamientos para una infección respiratoria empeoran o se toman medidas tardías.<sup>59,60,61</sup>

De esta manera, el papel que puede desempeñar la familia y la comunidad en el diagnóstico de la IRA es vital, pues de este depende la precisión suficiente para el tratamiento, debido a que si el responsable del pequeño reconoce las señales de advertencia, (por ejemplo signos muy específicos como la respiración rápida pueden indicar una señal de alerta para el desenlace de una IRA grave), se pueden efectuar rápidamente evaluaciones e iniciar un tratamiento oportuno por parte personal asistencial.<sup>62,63</sup>

Lo comúnmente evidenciado sobre todo en países en vía de desarrollo, es que la mayoría de episodios de IRA no son atendidos por los servicios sanitarios sino por lo general en el hogar, no obstante, la IRA puede cobijar severidad, como se mencionó anteriormente, por lo cual su manejo requiere de servicios médicos para evitar su complicación que puede generar secuelas y situaciones de discapacidad, por lo cual es necesario procurar una correcta evaluación y valoración de los síntomas y signos de IRA que impidan el abuso e impropio formulación de medicación antibiótica factor de riesgo que acrecienta la resistencia bacteriana. Además, la inoportuna identificación de sintomatología origina un riesgo en el recrudecimiento del cuadro clínico que conlleva a una tardanza en el manejo del tratamiento derivando a servicios de salud mucho más complejos para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.<sup>64,65</sup>

A pesar de la existencia de múltiples indicadores que señalan la gravedad de la IRA, existen dos principales: la frecuencia cardíaca y las retracciones subcostales. La primera se define como el mejor indicador de presencia de IRA severa de acuerdo a la OMS y OPS, catalogándolo como el signo más sensible y específico que diagnostica la neumonía.<sup>66</sup> Por su parte el tiraje subcostal es un indicador predictivo a las formas graves de IRA al enunciar un mayor compromiso de tensión pulmonar asociado a la hospitalización y suministro de oxígeno, de acuerdo a su persistencia e intensidad.<sup>67</sup>

**5.1.2 Taxonomía.** Dentro de la clasificación de IRA, los organismos internacionales como la OMS y OPS definieron una clasificación elemental en tres categorías: IRA leve, IRA moderada e IRA grave. Sin embargo, estos mismos organismos optaron por identificar una entidad que se acrecentaba a grandes pasos en todo el mundo y afectaba principalmente a la población pediátrica, por lo cual necesitaba de una denominación fuerte que denotara su severidad: la neumonía grave, que desde siempre se interpreta como una patología de extrema complejidad, de esta forma, lo que se conocía como IRA grave se denominó neumonía grave, la neumonía pasó a ser IRA moderada y las gripes y entidades ausentes de neumonía se denominan IRA leve.<sup>68,69</sup>

Por su parte, los niveles de atención de las IRA's también se han identificado, con lo cual la neumonía grave, manifiesta de tiraje subcostal claro, ausente de componentes bronco obstructores requieren de atención médica y hospitalización con manejo de antibióticos dependiendo de la edad del paciente pediátrico. Las neumonías acompañadas de frecuencia respiratoria alta ausentes de otros indicadores de gravedad, se pueden atender en los centros de atención en salud por enfermeras o preferentemente por médicos de acuerdo a las condiciones de la comunidad, igualmente su manejo debe ser antibiótico de acuerdo a la edad del paciente pediátrico. Finalmente, la IRA ausente de neumonía que no presenta signos de complejidad, se debe atender en la comunidad, especialmente por la madre, con el apoyo de personal sanitario que brinde las medidas en el hogar para la recuperación del paciente pediátrico, como el manejo febril, la alimentación y

bebida, manejo de la tos, vigilancia de signos de alarma, obstrucción nasal.<sup>70,71</sup> Cabe destacar que el punto clave para la atención de la IRA es el cuidado desde el nivel primario dentro de un enfoque de promoción y prevención en salud, que controle los factores de riesgo de la enfermedad constituyentes de la gravedad de la misma, hecho fundamental tendiente a disminuir la mortalidad por IRAG.<sup>72</sup>

Como se mencionó, en la mayoría de los casos las IRA se originan por virus en los casos ocasionados por bacterias el tratamiento justifica el uso de antibióticos. Los microorganismos por lo general son inhalados por la persona llegando así al tracto respiratorio y terminan por colonizarse en las zonas altas y bajas.<sup>73</sup> Son diversos los factores de riesgo en la IRA basados en la evidencia como los ambientales alusivos a la exposición intradomiciliaria a contaminantes ambientales como el humo cuando se cocina con leña y el humo del tabaco. La contaminación por humo doméstico es muy común en muchas partes del mundo en desarrollo, y la tecnología apropiada, tales como estufas sin humo, está disponible para reducir este tipo de contaminación. Las condiciones de la vivienda y habitación como el hacinamiento proporcionan condiciones para el crecimiento y proliferación de microorganismos moradores en las vías respiratorias de las personas convivientes, que se pueden transmitir a través de la tos, el estornudo o el contacto directo.<sup>74,75</sup>

Así mismo, los factores individuales como la edad, ya que la neumonía es más grave entre los menores de un año y menores de 2 meses. También los niños que al nacimiento, pesan debajo de 2.500 Kg. son más susceptibles a este tipo de infección y a desarrollar neumonía. La ausencia de lactancia materna, pues se ha comprobado que la ocurrencia de neumonía es menor entre los niños que reciben alimentación del pecho materno, lo cual se ha adjudicado a los componentes inmunológicos de la leche materna como el lípido factor antiviral, el cual ejerce protección a IRA como la influenza y otras patologías como el asma.<sup>76,77</sup>

La desnutrición infantil, aumenta la posibilidad de adquisición de IRA debido a una ingesta inadecuada, deficiente en vitaminas, yodo, hierro y micronutrientes que incrementa el riesgo de severidad de la enfermedad y de mortalidad por esta causa. Un esquema incompleto de vacunación, pues los padecimientos como sarampión y tosferina pueden facilitar la aparición de la neumonía, pero se debe considerar que estas dos patologías se pueden evitar con la vacunación, las cuales se encuentran en el esquema básico; así mismo la ausencia de retinol o vitamina A, la cual es básica para procesos de crecimiento y formación y mantenimiento de los tejidos óseos y la actividad de las células del sistema inmunológico.<sup>78,79,80</sup>

### 5.1.2.1 IRA's Leves o altas

**Resfrío común.** En la mayoría de ocasiones se produce por rinovirus, aunque se debe asociar también a adenovirus, para influenza, echo virus, coronavirus, entre otros. Constituyen más de la mitad de las IRA altas. Se define como la inflamación de la mucosa nasal. La vía de ingreso es a través del tracto respiratorio, por el contacto directo que disemina el virus. Muy comúnmente se producen en los meses más fríos del año dependiendo de la zona, se cree que el hacinamiento es un factor que constituye su proliferación, debido a que en estas épocas se incrementa la aglomeración de personas en espacios cerrados. La sintomatología aparece alrededor de 2 a 5 días y comprenden congestión nasal, estornudos, fiebre, malestar general y tos. Su evolución puede tardar de 3 a 10 días. Para el cuarto o quinto día se elimina el virus, pero en niños la eliminación probablemente puede tardar más.<sup>81,82</sup>

**Faringitis y amigdalitis.** La faringoamigdalitis, infección de las vías respiratorias superiores, es muy común y constantemente consultada en los servicios sanitarios. Como en el resfriado común, se trata la mayoría de veces por virus como el rinovirus, coronavirus, influenza, entre otros. Se originan durante todo el año pero en las épocas invernales con mayor frecuencia. Su contagio se produce por contacto directo. En cuanto a la incubación del virus puede durar de dos a cinco días, manifestado por cefalea, malestar general y fiebre, en la población pediátrica son comunes las náuseas, el vómito, edema, enrojecimiento, eritema de las amígdalas, adenopatía cervical anterior el dolor a nivel abdominal.<sup>83,84</sup>

**Laringitis, laringotraqueitis.** Por lo general estas patologías se asocian a pérdida de la voz, tos, generalmente asociada con ronquera. Se caracteriza la inflamación en las cuerdas vocales acompañada con dificultad respiratoria sobre todo en niños entre los 1 y 6 años de edad. Muy comúnmente lo produce el virus influenza tipo B, aunque también se puede presentar el estreptococo, estafilococos, entre otros virus. Es muy frecuente en el sexo masculino, tiende a repetir en los meses que siguen, y a veces se encuentra una predisposición familiar.<sup>85,86</sup>

### 5.1.2.2 IRA's graves o bajas

**Bronquiolitis.** Se trata de una infección respiratoria que ataca a los bronquiolos, generalmente caracterizada por sibilancias e hiperinflamación en población pediátrica. En la mayoría de los casos lo genera un virus sincitial respiratorio y en menor cantidad los virus paragripales, rinovirus o el *Mycoplasma pneumoniae*.<sup>87</sup> Clínicamente se manifiesta por las sibilancias graves y agudas, la retracción del tórax, tos, fiebre, rinorrea y dificultades respiratorias. Su detección se efectúa a través de radiografías de tórax la cual muestra la inflamación y esporádicamente con neumonía. No son frecuentes las complicaciones, a excepción de las sibilancias o la dificultad respiratoria; aun no se cuenta con un control o medida

preventiva como las vacunas.<sup>88,89</sup> El patrón epidémico estacional de la enfermedad como en la mayoría de IRA's se evidencia en los meses fríos, pero se ha denotado un cuadro en el cual cada año o dos afecta a los infantes menores de un año, que se repite a medida que el pequeño crece y no se le brinda de primera mano la atención sanitaria adecuada, por lo que se ha convertido en un verdadero problema de salud pública en población pediátrica que causa una importante demanda de servicios sanitarios.<sup>90</sup> Como factores de riesgo predisponentes se han detectado el bajo peso al nacer del infante y la desnutrición causante de muertes por esta causa.<sup>91</sup> Igualmente autores han construido escalas para su evaluación clínica considerando la bronquiolitis leve de 1 a 3 puntos, moderada de 4 a 7 y severa de 8 a 14.<sup>92</sup>

**Bronquitis.** Causa común de consulta en los centros de atención asistencial y diagnóstico frecuente del personal médico en los centros de atención primaria y urgencias. Esta patología comprende una serie de signos y síntomas comunes en la IRA's como la fiebre y tos seca, ruda que progresa a productiva y en muchos casos mucopurulenta que puede tener una duración hasta de cuatro semanas.<sup>93,94</sup> Las bacterias causantes más frecuentes son: *Haemophilus influenzae* y el *Streptococcus*, en la mayoría de casos se halla compromiso bronquial secundario en las infecciones por virus. El diagnóstico de la enfermedad solo se lleva a cabo cuando a través de la radiografía de tórax se descarte la presencia de neumonía y además por evaluación clínica se descarte IRA altas o Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC.<sup>95,96</sup>

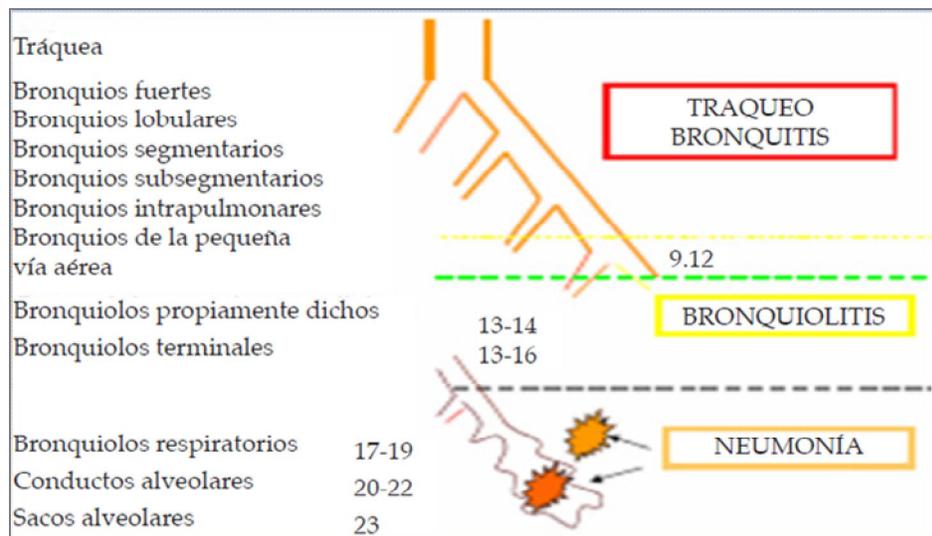
**Neumonía.** Esta infección que afecta el parénquima pulmonar, la pueden generar diversos virus y bacterias como el *Streptococcus pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae*, entre otros. Su transmisión es a través de rutas como el contacto directo persona a persona o indirecto por contacto con un objeto contaminado, también por transmisión respiratoria como estornudos o tos. Tanto las neumonías virales como bacterianas tienen lugar en todo el año pero son en los meses de invierno más frecuentes.<sup>97,98,99</sup>

Los síntomas que el paciente pediátrico puede presentar son la tos, dificultad para respirar, expectoración con pus, fiebre, escalofríos, taquicardia, la retracción costal, matidez a la percusión, respiración paradójica, disminución del murmullo vesicular, crepitaciones y broncofonía.<sup>100</sup> Como se mencionó anteriormente, se debe destacar que la frecuencia respiratoria es el predictor más importante del compromiso pulmonar. El apoyo radiográfico ayuda en la confirmación del diagnóstico, pues indica si localización, la valoración de su extensión y por supuesto la presencia de complicaciones o no como derrame pleural, cavitación pulmonar, entre otros.<sup>101</sup>

Los factores de riesgo para esta patología han demostrado un mayor predominio del género masculino, un nivel sociodemográfico bajo, relacionado con las condiciones de la vivienda y habitación, así mismo, la exposición al humo de

cigarrillo y las predisposición a desordenes cardiopulmonares. En el entorno, también se han considerado los agentes protectores a la enfermedad principalmente la vacunación la vacuna contra el neumococo en los Estados Unidos desde su aprobación en el 200 disminuyó en 24,3 por cada 100.000 casos, a pesar que esta vacuna no contrarresta el serotipo 1 de la enfermedad, la introducción a traído fuerte impacto mundialmente en términos de frecuencia de la enfermedad, tasa de hospitalización y mortalidad en menores de 5 años.<sup>102,103 104</sup> Por su parte, las condiciones anatómicas fisiológicas del sistema respiratorio de los pediátricos y su estado anabólico activo, que significa que respiran más aire, beban más agua e ingieren más comida por unidad corporal que los adultos, lo que significa una mayor dosis ante una exposición ambiental dada, sumado a esto el comportamiento infantil de exploración, que los induce constantemente a llevarse los dedos a la boca, focos de contaminación, que continuamente frotan ante superficies, objetos o juguetes sucios, hacen que el sistema respiratorio del menor se encuentre más vulnerable ante las exposiciones ambientales desfavorables,<sup>105</sup> igualmente se debe considerar que los pulmones del infante no se encuentran completamente desarrollados hasta estimativamente los 8 años, tiempo de culminación del desarrollo alveolar, razón por la cual el niño está más expuesto a enfermarse por índole fisiológica y anatómica del pulmón.<sup>106</sup>

Figura 1. Localización anatómica de las infecciones respiratorias.



Fuente: Síndrome bronquial obstructivo agudo, Laura Beatriz Moreno, Universidad Nacional de Córdoba (Argentina).

### 5.1.3 Recursos utilizados para el tratamiento

**5.1.3.1 Principios curativos de medicina tradicional salud y cultura medica tradicional.** La medicina indígena tradicional hace alusión a las prácticas

sanitarias que tienen origen en los escenarios, ámbitos y comunidades indígenas, surgidos antes de la colonia y basados en prácticas tradicionales de experiencia, cosmovisión e historia sociocultural indígena, sus métodos y procedimientos se han utilizado de generación en generación con plena seguridad y confianza en sus resultados.<sup>107</sup>

En cuanto al tratamiento de las IRA, en las comunidades indígenas la medicina tradicional aún tiene su vigencia. El empleo de plantas, rituales, cantos y ceremonias, son prácticas que para la comunidad proveen una relación armoniosa entre el ser humano y la naturaleza, considerando que la enfermedad es el detrimento de esa relación equilibrada causando malestar. Los médicos tradicionales con todos sus conocimientos y experiencias constituyen una red en la comunidad que priman el cuidado de la vida y la salud en su entorno<sup>108</sup>. Con ello las creencias populares prevalecen sobre las explicaciones y consideraciones otorgadas por el personal asistencial.<sup>109</sup>

Sin embargo, las autoridades de salud aun consideran que esta vía es la que mayor problemática circunda en la detección temprana y oportuna de las IRA's graves, debido a que las madres ante casos de IRA's primero acuden a este tipo de medicina y a los remedios caseros que esta proporciona, que en ocasiones lo que consigue es un avance lento de la enfermedad lo que pone en riesgo la vida del menor.<sup>110</sup>

**5.1.3.2 Atención de medicina convencional.** La medicina convencional o científica es aquella que practican las personas con título universitario de médico, a su vez los profesionales en salud como psicólogos, enfermeros, fisioterapeutas, entre otros. Su fundamento está en la relación causa-efecto, asociado a carencias, procesos orgánicos, microorganismos, factores del entorno que producen la enfermedad, la cual contrarresta a través de la farmacología y la química en el uso de tratamientos para la sanación, así mismo, el empleo de instalaciones, tecnología, herramientas e instrumental para llevar a cabo los procedimientos necesarios.<sup>111,112</sup>

Por su parte, en la medicina occidental, para las diversas patologías que conforman el grupo de IRA's existen tratamientos y medidas particulares, sobre todo cuando se trata de menores de corta edad. En el caso del resfrío común las medidas generales a tomar van desde el básico aseo nasal con suero fisiológico, la aspiración nasal suave, y evitar el exceso de abrigo o calor, así mismo fragmentar la alimentación si el caso lo amerita y mantener una adecuada ingesta de líquidos. Sobre la medicación es recomendable el no uso de antibióticos y los descongestionantes se encuentran contraindicados para los niños menores de 6 meses, de hecho aún no ha sido demostrada su eficacia en menores de 5 años<sup>113</sup>. En el caso de la faringoamigdalitis las medidas a tomar son reposo para el menor cuando su estado reporta fiebre, una abundante ingesta de líquidos y alimentos que el niño tolere. Sobre la medicación los doctores recomiendan su uso cuando

existe fiebre mayor a 38°, también el uso de antibióticos pero su administración debe ser controlada por el médico, ya que esta depende de las contraindicaciones y del peso del menor<sup>114</sup>.

En cuanto a la bronquiolitis, aunque la enfermedad tiene bajas tasas de mortalidad a nivel mundial, esta puede aumentar con la presencia de cardiopatías o displasia broncopulmonar, por lo que la necesidad de hospitalización se puede incrementar en un 50% de los casos cuando hay presencia de factores de riesgo en el niño y en su entorno familiar. Inicialmente se debe efectuar una evaluación al paciente que revele o descarte un Síndrome Bronquial Obstructivo lo que dependerá su tratamiento en un nivel medico complejo o atendido de manera ambulatoria.<sup>115</sup>

En los menores se debe evitar el uso de mucolíticos y antitusivos para el tratamiento de esta patología<sup>116</sup>. Para el tratamiento de la neumonía por su parte, se debe tener presente una serie de recomendaciones, principalmente que el menor de 3 meses debe hospitalizarse debido al riesgo latente de apnea y paro cardiorrespiratorio. En los pacientes de 3 meses o más, la indicación de hospitalización depende de la gravedad clínica.

Como medida se debe tomar el reposo en cama, con una adecuada ingesta de líquidos, alimentación fraccionada según tolerancia del paciente y evitar exceso de abrigo o calor. Sobre los medicamentos el profesional de la salud debe proporcionar medicinas para el control del estado febril, el uso de broncodilatadores en caso de obstrucción bronquial, y antibióticos que controlen las infecciones presentadas<sup>117</sup>.

**5.1.3.2.1 Estrategia control ERA.** La Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) idearon una estrategia de atención para responder a los problemas de salud en población pediátrica menor de cinco años, llamada Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).<sup>118,119</sup>

Esta estrategia compone tres aspectos básicos para el mantenimiento de salud del paciente pediátrico en aras de: (1) mejorar el desempeño del personal sanitario, (2) mejorar los sistemas de salud y (3) mejorar las prácticas en el entorno familiar y comunitario.<sup>120</sup>

La IRA hace parte del programa de intervención como patología que afecta a la población pediátrica a nivel mundial que deja miles de muertes en zonas vulnerables, por ello la estrategia busca la rápida identificación de signos y síntomas que revelen la condición de salud respiratoria en el niño. De esta manera, el protocolo sugiere como primera medida clasificar al infante de acuerdo a los signos presentes de IRA, posteriormente recomienda establecer el tratamiento adecuado de acuerdo a la clasificación general de la enfermedad, con ello se refiere al niño, y en cuanto al nivel de atención, se le otorgan a la familia las pautas para el tratamiento y cuidado en el hogar del niño, subsiguientemente se

debe realizar un control y evaluación del niño desde el suministro del tratamiento y ofrecer servicios adicionales que apoyen el adecuado desarrollo del menor. Asimismo, los organismos antes mencionados junto con la redes de salud y estatales adscritas buscan mejorar la cobertura de vacunación implementando además la vacuna contra la influenza.<sup>121,122</sup>

Bajo esta estrategia también se consideró la creación de espacios dedicados a la atención de pacientes pediátricos con cuadros clínicos de dificultad respiratoria, como los generados por la bronquitis aguda, bronquiolitis y SON Síndrome Bronco Obstructivo, denominadas Salas ERA, las cuales se encuentran atendidas por un terapeuta respiratorio o enfermera, apoyados por personal especialista: pediatra, neumólogo y médico general. En estos espacios se realizan básicamente 5 procesos, el primero corresponde a una valoración del paciente pediátrico, seguido por el manejo, inicio del manejo y registro de evolución, información al especialista y finalmente el profesional de la salud definirá el procedimiento a seguir. La continuación del manejo en salas IRA está determinado por un empeoramiento del cuadro clínico, la necesidad de administración de antibióticos intravenosos y/o de oxigenoterapia.<sup>123,124</sup>

La estrategia AIEPI considera que para el óptimo cumplimiento del objetivo de estas salas, especialmente en países en desarrollo, el Estado y las autoridades pertinentes deben invertir en mejores instalaciones, en la disponibilidad de mobiliario para los diferentes niveles de atención, pero sobretodo en el mejoramiento del sistema de referencia y contrarreferencia.<sup>125,126</sup>

Por su parte, la estrategia AIEPI antepone la prevención como medida para el control de las enfermedades prevalentes de la infancia, a través de la coordinación de recursos y actividades relacionados con la atención del niño en los servicios sanitarios, principalmente en el mejoramiento de la calidad desde el núcleo familiar hasta los servicios de salud. De esta manera, la estrategia propone la promoción de prácticas claves en la familia sobre los cuidados de la salud del infante; así mismo, en los entes sanitarios procura la capacitación de los ACS Agentes Comunitarios de Salud, con el objetivo de enseñar y promover prácticas de cuidado y atención del infante ante la presencia de IRA desde el hogar. También en las entidades sectoriales de salud busca el establecimiento de programas continuados que prevengan y reduzcan la muerte y enfermedad de los niños causados por patologías como la IRA, a través por ejemplo de la vacunación.

En la prestación de los servicios, fomenta el mejoramiento de las habilidades del personal sanitario para la prevención y control de las patologías pediátricas, asimismo se esmera por la capacitación en prácticas que mejoran la calidad de la atención a la niñez.

En la comunidad busca fortalecer y promover conductas en el núcleo familiar para la atención oportuna de la salud del infante mediante la capacitación, como ya se

mencionó, de los ACS suscitando: practicas familiares de promoción en crecimiento y desarrollo del infante, protección de la salud del niño, medidas de higiene para la prevención de enfermedades prevalentes, practicas familiares para el manejo de enfermedades prevalentes y por último advertir a la madre o cuidador sobre cuando apoyarse y pedir ayuda para conservar la vida del infante.<sup>127</sup>

Esta estrategia no solo cobija al componente de salud en la infancia, también contempla el componente perinatal dando una visión integral al cuidado y atención en la infancia desde la salud de la mujer, seguimiento y control del embarazo y una asistencia adecuada en el parto y nacimiento, con ello se erige la estrategia de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia a partir de los criterios globales promulgados por la UNICEF como el fortalecimiento de la lactancia materna, practica saludable que permite un desarrollo adecuado y mejora la calidad de vida de la población pediátrica y su entorno familiar. Junto a esta estrategia busca la construcción, ejecución, realización, seguimiento y evaluación de planes de trabajo para el control de riesgo identificados en el hogar que amenazan la salud del menor, promoviendo y fortaleciendo factores preservadores determinantes de la salud y la calidad de vida.<sup>128,129,130</sup>

**5.1.3.2.2 Tratamiento en el hogar.** Los tratamientos en el hogar son prácticas muy comunes para enfermedades prevalentes en la infancia, estas intervenciones se enfocan en el suministro de tratamientos caseros que generan una disminución en los sucesos de patologías severas, pero que en la mayoría de casos desencadenan sobrecarga en los servicios sanitarios, al empeorar los síntomas y la evolución de la enfermedad y al uso indiscriminado e inapropiado de fármacos que terminan detonando la rápida y creciente resistencia bacteriana a la enfermedad.<sup>131,132,133</sup>

El empleo de plantas para la curación de enfermedades data desde épocas remotas, la terapéutica y farmacopea de los mayas y aztecas en la zona céntrica del continente basado en el conocimiento empírico ha sido ampliamente documentada y extendida hasta nuestros tiempos.<sup>134,135</sup> El estudio de Sáenz sobre el manejo de infecciones respiratorias agudas en una comunidad indígena de Guatemala, reveló que las madres antes de consultar los servicios médicos suministraron remedios caseros a sus hijos, entre ellos los más comunes fueron las infusiones de plantas como la manzanilla, la canela y la hierbabuena, asimismo ungüentos y baños de vapor.<sup>136</sup>

No obstante, también es ampliamente evidenciado en la literatura la administración de fármacos, en especial antibióticos por parte de los padres a los niños con IRA, característicamente en los países en desarrollo donde adquirirlos es relativamente fácil, a lo que se suma la falta de adhesión también por parte de los padres, al tratamiento que se le indica en los servicios sanitarios, pues de acuerdo a estudios de eficiencia realizados en América latina a los servicios de

salud revelan que solo 1 de cada 4 personas llega a comprender literalmente las indicaciones médicas sobre el tratamiento, lo que quiere decir que en la mayoría de casos el tratamiento se suministra de manera inadecuada, principalmente por problemas en la posología o duración del tratamiento.<sup>137,138,139</sup> Estos problemas repercuten en la salud del pequeño aumentando la gravedad de su estado de salud por posibles efectos adversos o por resistencia antibiótica.<sup>140</sup>

**5.1.3.2.3 Convivencia entre medicina científica y medicina tradicional.** La Organización Panamericana de la Salud desde la década de los 90's trabaja conjuntamente con las comunidades indígenas de América latina para mejorar la prestación de los servicios de salud y su calidad de vida. Consciente de las practicas milenarias de los pueblos indígenas y sus arraigadas costumbres y creencias, en la reunión llevada a cabo en Winnipeg 1993 la OPS y los representantes de las comunidades indígenas, representantes del estado y otras organizaciones propusieron la armonización de las diferentes perspectivas de salud: la medicina tradicional y científica.<sup>141</sup>

El propósito es el reconocimiento de la existencia de una multiculturalidad portadora de conocimientos y saberes que antes que eludir hay que respetar, considerar y aprender de ellos. También el valorar nuevas maneras de ver la vida y la enfermedad sin tratar de imponer una visión, pero sobre todo, se enmarca en la disminución de la morbimortalidad de los recién nacidos, los menores de cinco años y las mujeres gestantes por enfermedades prevalentes.<sup>142,143</sup>

Este marco componente comunitario de la estrategia AIEPI, ha promulgado una serie de orientaciones que armonizan la medicina tradicional y científica, de esta manera, los entes sanitarios tienen el deber de impulsar entre sus acciones el empleo de procedimientos evidentemente beneficiosos para el cuidado de la salud; la incorporación paulatina de prácticas, saberes y conceptos en salud a las labores diarias tanto en la medicina convencional como tradicional; fomentando la participación de las comunidades indígenas, rurales y sanitarias en la solución de problemas que afecten la salud de la localidad; el empleo de la cosmovisión indígena en algunos aspectos de la salud familiar y comunitaria, principalmente en salud materna e infantil y finalmente, la coordinación de las labores medicas con las indígenas tradicionales respecto a la salud de la comunidad.<sup>144,145</sup>

## **5.2 Referentes Teóricos**

**5.2.1 Modelos de creencias en salud.** Uno de los modelos más usados en la investigación de comportamientos vinculados con la salud, es el modelo de creencias en salud, que se enfoca en comprender los comportamientos de riesgo para la salud.<sup>146</sup>

Este modelo se enfoca en percepciones personales de la enfermedad y en la expectativa que una medida puede prevenir la enfermedad, aunque no analiza el cuidado referente a otra persona y por ende no se acomoda al modelo de negociación de saberes y prácticas en el que se enfoca la pregunta de investigación.

**5.2.1.1 Teorías de las etapas del cambio.** En esta teoría el cambio de comportamientos se produce como consecuencias de etapas que varía según el individuo. Por lo cual, es útil para evaluar programas que tengan por objetivos medir cambios de comportamientos.<sup>147</sup>

**5.2.1.2 Modelo socio-ecológico.** Es un modelo más ambicioso y complejo que compila otros modelos. Sitúa al individuo en entornos físicos, sociales e institucionales y que interactúan entre si junto al entorno. Además, analiza las dimensiones del individual interpersonal, la organización, la comunidad y de la política. Es un modelo completo para análisis de dinámicas de procesos de salud enfermedad, pero que no da cuenta del análisis de dos culturas de cuidado, la médica y la popular, por tanto este modelo no se ajusta a las pretensiones del presente estudio.<sup>148,149</sup>

**5.2.2 Modelo Teórico.** El modelo que aborda los problemas de comunicación entre culturas, por un lado las comunidades particulares (populares) y por otro, la cultura médica, es el Modelo Teórico de Kleinman.<sup>150</sup>

*Figura 2. Modelo teórico de Kleinman*



*Fuente: Elaboración propia del estudio*

**5.2.2.1 Orientación teórica del estudio.** Desde el punto de vista conceptual, este estudio aborda un problema de comunicación entre culturas. La cultura de la comunidad médica cosmopolita o internacional y las culturas de las comunidades particulares, locales o regionales, donde se realiza la investigación. En todas partes del mundo, incluso en la mayoría de los sectores de las sociedades industrializadas, los enfoques que tienen de las IRA en las culturas son muy diferentes.

Las diferencias entre las dos culturas casi siempre incluyen lo siguiente:

- 1) Los nombres o los términos específicos con que se designan las enfermedades en las comunidades locales son diferentes a los que se emplean en la cultura médica cosmopolita.
- 2) Aun en los casos en que la cultura local utiliza algunos términos de la ciencia médica (por ejemplo, enfermedades tales como "bronquitis" y "neumonía"), el significado de estos términos difiere generalmente del significado que tienen en el medio médico cosmopolita.
- 3) Los signos y síntomas específicos asociados con las IRA son diferentes entre las culturas. No solo hay diferencias en los signos y síntomas específicos que se reconocen como tales (y en sus denominaciones), sino que es muy probable que las haya en las explicaciones fisiológicas sobre "lo que está sucediendo" en cuanto a los signos y síntomas observados.
- 4) En la mayoría de los casos, las causas supuestas de estas enfermedades difieren de modo significativo.
- 5) Debido a las diferencias culturales en las explicaciones de las causas, los tratamientos esperados y preferidos para las infecciones respiratorias agudas difieren sustancialmente.

Por otro lado, es probable que haya algunas importantes semejanzas y puntos de contacto entre el sistema de creencias culturales locales y las creencias culturales del mundo médico cosmopolita acerca de las IRA. Es importante destacar que la cultura médica cosmopolita no es un sistema único, monolítico de ideas, con terminología y procedimientos de diagnóstico y de tratamiento uniformes. De hecho, los programas nacionales de control de las IRA necesitan información acerca de la cultura biomédica local, y los programas incluyen actividades de capacitación y de otro tipo para introducir cambios en las expectativas de los trabajadores de salud de la medicina cosmopolita y en los tratamientos que emplean. Por lo tanto, las acciones del programa de control de las IRA no están centradas exclusivamente en las culturas autóctonas locales para llevar nueva

información a estas comunidades, procura establecer una efectiva comunicación en ambos sentidos entre las dos culturas.

**5.2.2.2 El concepto de modelos explicativos.** En todas las culturas existen creencias bien definidas acerca de la enfermedad que incluyen términos lingüísticos para designar los signos y síntomas, clasificaciones de las enfermedades en virtud de las cuales los signos y síntomas específicos se pueden agrupar como indicadores de determinadas enfermedades, denominándose “modelo explicativo” de las infecciones respiratorias agudas. Esta terminología fue propuesta por Kleinman (1980),<sup>151</sup> como una manera útil de referirse a la “teoría médica” autóctona, que se puede inferir y describir en todas las culturas. Aunque se puede emplear con relación a un sistema de enfermedades, tales como las IRA.

Una descripción eficaz del modelo explicativo local de las IRA proporciona los fundamentos para el estudio y ayuda al etnógrafo a organizar y analizar los datos. La elaboración de formularios de categorías del modelo suministra un marco de referencia para elaborar un modelo explicativo. Los componentes de este modelo son:

- 1) Las categorías de enfermedad respiratoria o los nombres de la enfermedad.
- 2) Su gravedad relativa.
- 3) Los signos y síntomas que caracterizan cada categoría.
- 4) Las causas de estas enfermedades (incluyendo las percepciones de una secuencia causal según la cual se piensa que una enfermedad conduce a otra.
- 5) Su tratamiento en el hogar.
- 6) Su tratamiento por los trabajadores de salud fuera del hogar.

Los elementos centrales de esta descripción constan de los términos Emic o propios utilizados por los miembros de un determinado grupo cultural local para designar los conceptos locales en la esfera de los problemas respiratorios.

Uno de los fines principales de este estudio etnográfico, es mejorar la comunicación al proveer una descripción y análisis de las creencias y costumbres locales, comprensibles y útiles para los agentes de salud y otros que no pertenecen a esas culturas locales. Se espera que esto mejore la comunicación entre los trabajadores de salud y las madres.

Con frecuencia, los etnógrafos están tentados por “traducir” los conceptos locales o conceptos biomédicos. Sin embargo, esta tendencia debe evitarse cuidadosamente. Los investigadores nunca deben asumir que los términos locales “cubren el mismo territorio” o tienen el mismo referente que los términos biomédicos a los que aparentemente se asemejan.

Los términos correspondientes a enfermedades definidas desde el punto de vista biomédico que pertenecen a la categoría amplia de infecciones respiratorias agudas, tales como “neumonía”, “bronquitis”, “bronquiolitis”, “faringitis” y “asma”, implican condiciones patológicas específicas que están relativamente bien definidas y delimitadas.

El hecho de que puede ser difícil diferenciar estas enfermedades mediante el examen clínico o de que dos enfermedades pueden coexistir en la misma persona, no invalida el punto fundamental de que los términos derivados de la teoría biomédica que designan enfermedades se refieren a entidades patológicas específicas, basados en extensos estudios anatómicos y de laboratorio de estas enfermedades. Sería insólito encontrar una correspondencia exacta entre la definición de los padecimientos en un sistema médico tradicional y estas entidades patológicas específicas (“enfermedades biomédicas”). Esto no significa negar la posibilidad de una superposición considerable entre los sistemas médicos tradicionales y los sistemas biomédicos. Es probable que la mayoría de los sistemas que no son de carácter biomédico hagan una distinción entre las enfermedades menos graves y las de mayor gravedad y entre las enfermedades caracterizadas por signos de infección respiratoria de las vías superiores y aquellas en que hay compromiso de las vías respiratorias inferiores.

**5.2.2.3 Modelos explicativos y comportamiento.** El enfoque de los modelos explicativos – sistemas de creencias culturales populares – no significa que la conducta de búsqueda de atención corresponda directamente a estas ideas. Muchos factores, además de las creencias, determina la conducta. Por esa razón, es muy importante recoger los datos directamente en los encuentros clínicos, donde las mujeres con sus hijos enfermos pueden ser entrevistadas acerca de su conducta de búsqueda de atención en situaciones reales. La recopilación de episodios de enfermedades también se intenta para proporcionar información sobre casos reales en los cuales las familias enfrentan los trastornos respiratorios.

Los datos sobre los episodios reales de trastornos respiratorios pueden proporcionar importante información sobre el alcance que tienen los factores económicos, las limitaciones geográficas y otros capacitados. Por supuesto, también es importante conseguir datos específicos acerca del uso de los servicios de curanderos tradicionales y de remedios caseros, dado que estos recursos también influyen en el modo en que las personas eligen un tratamiento para sus niños enfermos.

El plan de investigación también requiere entrevistas con trabajadores de salud y otros prestadores de atención de salud, inclusive con farmacéuticos. Esta información es fundamental para redondear el modelo teórico completo de las conductas relevantes con relación a la atención en el hogar de trastornos respiratorios graves. Comprender como hacen las personas para enfrentar los

trastornos respiratorios puede sugerir los modos de promover un tratamiento para la neumonía y otros problemas respiratorios graves en los lactantes y niños pequeños, que sea más precoz y dirigido con mayor eficacia.

## VI. METODOLOGÍA

### 6.1 Tipo de Estudio

**6.1.1 Método etnográfico.** El estudio de la Infección Respiratoria Aguda en niños necesita tener en cuenta no solo los factores biológicos, sino también los sociales, culturales y psicológicos, si se pretenden conocer las percepciones y entendimientos que tienen las madres en el proceso salud-enfermedad, lo que favorecerá los conocimientos de los riesgos y elementos de producción de la enfermedad dentro del contexto y la cultura en que se desarrollan.

**6.1.2 Diseño del estudio.** En la investigación se empleó un diseño de base comunitaria basado en Enfoque Etnográfico Focalizado (EEF) de las Infecciones Respiratorias Agudas de la OPS-OMS, en el que se recogió datos de las siguientes fuentes:

- Una muestra de 50 madres de niños menores de 5 años, a quienes se entrevistaron en el hospital, empleando el procedimiento de entrevista cualitativa estructurada.
- Una muestra de 7 Trabajadores de salud de la E.S.E. Popayán - punto de atención Totoró, a quienes se entrevistaron según un plan de entrevista estructurada. (No se incluyen trabajadores ancestrales.)

El protocolo de EEF, al igual que muchos otros métodos de evaluación rápida, emplea un diseño de base comunitaria en el que los datos se recogen en un sitio determinado que se identifica como una “comunidad”, para este caso, la conformada por las madres que buscaron en el hospital de Totoró ayuda médica para los niños menores de 5 años con IRA. Las razones por las cuales el estudio se realizó en una comunidad específica y no en toda la extensión de una zona geográfica amplia, incluyeron las siguientes consideraciones:

- a. El investigador que pretende hacer una descripción de las prácticas corrientes de búsqueda de atención, puede obtener el inventario de los recursos locales de salud con relativa rapidez.
- b. Cuando los investigadores trabajan en el lugar en el cual se encuentran recogiendo los datos, tienen muchas más oportunidades de observar la conducta, obtener más información y desarrollar una comprensión más clara de las condiciones locales, que aquellos investigadores que trabajan con encuestas, porque estos se trasladan de una comunidad a otra.

- c. La etnográfica cualitativa procura describir las conductas habituales y las creencias ampliamente compartidas.

El estudio completo, incluido el análisis de los resultados, se diseñó para llevarlo a cabo en un periodo de tiempo relativamente corto de ocho semanas.

El análisis incluyó la relación entre los signos y síntomas que reconocen las madres y los signos clínicos de la neumonía. Se realizó un resumen de los recursos de atención de la salud que utiliza la población para el tratamiento de las IRA, las secuencias habituales y preferencias de búsqueda de atención y las estrategias de cuidados en el hogar para las IRA, en particular aquellos que tienen probabilidad de incluir la neumonía y las principales restricciones a la búsqueda de atención susceptibles de modificación.

## **6.2 Población y muestra**

Se realizó un estudio de ocho semanas (meses de Junio y Julio) del año 2011 con madres de niños y niñas que llegaron a consulta externa, hospitalización y urgencias del punto de atención Totoró de la E.S.E Popayán.

**6.2.1 Población.** El municipio de Totoró se encuentra ubicado al oriente del departamento del Cauca, dista aproximadamente a 36 Km de la ciudad de Popayán. La cabecera municipal está localizada a una altura de 2.750 metros sobre el nivel del mar, con una temperatura media de 14 grados centígrados, entre los 2°38´ de latitud norte y 2° 15´ longitud Oeste. Su clima predominante es frío, el Municipio tiene una población total 18.160 de habitantes de los cuales el 70.42% constituyen la población indígena, 29.45% de Población campesina y urbana.<sup>152</sup>

La población corresponde a las madres de 1.999 niños y niñas de 0 a 4 años de edad, registrados en la base de datos del hospital de Totoró, el cual cuenta con 5 médicos generales, 2 enfermeras profesionales, 13 auxiliares de enfermería, 2 odontólogos, una bacterióloga y 3 administrativos los cuales prestan servicios de salud a la comunidad del municipio.<sup>153</sup> De esta población de empleados del hospital se tomaron a todos los trabajadores que atiende a los niños menores de cinco años y daban recomendaciones médicas al personal y de cuidado a las madres de niños con esta patología. (5 médicos, 1 enfermera jefe y una enfermera auxiliar).

**6.2.2 Muestra.** en estudios cualitativos donde se trabajo con representación social y no cuantitativa, no es necesario una muestra representativa estadísticamente, debido a que madres sabedoras dan cuenta de un conocimiento compartido por toda la población, considerando que hacen parte de una etnia con una cosmovisión. Aunque la muestra que recomienda la metodología de etnografía

focalizada en infección respiratoria aguda es de aproximadamente 25 madres, en este estudio se trabajo con 50 madres con el fin de cerciorarse de encontrar el caso paradigmático, por lo cual la muestra se tomó por conveniencia y correspondió a 50 madres que buscaron la atención médica para sus hijo(s) o hijas(s) con Infección Respiratoria Aguda que estaban registrados en la base de datos del hospital; y a 7 trabajadores del área de salud del punto de atención Totoró, el personal estuvo distribuido en 4 médicos hombres, una médica, una enfermera profesional y una enfermera auxiliar.

**6.2.3 Unidad de análisis.** Son las declaraciones de las madres con niños con infección respiratoria aguda, que buscaron ayuda médica en el hospital de Totoró.

### **6.3 Criterios**

#### **6.3.1 Criterios de Inclusión de la madre**

- Buscar ayuda médica en el hospital de Totoró para atender a su niño con IRA.
- Ser cuidadora principal del menor de cinco años con IRA
- Tener niño entre 0 y 4 años con Infección Respiratoria Aguda
- Habitar en el municipio con una permanencia mayor a 6 meses.

#### **6.3.2 Criterios de Exclusión de la madre**

- No firmar el consentimiento informado.
- Presentar alteración cognitivas que impidan la entrevista

**6.3.3 Técnica de muestreo.** De las madres de niños y niñas que llegaron a buscar servicios de salud por episodios de IRA, en consulta externa y urgencias durante 8 semanas, se seleccionaron a 50 madres.

## 6.4 Variables y categorías

**6.4.1 Operacionalización de variables.** De acuerdo a la necesidad de reconocer la población sujeto de estudio, se tuvo en cuenta variables biológicas, servicios de salud y sociodemográficas.

**Tabla No. 1 Operacionalización de variables**

<b>NOMBRE VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA MEDICIÓN</b>	<b>POSIBLES VALORES</b>
Edad madre	Edad en años cumplidos referidos por la madre	Discreta	Razón	Valores numéricos como 14,15,16, etc.
Sexo	Fenotipo de niño	Dicotómica	Nominal	M = 1 F = 2
Corregimiento	Se refiere a los caseríos al área rural del municipio y que están conformados por 20 o más viviendas contiguas o adosadas entre sí.	Politémica	Nominal	Cada uno de los 9 corregimientos
Vereda	Se refiere a los campos pertenecientes al área fuera de la cabecera del municipio. Se caracterizan por la disposición dispersa de las viviendas y explotaciones agropecuarias existentes en ellas.	Politémica	Nominal	Cada una de las 47 veredas
Ocupación	Describe la actividad principal -a la cual la persona le dedicó más tiempo- durante el último mes.	Politémica	Nominal	Ama de casa Empleada
Estado civil	Condición legal en que se encuentra la persona en relación con las leyes, costumbres, uniones de hecho, civiles o religiosas.	Politémica	Nominal	Casado Soltero Unión libre Viudo Divorciado Separado.

Afiliación a Salud	Afiliación a régimen contributivo o subsidiado	Dicotómica	Nominal Dicotómica	No = 0 Si = 1
Escolaridad	Primaria incompleta Primaria Completa Bachillerato incompleto Bachillerato completo	Politómica	Ordinal	P i – P c B i – B c
Adscripción étnica	Negra, Indígena, Mestiza	Politómica	Nominal	N: 1, Ind:2 Mest:3
Tiempo de residencia	Tiempo de residencia medida en años	discreta	Razón	Valores numéricos enteros 1,2,3, etc.
Dificultad para respirar	Reporte del síntoma	Dicotómica	Nominal Dicotómica	No = 0 Si = 1
Tiraje Respiración rápida	Reporte del síntoma	Dicotómica	Nominal	No = 0 Si = 1
Sibilancia Tos Fiebre	Reporte del síntoma	Dicotómica	Nominal	No = 0 Si = 1

**6.4.2 Operacionalización de categorías de análisis.** Se agruparon en macro y sub categorías con el fin de abarcar las dimensiones de reconocimientos e interpretaciones de signos y síntomas de Infección Respiratoria Aguda, las prácticas para la atención de IRA en el hogar, los modelos de búsqueda de atención médica, las expectativas y perspectivas de los trabajadores de salud sobre los reconocimientos maternos y la búsqueda de atención.

**Tabla No. 2 Categorías de análisis**

<b>CATEGORIA DEDUCTIVA</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>OPERACIONALIZACIÓN</b>
Signos y síntomas de las infecciones respiratorias agudas	Construcciones o imágenes mentales, por medio de la cual se comprende la experiencia que emerge de la interacción con el entorno, a través de la integración relacionada con los propios conocimientos previos.	<p>¿Las madres reconocen la respiración rápida (frecuencia respiratoria)? ¿Reconocen solo la respiración muy rápida o cualquier forma de respiración rápida?</p> <p>¿Las madres reconocen las dificultades para respirar? ¿Qué gama de problemas de respiración para los que se usan estos términos?</p> <p>¿Las madres distinguen entre la respiración rápida o la dificultad para respirar provocada por un bloqueo nasal de nariz y la respiración rápida o dificultad para respirar debida a un problema (infección) en el tórax?</p> <p>¿Las madres consideran que la respiración rápida o la dificultad para respirar son signos serios y una indicación para buscar atención medica sin tardanza?</p> <p>¿Las madres saben que la respiración rápida o dificultad para respirar pueden ser signos de una enfermedad que amenaza la vida?</p> <p>¿Las madres reconocen la sibilancia? ¿Este es un signo que las mueve a buscar la atención?</p> <p>¿Qué otros signos consideran las madres que son lo suficientemente graves como para buscar atención?</p> <p>¿Qué signos y síntomas consideran las madres lo suficientemente graves en los lactantes menores de dos meses</p>

		<p>como para buscar atención?</p> <p>¿Son conscientes las madres de cuan rápidamente los lactantes menores de 2 meses pueden enfermar y morir por una infección respiratoria?</p>
<p>Métodos de tratamiento que utilizan las madres para el cuidado de los niños que presentan IRA.</p>	<p>Acciones de las madres en relación al cuidado del niño en el hogar</p>	<p>¿Quién atiende al niño?</p> <p>¿Las madres aumentan normalmente el suministro de líquidos?</p> <p>¿Las madres modifican la cantidad y el tipo de alimento que dan al niño durante el curso de la enfermedad? ¿Modifican la cantidad o el tipo de alimentos que dan al niño durante la semana que sigue a la enfermedad?</p> <p>¿Las madres comprar antibióticos u otros medicamentos para tratar las IRA?</p> <p>¿Las madres emplean algún remedio (preparado en el hogar o adquirido) para tratar la tos?</p> <p>¿Las madres emplean algún remedio (preparado en el hogar o adquirido) para tratar la tos?</p> <p>¿Estos remedios presentan algún riesgo o es necesario que el programa de control de las IRA evalúe aún más su inocuidad?</p> <p>¿Qué les dicen los vendedores de los medicamentos o los farmacéuticos a las madres a cerca de las medicinas para el tratamiento de las IRA?</p> <p>¿Cómo mantienen las madres abrigados a los lactantes menores de dos meses?</p> <p>¿En que difieren el tratamiento en el hogar que se le brinda al lactante de dos meses del tratamiento que se le brinda al lactante mayor de dos meses y al niño de 1 a 4 años?</p>
<p>Modelos de búsqueda de atención medica por parte de la madre de niños con IRA.</p>	<p>Conductas y acciones de búsqueda oportuna de atención medica al niño con IRA</p>	<p>¿Quién decide cuando los niños enfermos necesiten tratamiento fuera del hogar?</p> <p>¿Quién decide a que trabajador de salud o establecimiento de salud se debe recurrir? ¿En qué medida la elección del prestador está basada en la definición familiar de la enfermedad o los síntomas? ¿Existen grupos (de madres o de familias) que recurrir</p>

		<p>o prefieren sistemáticamente a un tipo de trabajador de salud sobre otro tipo de trabajador de salud?</p> <p>¿Quién lleva al niño para que reciba atención?</p> <p>¿En qué secuencia y en qué momento se busca atención?</p> <p>¿Cómo varían estas en función de la percepción de la gravedad de la enfermedad y la edad del niño?</p> <p>¿Existen causas comunes para la tardanza en la búsqueda de atención que podría modificarse, por ejemplo, trabajando con los curanderos tradicionales o mediante mensajes educativos?</p> <p>Con respecto a los lactantes ,menores de dos meses:</p> <p>¿Se los saca del hogar para que reciban atención en un establecimiento de salud?</p> <p>¿Cuáles son las secuencias y el momento en que se busca atención?</p>
<p>Expectativas de madres acerca del tratamiento de Infección Respiratoria Aguda de sus niños menores de cinco años.</p>	<p>Acciones, conductas y efectividad de los recursos que la madre prevea de los proveedores de servicios de salud</p>	<p>¿Qué esperan las madres cuando buscan la atención de un trabajador para un niño con IRA</p> <p>¿Qué efectos esperan las madres que tengan los antibióticos?</p> <p>¿Qué efectos esperan de los remedios contra la tos y el resfriado? ¿Qué esperan que hagan los antipiréticos (tales como el paracetamol)?</p> <p>¿Con qué rapidez espera las madres que se produzcan estos efectos?</p> <p>¿Cuándo consideran las madres que la medicación ha fracasado y que se necesita otro tratamiento?</p> <p>¿Cuándo cesan las madres de administrar la medicación?</p> <p>¿Completan un ciclo de antibióticos o solo se los dan a un niño hasta que mejora?</p> <p>¿Qué factores influyen en la probabilidad que las madres regresen al centro de salud si la salud del niño empeora?</p> <p>¿Qué otros factores influyen en el tratamiento con medicación?</p>

CATEGORIA DEDUCTIVA	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN
<p>Situaciones de comunicación de proveedores –madres en función de esas expectativas.</p>	<p>Conocimientos y percepciones que tiene los trabajadores de salud sobre las acciones de las madres en relación a IRA.</p>	<p>¿Quiénes son los trabajadores de salud que atienden a los niños con IRA? ¿Cuántos trabajadores de cada tipo hay en la comunidad donde se realiza la investigación?</p> <p>¿Qué trabajadores de salud están autorizados para suministrar antibióticos? ¿Quién más suministra antibióticos? ¿Cómo han sido entrenados?</p> <p>¿Consideran los trabajadores de salud que la tardanza de las madres en buscar atención es significativa desde el punto de vista médico? ¿Cuáles son a su juicio los motivos? ¿Este juicio difiere según la edad del niño?</p> <p>¿En opinión de los trabajadores de salud, a que signos y síntomas presentan atención las madres de los niños con una IRA?</p> <p>¿Qué términos emplean actualmente los trabajadores de salud para comunicarse con las madres?</p>

## **6.5 Técnicas o Instrumentos de recolección de información**

En la investigación etnográfica la recolección y análisis de la información se realizaron de forma cíclica.

Primero se realizó un acercamiento a la coordinación médica y al gerente del punto de atención de Totoró de la E.S.E Popayán, a la cual se presentó de forma oral y escrita la propuesta del estudio obteniendo respuesta positiva, con lo cual se dio el aval institucional de la E.S.E Popayán; posterior a esto se buscó la colaboración y participación de los presidentes de juntas de acción comunal, líderes comunitarios, madres, y personal de salud del punto de atención de Totoró, con el fin de obtener mayor acceso a la población, y descubrir el potencial movilizador para construir y afianzar las relaciones entre los actores responsables de la salud infantil obteniendo así, el diagnóstico participativo que duró entre 4 y 8 días. Posteriormente durante 2 meses o más hasta completar la muestra de participantes se les aplicó los instrumentos que a continuación se describen.

## **6.6 Instrumentos**

**6.6.1 Encuesta sociodemográfica.** La recolección de la información acerca de las características sociodemográficas de la madre se obtuvo mediante una encuesta estructurada, realizada por el investigador. La validación del cuestionario se basó en investigaciones indexadas relacionadas con el tema, y se consultaron a profesionales con conocimientos en infección respiratoria adquirida en la comunidad. Para la construcción de la encuesta sociodemográfica se emplearon palabras sencillas y comunes usadas por la población. La información clínica de Infección respiratoria se obtuvo a partir de las historias clínicas de los niños y niñas con IRA, que reposan en los archivos del Hospital de Totoró. (Véase anexo B)

**6.6.2 Entrevista cualitativa a madres.** Tienen un contenido de 35 preguntas que buscaron obtener información acerca de:

- Práctica para la atención de la Infección Respiratoria Aguda en el hogar
- Reconocimiento e interpretación de los signos y síntomas de las IRA, según la madre o persona quien cuida el niño.
- Modelos de Búsqueda de atención médica temprana.
- Expectativas de las madres en cuanto al tratamiento de las IRA y a su cumplimiento. (Véase anexo C)

**6.6.3 Entrevista a trabajadores de salud.** Es una entrevista compuesta de 10 preguntas las cuales se aplicó a los proveedores de los servicios de salud. Tiene como fin conocer la perspectiva de los trabajadores de salud sobre el reconocimiento materno y la búsqueda de atención ante la presencia de IRA. (Véase anexo D)

A los instrumentos que se utilizaron en el estudio se les realizó una prueba de pilotaje a 6 personas ajenas a la muestra; la selección de la muestra se hizo con apoyo del personal de salud de la E.S.E. La realización de esta prueba piloto permitió realizar los ajustes conceptuales pertinentes e identificar dificultades de expresión y comunicación.

Antes de iniciar la recolección de la información se realizó un encuentro para facilitar el acercamiento con la madre del niño, posteriormente se les explicó los objetivos y metodología del estudio, y si aceptaban participar, firmaban el consentimiento informado en presencia de dos testigos. Antes de realizar la entrevista se concertaron acuerdos con los participantes que garantizaron el respeto mutuo, alcanzando una comunicación horizontal entre el entrevistador y el participante. Es de aclarar que las entrevistas se programaron de acuerdo a la disponibilidad de tiempo de los participantes, y dichas entrevistas se llevaron a cabo en lugares cómodos, tranquilos y libres de ruido, que evitaran la distracción del participante.

Las entrevistas fueron grabadas en audio, el investigador principal transcribió textualmente los contenidos y bajo la dirección del director de tesis, el investigador analizó el texto para identificar las ideas principales que proporcionaron la construcción de significados y entendimientos sobre la Infección respiratoria Aguda.

## **6.7 Análisis de la información**

El análisis estadístico de las variables se inició almacenando las variables obtenidas de la encuesta en una hoja de cálculo Excel Windows. El análisis cualitativo se realizó con el apoyo del software MAXQDA 10, analizando las categorías a través del uso de matrices descriptivas en las que se muestran las respuestas específicas dadas por los participantes, las cuales se agruparon por similitud conceptual, indicando la frecuencia con que se repite cada una de ellas y el número asignado a cada sujeto que aportó dicha respuesta. Una vez compiladas las respuestas en sus respectivas matrices, se expuso la fundamentación teórica inductiva acompañada de un flujograma explicativo de las conclusiones generadas a partir de las respuestas a la entrevista cualitativa. Finalmente se realizó contrastes de categorías.

## 6.8 Aspectos Éticos

En todos los participantes se siguieron las normas éticas estipuladas en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud Pública de Colombia.<sup>154</sup> Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

- Prevalecerá el criterio de respeto a la dignidad y a la protección de sus derechos y su bienestar.
- Contará con el Consentimiento Informado que cumple con todas las especificaciones de esta resolución firmado por escrito del sujeto de investigación o su representante legal o acudiente, con la presencia de dos testigos.
- Será realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud
- Se protegerá la privacidad del individuo.
- Será una investigación de riesgo mínimo, donde se entrevistarán a las madres de niños de menores de cinco años con Infección Respiratoria Aguda.
- En menores o en discapacitados físicos y mentales se tomará el Consentimiento Informado del individuo y de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o del discapacitado.
- La información obtenida de los participantes se guardara estricta confidencialidad, solo el investigador principal y el director de tesis tendrán acceso a las grabaciones de las entrevista, por lo tanto solo el investigador principal transcribirá textualmente dichas entrevista y posteriormente para asegura la confidencialidad se codificara y/o encriptaran dicha información, limitando su acceso a personas externas a la investigación.

## VII. RESULTADOS

Los resultados presentan la cotidianidad de las madres en torno al cuidado del niño(a) con Infección respiratoria aguda (IRA) y la búsqueda de atención médica para su hijo o hija menor de cinco años en el punto de atención Totoró de la E.S.E Popayán, el cual cuenta con cuatro consultorio médicos, un servicio de urgencia, una farmacia y un laboratorio clínico; en relación al recurso humano cuenta con disponibilidad permanente de cinco médicos, dos enfermeros profesionales, seis auxiliares de enfermería y demás personal de apoyo para brindar un servicio integral de baja complejidad para solucionar o mitigar los problemas de salud de la población de Totoró.

Se describe un tema de connotación cuantitativa relacionada a las características socio demográficas de la madres y sus niños, como también la identificación de variables clínicas de niños con IRA, y seis temas de relación cualitativa resumidos y categorizados cada uno en matrices descriptivas y posteriormente se realizó un análisis de contenido descriptivo: el primer tema contempla las practicas de atención de la IRA en el hogar. El segundo tema comprende el reconocimiento de la interpretación que las madres hacen de los signos y síntomas correspondientes a IRA graves. El tercer tema trata de identificar el modelo de búsqueda de atención médica por parte de las madres de niños enfermos con IRA. El cuarto entiende las expectativas de la madre acerca del tratamiento de la IRA de sus niños y niñas menores de cinco años. El quinto detalla información y perspectiva de los trabajadores de salud sobre el reconocimiento materno y la búsqueda de atención. El sexto tema revela las condiciones de comunicación del personal de salud y las madres de niños con IRA.

### **7.1 Practicas para la atención de la infección respiratoria aguda en el hogar**

**7.1.1 Quién cuida el niño o niña enfermo con IRA.** El cuidado en el hogar del niño es responsabilidad principalmente de la madre, también las abuelas ayudan en el cuidado. Algunos padres contribuyen en esta labor principalmente en lo relacionado en la toma de decisiones de la búsqueda de atención y apoyo económico.

**7.1.2 Aumento del suministro de líquidos durante la enfermedad.** El 90% de las madres manifiestan que sí aumentan el suministro de líquidos durante la IRA, y de estas madres el 66.6% proporcionan bebidas o jugos de frutos cítricos producidos en la región, combinan plantas aromáticas con plantas medicinales, o solo infusiones de plantas

medicinales o de frutas como la mora y el tomate endulzados con azúcar que son los más empleados en el suministro de líquidos.

**-Entrevistador:** ¿Usted aumenta el suministro de líquidos durante la enfermedad?

**-Madre.** Pues claro ahorita me mandaron así, que le diera agüita de limón, jugo de mora, de naranja de zanahoria en agua hervida tibia.

**-Madre.** Si yo le doy pues casi lo que es aguas aromáticas, yo le doy solo aguas aromáticas de cedrón, orozuz, agua de lulo, agua de tomate, todo eso le doy.

**-Madre.** Si, pues yo le doy, le sigo dando las agüitas aromáticas de una planta y de otra, le doy la, el eucalipto, el brevo, la violeta, el cedrón, el romero.

**-Madre.** Si toca, toca darle jugo de guayaba, de papaya, agua de cebada o de linaza que son frescas

La totalidad de las madres de los niños menores de seis meses que reportan suministrar leche materna, solo 3 la dan de manera exclusiva durante la enfermedad, al igual que las madres de niños entre los seis y doce meses (3) que también reportan el suministro de leche materna; el resto de madres (6), además de leche materna, suministran aromáticas y/o agua hervida para los síntomas que presenta el niño o la niña como la tos y la fiebre. Las madres no son conscientes de la cantidad y frecuencia con la que deben amamantar al niño, debido a que suministran leche materna según la demanda del niño que generalmente dejan de comer o disminuyen la frecuencia y cantidad de alimento que ingieren.

El resto de madres entrevistadas reportan que no aumentan el suministro del líquido y siguen con la dieta normal.

Generalmente, la mayoría de madres muestran interés por dar líquidos, especialmente infusiones de plantas aromáticas y jugos de frutos cítricos, con el fin de calmar la enfermedad y algunos síntomas como la tos y la fiebre, pero al parecer no hacen esfuerzos específicos por aumentar el suministro de líquidos.

**7.1.3 Modifica la cantidad y el tipo de alimentación al niño con IRA.** El 68% de las madres, incluyendo las madres lactantes, reportan que durante la infección respiratoria el niño deja o disminuye la ingesta de alimento; los niños(as) que reciben leche materna y alimentación complementaria pasan solo a consumir leche materna y los niños alimentados exclusivamente con leche materna dejan de amamantarse, la mayoría atribuyen esta alteración en la ingesta a la enfermedad y principalmente a la tos.

**-Entrevistador.** ¿Modifica la cantidad y el tipo de alimentos que dan al niño(a) durante la enfermedad?

**-Madre.** Ya alimento ya no come, y solo líquidos, por la gripa deja de comer también.

- Madre.** Como ahorita tiene tos casi no come
- Madre.** Come dos veces no más, cuando está bien enfermo no come
- Madre.** Ha dejado de amamantarse él normalmente comía sino que esa tos no lo dejaba
- Madre.** “Le doy la leche del pecho y agüitas es que le doy, porque más ella es con seno”, “si está enfermo poco come, o a veces no come”
- Madre.** Cuando esta enfermito él se la pasa con puro seno no más no come nada, así a cada ratico quiere el estar ahí mamando

Menos frecuente (12) entre las madres de niños o niñas con lactancia exclusiva, algunas con alimentación complementaria, lactantes y en niños mayorcitos de dos a cuatro años, reportan que el niño continua con la alimentación habitual, es decir, come normalmente las 3 comidas principales del día en las cuales no puede faltar las sopas calientes, caldos de carne, verduras; en relación a las madres que están lactando refieren no modificar ni la frecuencia ni la cantidad de leche materna que dan al niño(a), las madres no tiene claro la forma ideal de amamantar a su niño. Las demás madres que se encuentran lactando aumentan las veces que amamantan a sus niños. Ellas refieren que incrementan las veces que amamantan a sus hijos, pero se evidencia que no hay claridad en el curso normal de amamantamiento: “el cada rato está tomando, cuando esta así al día sabe estar tomando seis o siete veces”, “cuando esta enfermito si toma a cada rato, quiere estar tomando, cuando está llorando uno le pone el seno”, “Sí, yo le doy de pechito más a ella”.

Al parecer no es habitual que las madres hagan esfuerzos especiales por aumentar la cantidad de alimento del niño enfermo o de mejorar nutricionalmente las comidas del niño o niña, en cambio, durante la Infección Respiratoria Aguda se observan las alteraciones en el apetito, las cuales son causa de preocupación en las madres y la familia, y es una de las principales consecuencias de las IRAs que se tiene en cuenta para la búsqueda de ayuda, especialmente para los niños en lactancia exclusiva y los lactantes con alimentación complementaria.

**7.1.4 Modifica la cantidad o el tipo de alimentos que dan al niño(a) a la siguiente semana de la enfermedad.** El 86% de las madres afirman que continúan proporcionando la alimentación habitual al niño que cuando están sin la enfermedad, de estas madres el 67.45% reporta que los niños grandecitos, que generalmente son los mayores de un año, continúan con sus tres comidas. La sopa de maíz, los calditos de papa y verduras son las comidas que comúnmente consumen los niños en Totoró.

Las madres lactantes (14) que reportan continuar proporcionándole alimentación normal al niño(a), manifiestan no modificar ni la cantidad ni la frecuencia de lactancia materna en sus hijos, esto evidencia que la

mayoría de madres no tienen clara la forma adecuada de amamantar a su niño.

**Entrevistador.** ¿Modifica la cantidad o el tipo de alimentos que dan al niño(a) la siguiente semana a la enfermedad?

**-Madre.** No, normal, pues come sopa, colada

**-Madre.** Normal, a veces sopa de fideos, de maíz, así sancochito

**-Madre.** La misma, así sopa de maíz al almuerzo

**-Madre.** Lo normal la sopa de maíz, el caldo de papita con la zanahoria, habichuela, acelga, el cilantro y así otros alimentos más tres veces al día

**-Madre.** Normal, las tres veces que se le da seno al día.

Siete madres reportan que refuerzan la alimentación, de las cuales una modifica la alimentación con el argumento de mejorar las defensas y fortalecerlo, en la entrevista comenta “ya pasando la crisis él ya me recibe su huevito, a veces le preparo chocolate y así, cosas que yo veo que le vayan subiendo las defensas que no me le vaya a repetir”. Las otras madres aumentan cantidad de alimento añadiendo una porción más en cada una de las tres comidas principales del día, este es un ejemplo de relatos de madres: “si se le aumenta porque él ya come más, o sea la cantidad se le da un poquito más lo que él come.

Los cambios percibidos en la alimentación de los niños y niñas con IRAs son en su mayoría nulos, ya que al parecer no es común la realización de esfuerzos significativos por reforzar la lactancia materna, aumentar la cantidad de alimentos o mejorar su calidad nutricional, solo unas pocas madres mejoran o aumentan la cantidad de alimento que le dan al niño o niña para ayudarle a su pronta recuperación.

**7.1.5 Compra antibióticos u otros medicamentos para tratar las infecciones respiratorias agudas.** El 56% de las madres reportan no comprar medicamentos justificando que no es necesario hacerlo porque el carnet de salud les cubre la mayoría de medicamentos, aunque algunas de las madres si tuviera los recursos económicos comprarían medicamentos en la farmacia pensando en adquirir medicinas de calidad.

Aunque la mayoría de madres no compran medicamentos, un 32% lo hace sin receta médica. Las madres refieren que compran medicamentos sin formula médica argumentando que los proporcionados por la IPS no hacen efecto, o porque no pueden acceder al hospital debido a la lejanía, o no tener dinero para el transporte, o porque la promotora le brinda medicamento homeopático, entre otras razones. Los medicamentos que más compran en la farmacia son dolex acetaminofén, bronquisol y hierbabuena en la farmacia naturista del

pueblo. Otros (12%) refieren que compran medicamentos con formula médica, ya sea porque el POS subsidiado no lo cubre, porque quiere comprar medicamentos de mayor calidad o porque los médicos del puesto salud de Totoró se los receta, a continuación se presenta comentarios de la entrevistada que soporta lo anterior.

**-Investigador.** ¿Usted compra antibióticos o remedios para tratar las infecciones respiratorias agudas?

**-Madre.** Si, pues el acetaminofén, el dristan y distrancito sin formula médica

**-Madre.** Si, cuando uno no tiene pasaje para venir yo le doy así comprado, pues cuando está el dristan cuando tiene fiebre, el otro es ese, como es que se llama, que viene en jarabe, Bronquisol

**-Madre.** Cuando tiene la fiebre alta yo si me preocupo y yo le doy más que todo no acetaminofén sino dolex, que lo compro en la droguería.

**-Madre.** Esos que le dan para la gripa eso no le quitan, eso le da aquí esa Loratadina, ese acetaminofén. Yo le doy allá en Popayán otros jarabes que le mandan y eso si es efectivo para él, me lo formula un médico particular allá.

Generalmente las madres no diferencian entre los antibióticos y remedios para la IRA, dando una equivalencia. La mayoría de niños y niñas menores de cinco años están afiliados al régimen subsidiado que cubre la mayoría de medicamentos para IRA, por lo que gran parte de las madres no tienen la necesidad de comprar medicamentos, sin embargo, existe un grupo significativo de madres que compran medicamentos y lo hacen porque no pueden asistir al hospital debido a la carencia de recursos para el traslado hacia la IPS; otros lo hacen porque hay difundido un conocimiento sobre la compra y el uso de medicamentos sin formula medica para tratar principalmente la tos y la fiebre, especialmente en niños grandecitos para quienes no perciben riesgos en la administración de medicamentos, se destaca que un grupo de madres (16) se auto medica configurándose un riesgo para el infante, y otro grupo de mujeres (7) presenta inconformidad por la calidad de los medicamentos genéricos.

**7.1.6 Emplea algún remedio (preparado en el hogar o comprado) para tratar la tos.** El 86% de las madres afirman que usan remedios preparados en el hogar, un 60.47% de esta población emplea plantas medicinales como sauco, limoncillo, violeta, romero, cedrón, orozuz, manzanilla, pino, eucalipto, entre otras, que generalmente preparan en infusiones, hay que tener en cuenta que tres madres preparan eucalipto en infusión y proceden a que el niño aspire el vapor de dicha infusión, asimismo, una de las madres también emplea el Vick Vaporub en infusión para darle a tomar al niño en dosis mínimas, adoptando una conducta de riesgo para Neumonía Lipoídica. Un 25.59% de las madres que elaboran remedios en el hogar emplean preparativos de plantas medicinales y frutos cítricos en infusión, que generalmente endulzan con miel, los frutos que se destacan para la elaboración de estos remedios

caseros son la mora, el lulo, el tomate de árbol, las naranjas, frutos que se consiguen en la región, también, un 9.3% de las madres usan solo preparaciones de frutos cítricos (4) y dos madres refieren utilizar la leche endulzada con miel para calmar la tos.

Finalmente, 14% de las madres refieren que no utilizan remedios en la casa y que solo emplean los medicamentos formulados por el médico.

**-Investigador.** ¿Usted emplea algún remedio (preparado en el hogar o comprado) para tratar la tos?

**-Madre.** Le doy la, el eucalipto, el brevo, la violeta, el cedrón, el romero

**-Madre.** El eucalipto si, le pongo a cocinar esa agua y le pongo así con un vasito aquí en la nariz para que le dentre para adentro

**-Madre.** Yo cojo en una puntica del agua, el agua hervida sola, dejo que se repose tapada y a lo que ya está reposada, entonces cojo y le bato la puntica de vaporub y le doy por dentro, más no por fuera

**-Madre.** Eucalipto con pino a tomar eso le saca la fiebre le damos un poquito él toma

**-Madre.** La tos flor de sauco con mora y agua de limón y orozuz

**-Madre.** Si, el tomate de árbol cocinarlo bien así para que le pase esa tos que no le arranca.

El cuidado en casa es la primera opción que tiene el niño(a), y la madre juega un papel fundamental en la recuperación, esto se evidencia cuando ellas acuden al conocimiento del uso de planta medicinales, considerando que son muy marcadas estas prácticas de medicina tradicional, pues la mayoría de madres provienen de los cabildos indígenas de Totoró, que en la actualidad conservan dichos conocimientos.

**7.1.7 Considera que los remedios preparados o adquiridos en las farmacias, presentan algún riesgo para el niño(a).** El 76% de las madres consideran que adquirir remedios en la farmacia es un riesgo, ya sea porque no se la ha recetado un médico, o porque los médicos le han recomendado que no compre medicamentos sin formula médica, o en algunas farmacias piden formula médica, o porque consideran que a los niños pequeños es riesgoso proporcionarles medicamentos sin formula medica, también porque pueden estar vencidos los medicamentos, o por experiencias propias o de terceros en las cuales se han dado cuenta que los medicamentos empeoran la situación de salud del niño(a) y otras que a pesar de considerar riesgo el adquirir medicinas en la farmacia sin formula médica, los adquieren.

Este último caso de madres que aun cuando consideran riesgo comprar medicamentos sin receta médica los adquieren, manifiestan hacerlo porque no los pueden obtener en el hospital, o porque a veces no los atiende o no es urgencia, también cuando las madres perciben que los medicamentos dados por su EPS no

son efectivos. Esta misma población de madres piensa que los remedios con plantas medicinales no generan ningún riesgo para la salud del niño(a).

**-Entrevistador.** ¿Usted considera que los remedios preparados o adquiridos en las farmacias, presentan algún riesgo para el niño(a)?

**-Madre.** Sí, si no son recetados por el médico sí. Los que preparo pues esos pienso que no

**-Madre.** Si porque el médico siempre ha dicho que hasta que no recete el médico uno no debe ir comprando”,

**-Madre.** “No porque yo siempre que voy a comprar me piden la formula médica

**-Madre.** “Claro porque está muy pequeñito para darle”.

**-Madre.** Sí, porque hay veces vienen pasados, hay veces uno le dé muchos los intoxica

**-Madre.** Sí, porque yo tengo una primita también con lo mismo y no la trajeron al médico si no que así a la carrera fueron y preguntaron ahí y ella en vez de mejorarse se empeoro más, yo en eso no prefiero el médico.

**-Madre.** Porque no la receto el médico. Sabía que era riesgo pero esa vez la compro porque era fin de semana y aquí en el hospital no atienden rápido. Si no está grave no lo reciben en urgencias

Aunque la mayoría madres consideran que los remedios preparados o adquiridos en las farmacias, presentan algún riesgo para el niño(a), también se encontró un grupo (14% de las madres) que consideran que no es riesgo y un 10% de mujeres que no saben si los medicamentos comprados sin formula medica son o no riesgo, porque no los han comprado y por tanto no han tenido la experiencia de los efectos de los medicamentos adquiridos sin formula médica. “No sé, porque no he comprado de farmacia a veces los hago yo misma en la casa”.

**7.1.8 Qué dicen los vendedores de plantas medicinales o medicinas, o los farmacéuticos acerca de las medicinas para el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas.** El 56% de las madres no tiene referencia del vendedor puesto que no han comprado medicamentos. Un 44% de las mujeres refiere que han comprado medicamentos, de estas madres, el 40.9% acuden al vendedor de la farmacia para que sean ellos quienes formulen el medicamento para los síntomas o la enfermedad de IRA's, un 36.36% de las madres se auto medican, especialmente compran medicamentos para la fiebre o la tos y son los vendedores de la farmacia quien le dice como deben administrarle el medicamento a sus niños, también se destaca que un 13.64% de las madres acuden a los vendedores de medicina natural, ya sean médicos tradicionales o vendedores de farmacia natural, quienes les afirman que las plantas son efectivas para la enfermedad o los síntomas y además les dan las indicaciones para dar el medicamento al niño o niña, finalmente se encuentra el caso de una madre quien refiere que el vendedor de la farmacia le sugiere no dar los medicamentos de la EPS,

ya que no son efectivos y que compre un medicamento más costoso y efectivo.

**-Entrevistador.** ¿Qué le dicen los vendedores de plantas medicinales o medicinas, o los farmacéuticos acerca de las medicinas para el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas?

**-Madre.** “Le pregunta a uno qué edad tiene el niño, cuántos centímetros toca darle, le dan recetado a uno como le receta acá el médico, si, ni más ni menos

**-Madre.** Sobre el dolex que compro en la droguería pues me dice que si es mucha fiebre le diera cada 6 horas, si tenía mucha fiebre y si ya no le da fiebre que ya no le estuviera dando

**-Madre.** Medico tradicional, él me dijo así que mejor era la planta que los medicamentos

**-Madre.** En la farmacia naturista, pues que es bueno, que lo recomiendan, me dicen tómese de tal forma

**-Madre.** Me dicen que no que esa droga es muy, que esa droga barata no sirve mejor dicho, que tiene que ser droga que, que droga cara pero que sirva”.

Se evidencia que grupo significativo de madres se auto medican lo que configura un riesgo para el infante y otro grupo de madres de igual proporción, afirman que son los vendedores quienes en su mayoría los examina y formula el medicamento tal como lo hace un medico, convirtiendo a los vendedores de plantas y medicamentos en un riesgo, pues estos no tienen los conocimientos médicos para evaluar y formular medicamentos.

#### **7.1.9 Cuando el niño(a) es menor de dos meses, cómo lo abriga o arropa.**

El 98% de las madres refieren que abrigan a su niño o niña, la mayoría los arropan con ropa de lana, doble prenda y complementan la protección al frio con accesorios de invierno como gorros, en especial aquellos que incluyen bufanda, también emplean busos y guantes de lana. En los niños pequeños que aun no caminan complementan la protección con una cobija para cubrirlos del frio, colocando en evidencia la asociación entre IRA's y el enfriamiento, indicando debe calentarse con abrigo y con bebidas clasificadas como calientes.

#### **7.1.10 Diferencian de los tratamientos que hacen en el hogar. Lactante menor de dos meses, al de lactante dos meses a 12 meses, el menor de un año a cuatro años.**

El 68% de las madres refieren que tanto los niños y niñas pequeños (menores dos meses y los de dos meses a 12 meses) y los niños y niñas más grandecitos(de edades de uno a cuatro años) no difieren en los tratamientos que hacen en casa, un 55.88% de esta población afirma que los cuidados son similares en abrigo y remedios caseros, un 29.42% de las madres no refieren diferencia en el tratamiento debido a que es la primera vez que se le

enferma el niño o niña y no han tenido otros niños o niñas menores de cinco años enfermos con IRA's; finalmente un 14.7% de las madres refieren que cuando el niño o niña enferma, independientemente de la edad del infante, lo primero que hacen es llevarlo al hospital.

**-Investigador.** ¿En qué se diferencian los tratamientos que hacen en el hogar: lactante menor de dos meses, al de lactante dos meses a 12 meses, el menor de un año a cuatro años?

**-Madre.** “Igual, los trato en la casa no más con las aguas aromáticas, si no que esta vez ya no le hace caso, los trato tres días y si no vengo y los traigo al hospital”,

**-Madre.** “Esta es la primera vez que se enferma y va al médico”

**-Madre.** Igual, chiquito y grande yo siempre lo traje fue al médico yo no lo tuve en la casa.

En contraste se encuentra un grupo significativo de madres quienes diferencian en el tratamiento dependiendo de la edad del niño. Un 18% de las madres refieren que el tratamiento varía en la cantidad de medicamento y/o remedios caseros y la búsqueda de atención médica para los pequeños se lleva a cabo apenas enferman mientras que a los más grandes se les auto-medica, este es un ejemplo de lo comentado por las madres: “Los tratamientos son diferentes a la más pequeña más le dan es, más le mandan es ese acetaminofén para la fiebre y los jarabes que le mandan en el puesto de salud para ella y para los más grandes si les compro por fuera”. Por otra parte, un 10% de las madres diferencia tratamiento en el abrigo, algunas madres refieren cambios en la forma de abrigar al menor: “Cambia ahora que está pequeña el abrigo con sacos, mejor dicho bien abrigado, con pantalones y ya más grande no tanto”. Finalmente, dos madres reconocen tratamiento diferenciado pero no lo especifican.

## **7.2 Reconocimiento e interpretación de los signos y síntomas de las infecciones respiratorias agudas**

**7.2.1 Las madres reconocen la respiración rápida y otros grados de respiración.** El 72% de las madres refieren reconocer la respiración rápida y la respiración normal y no distinguir otro tipos o grados de respiraciones, utilizan más de un término, de los cuales el 40% están relacionados a movimientos rápidos en el abdomen, entre los que se pueden señalar: “rapidito se mueve el abdomen”, “subir y bajar rapidito el estómago” y un 26% de las madres aprecia la respiración rápida por movimientos en el tórax, destacándose términos como “se hunden las costillas”, “las costillas se le chupan”, hay que resaltar que la respiración rápida la asocian con la fiebre, las flemas y los sonidos en la respiración como el acezar.

**-Investigador.** ¿La madre reconoce la respiración rápida? ¿Reconoce solamente la respiración muy rápida o todos los grados de respiración?

**-Madre.** Porque eso comienza el estomaguito a subirle y bajarle así rapidito, si eso fue lo que me paso, pues yo no he visto si es que si es normal porque cuando esta así normal yo lo veo y no veo nada malo

**-Madre.** Si, ella el estómago no es normal así si no que sube rapidito y baja. Otra respiración pues para respirar ella ahorita, ahorita que le ha dado esa gripa y fiebre ella es como que parece que tuviera como asma, le he visto que tiene esa respiración así como rarita, así yo le oigo esa respiración así, así como cuando estuviera así ronquita en el pecho.

**-Madre.** Sí señor, cuando ella se queda como que le falta el aire y se le chupan las costillitas.

También se encontró que un 28% de las madres referencian directamente no reconocer la respiración rápida. “No eso no, no la reconozco”, “Eso si no para que le voy a decir”, “no”.

Es evidente la existencia de múltiples términos empleados para identificar la presencia de respiración rápida basadas en la descripción que la madre hace del comportamiento de los movimientos del tórax y el abdomen, y no por la medición de frecuencia respiratoria.

**7.2.2 Reconocen la dificultad para respirar.** El 74% de las madres refieren reconocer la dificultad para respirar, empleando más de un término, el 29.73% de las madres utilizan términos relacionados a esfuerzos para respirar, seguido por el 27.03% que usan términos relacionados a la asfixia en frases como “Ahí sí, más o menos, que de pronto ella ya se intente como asfixiarse, intente como no poder respirar bien”, “Sí porque se pone moradita”, “cuando todavía no la llevaba al hospital ella se ahogaba cuando tomaba tética. Quedaba moradita”, “Sí, porque lo que le dije se demora para respirar”; un 18.92% de las madres refieren reconocer la dificultad para respirar por roncus: “Ah, sí cuando él hace (Sonido) aaaaggggh, así a veces le pasa, en esta ocasión no o sea pero creo que es por la flemita que tiene aquí lo hace en las noches”, “o sea cuando le hace ronquido para respirar está durmiendo y suena así como un ronquido”, “Porque ellos empiezan a respirar como muy ronco”, “Si hay la mía tiene esa herveda aquí. Como que le herva aquí, como un pollo no ha visto cuando está enfermo”. También se encontró que el 16.22% de las madres utilizaban términos descriptivos de bloqueo nasal para identificar la dificultad respiratoria.

Aunque la gran mayoría de la población identifica la dificultad para respirar y emplea términos de la región y términos no técnicos relacionados con signos de dificultad respiratoria, un gran porcentaje (26%), refiere no reconocer la dificultad para respirar, porcentaje que coincide con la población que no identifica la respiración rápida.

La dificultad respiratoria es percibida como un síntoma de gravedad, y en algunos casos, le atribuyen la presencia de flemas en la garganta, síntoma que va acompañado del temor de asfixia en el infante pese a que las madres consideraban que el niño no se encontraba en peligro y no siempre buscaron atención médica oportuna.

**7.2.3 Distingue entre la respiración rápida o la dificultad para respirar provocada por un bloqueo nasal y la respiración rápida y/o dificultad para respirar debido a un problema (infección) en el tórax.** El 80% de las madres refieren no distinguir entre la respiración rápida y/o la dificultad para respirar provocada por un bloqueo nasal y la respiración rápida y/o dificultad para respirar debido a un problema (infección) en el tórax, de esta población el 27.5% de las madres manifiestan solo identificar la dificultad respiratoria provocada por un bloqueo nasal, en la cual la mayoría indican que el niño o la niña no puede respirar bien por la nariz o se ahoga por lo que debe abrir la boca; solo una madre refiere distinguir la dificultad respiratoria producida por una infección en el tórax: “En el pecho reconoce un sonido porque en el pecho es como una hervadera en los pulmones, ese no más”.

Finalmente, solo el 18% de la población distingue la respiración rápida ocasionada por un bloqueo nasal de la producida por una infección en el tórax, e indican que diferencian la dificultad respiratoria causada por un bloqueo nasal, debido a los sonidos producidos por la nariz tapada, porque para respirar abre la boca, o porque el menor se ahoga, y la dificultad respiratoria producida por una infección en el tórax la distinguen por los sonidos producidos en el pecho como ronquidos y por el hundimiento de costillas.

**-Investigador.** Usted diferencia entre la respiración rápida y/o la dificultad para respirar provocada por un bloqueo nasal y la respiración rápida y/o dificultad para respirar debido a un problema (infección) en el tórax.

**-Madre.** ¡Aja!, porque no respira bien por la nariz, cuando se escapa de ahogar. En la nariz porque ellos tratan de respirar y no pueden, abren la boca. En el pecho no sé.

**-Madre.** Si porque ella es como así, por aquí, aquí adentro se le ve como tapada entonces tiene otros sonidos diferentes. En el tórax si eso es como una ronquita como algo así, entonces cuando es por la naricita es algo muy diferente

**-Madre.** Si cuando es la nariz, cuando le tapa al niño que le digo, él es como que se ahoga, el respira por la boca... En el pecho que le digo él empieza a pujar para abajo, así como que se le ahoga en el pecho, entonces él empieza como la barriga a acezar así, como le digo eso, si a pujar porque él no tienen respiración, fuerza para arriba, y se le hunde las costillas.

Las madres que diferencian la dificultad respiratoria causada por una infección en las vías respiratorias bajas se basan principalmente en términos o frases para respiración ruidosa en el pecho como el ronquido y la hervedera. Para la dificultad respiratoria provocada por un bloqueo nasal se basan principalmente en términos descriptivos relacionados a bloqueo nasal como “respirar por la boca”, y “tiene moquitos en la nariz”.

**7.2.4 La respiración rápida o la dificultad para respirar son signos serios y una indicación para buscar rápidamente atención médica.** El 92% de la población considera que la dificultad respiratoria y/o la respiración rápida son signos serios y una indicación para buscar rápidamente atención médica. De esta población, el 34.78% considera que debe buscar ayuda médica porque la dificultad respiratoria es grave o se puede complicar la salud de los niños, el 24.0% de las madres refieren que se debe buscar ayuda médica rápidamente porque puede morir por no respirar: “se asfixia”, “se tapa la respiración”; el 21.74% considera que la dificultad respiratoria y/o la respiración rápida son signos serios y una indicación para buscar rápidamente atención médica por recomendación del personal de salud; el 15.22% de las madres refieren que cuando el niño presenta la dificultad respiratoria y/o la respiración rápida éste se debe llevar al médico, porque no se tiene las herramientas para tratarlo en casa e igualmente no es un problema que pueda atender la medicina tradicional. Un 8% de la población considera que no deben buscar ayuda médica, porque no tienen una orientación sobre cuándo buscar la atención o piensa que esperando un tiempo la dificultad respiratoria le calmara.

Se evidencia que la mayoría de madres conocen que la respiración rápida y/o la dificultad para respirar son signos de una enfermedad grave, además, el personal de salud las ha orientado sobre buscar la ayuda médica cuando se presentan estos signos, no obstante, debe reforzarse la educación o capacitación en la identificación de los signos de alarma, en especial, la dificultad respiratoria y/o respiración rápida, pues el 27% de la población no sabe identificar ninguno de estos dos signos.

**7.2.5 Sabe que la respiración rápida y/o dificultad para respirar pueden ser signos de una enfermedad que amenaza la vida.** El 76% de las madres consideran que la respiración rápida y/o la dificultad para respirar son signos de una enfermedad que amenaza la vida del niño o niña, generalmente, los términos que emplean para referirse a que el niño o niña pueden morir son: “es grave”, “peligro”, “se ahoga”, “no respira”, “se cierra la respiración”, “es neumonía”, “ataca u ofende los pulmones”; otras madres refieren que los médicos le han indicado que la presencia en el niño (a) de respiración rápida y/o dificultad para respirar

son signos de una enfermedad que amenaza la vida, y otras madres han vivido la experiencia de niños con neumonía que han muerto por no acudir al médico. Un 24% de las madres no reconocen o no saben que la respiración rápida y/o la dificultad respiratoria puede ser signos de una enfermedad que amenaza la vida del niño o niña enfermo, esto debido a que el personal de salud no se lo ha indicado o simplemente porque no lo sabe.

**-Investigador.** ¿Usted sabe que la respiración rápida o dificultad para respirar pueden ser signos de una enfermedad que amenaza la vida?

**-Madre.** Si claro, puede morir porque la gripa ya le ha avanzado y le ataca los pulmones entonces si es una enfermedad mortal

**-Madre.** Claro. Porque si uno no los lleva rápido al médico, aquí casos se han visto de niños que se han muerto

**-Madre.** Pues los doctores le dice a uno, les recomiendan pues cuando uno a veces los trae graves, pues yo a mí no me ha pasado porque yo me paso fue con una sobrinita que era de 6 meses.

**-Madre.** Eso no me han dicho, no sé

Se evidencia un grupo significativo (24% de las madres) quienes consideran que la respiración rápida y/o dificultad respiratoria no son signos de una probable enfermedad grave que amenace la vida, ya que la mayoría no ha tenido orientación acerca de los signos de alarma para la búsqueda de ayuda médica oportuna, siendo esto un factor de riesgo que debe ser minimizado con la educación en la consulta médica sobre los signos para buscar ayuda médica urgente.

**7.2.6 Sabe que es sibilancia, la reconoce.** La totalidad de la población no sabe que son las sibilancias, pero refieren escuchar o haber escuchado ruidos en el pecho empleando más de un término para definirlos, el más frecuente es “hervedera” y/o “hierve”, seguido de términos como “ronquido”, “ronco”, “suena como pollito enfermo”, “sonido de chuspa”, “quebrara un huevo”, y se presenta tres casos de madres que escuchan ruidos cuando respira el niño(a) y que los describen como pitidos o silbidos.

**7.2.7 Otros signos lo suficientemente graves como para buscar atención.**

El 66% de las madres refieren la presencia de más de un síntoma directo de Infección respiratoria siendo más frecuentes la fiebre, la tos, la respiración rápida y/o dificultad respiratoria.

El 64% de las madres refieren la fiebre como síntoma grave para buscar atención; lo sigue el 54% de la población quienes refieren la tos como un síntoma grave, considerando que tres madres señalan que éste síntoma puede ser causante de la neumonía; el 38% de la población refiere a la dificultad respiratoria y/o respiración rápida como signo grave

para buscar ayuda médica, la mitad de esta población describe directamente la respiración rápida como signo de gravedad y el resto de madres usan términos descriptivos del comportamiento corporal como “hundimiento de costillas”, “se coloca morada”, mientras otras emplean términos de respiración ruidosa como “silbido”, “ronquido”, “hervedera”, entre otros; un 32% de las madres, además de algunos de los signos de IRA’s, reportan otros síntomas para buscar rápidamente atención médica, estos son: “cuando el niño, no duerme, llora mucho, no se alimenta o deja de mamar”, ya que consideran que por causa de estos síntomas el niño terminará empeorando. Solo se encontró un caso de una madre que no reconoce otros signos para graves para buscar atención.

**-Investigador.** ¿Usted qué otros signos considera que son lo suficientemente graves como para buscar atención?

**-Madre.** La fiebre, la tos porque es que de la tos dicen que le puede dar una pulmonía

**-Madre.** Además de la herveson al pecho, esa moquera y esa tos

**-Madre.** Lloro mucho, le da fiebre, tiene dificultad para respirar, cosas así que se ven que no es normal en ella

**-Madre.** Pues, que más, cuando no come o cuando no quiere dormir, llora mucho o la fiebre no se le para con ningún medicamento

La fiebre y la tos son los principales síntomas que las madres tienen en cuenta a la hora de buscar ayuda médica y en las madres de niños lactantes, además de los anteriores síntomas, consideran que el niño deje de amamantarse o que no coma.

**7.2.8 Qué signos y síntomas considera lo suficientemente graves en los lactantes enfermos menores de dos meses como para buscar atención.** El 38% de las madres refieren la presencia de más de un síntoma directo de Infección respiratoria, como la fiebre, tos, y la dificultad respiratoria y/o respiración rápida.

El 40%, 22% y 18% de las madres piensan que la fiebre, la tos y la dificultad respiratoria, respectivamente, son signos graves para buscar atención médica en menores de dos meses, conjuntamente se encontró que el 18% de la población, además de los signos de IRA’s, tienen en cuenta signos como que el niño deje de amamantarse o lllore mucho sin aparente razón; un 12% de la población no solo tuvo en cuenta los signos directos de IRA’s sino que involucro la diarrea y el vomito como signos graves; finalmente, se encontró un 24% de la población quienes no saben o no reconocen otros signos o síntomas graves en menores de dos meses, ya sea porque no tienen conocimiento o porque no han tenido la experiencia anterior de niños o niñas menores de dos meses enfermos.

Un 24% de la población no reconoce signos o síntomas graves que ameriten la búsqueda de atención médica, situación que es grave y retrasa la decisión de llevar a los niños o niñas en búsqueda temprana de ésta ayuda, lo cual evidencia la necesidad de reforzar la educación en la consulta médica, especialmente, a las madres de niños menores de dos meses quienes son más susceptibles de enfermar y morir rápidamente.

En lo relacionado a signo de IRA y otros síntomas como vomito y la diarrea se requiere una investigación más profunda para develar una relación existente entre factores de EDA e IRAs.

**7.2.9 Es consciente que los lactantes menores de 2 meses pueden enfermar y morir rápidamente por una infección respiratoria.** El 82% de las madres piensan que los niños menores de dos meses pueden enfermar o morir rápidamente por una IRA, de esta población, el 31.7% piensa que pueden enfermar y morir rápidamente debido a que su corta edad los hace más susceptibles, tiene menos resistencia a las enfermedades y además, porque no pueden avisar a la madre qué tiene o qué les duele, generalmente se dan cuenta que se están agravando por no comen, lloran mucho y por signos como la fiebre y la tos; el 21.95% de las madres consideran que al proporcionarle un tratamiento adecuado y oportuno al niño(a), éste ya no estaría en riesgo de morir. El 12,12% refieren que el niño(a) puede morir o agravarse rápidamente en caso de presentar algunos síntomas o signos específicos de IRA's, los siguientes relatos confirman dicha aseveración: "Sí, porque uno no los trae al médico o una fiebre eso es peligroso", "De pronto si, pues si porque pues de pronto ahí gripas que lo matan."; el 12,12% de las madres manifiestan que el personal de salud les ha indicado que los niños o niñas menores de dos meses pueden agravarse o morir rápidamente por una IRA's, también se encontró 4 casos de madres quienes comentan experiencias pasadas difíciles con su hijo(s), o se han enterado de experiencias de familiares o conocidos a quienes los niños se les ha agravado o muerto por IRA.

Finalmente, se destaca que un 18% de las madres no son conscientes que los menores de dos meses pueden morir rápidamente, situación que se convierte en riesgo para el niño(a) debido a que retrasa significativamente la búsqueda oportuna de ayuda médica.

### **7.3 Modelo búsqueda de atención médica**

**7.3.1 Quién decide cuando los niños(as) enfermos necesiten tratamiento fuera del hogar.** En el estudio se encontró que el 48% de las madres refieren que ellas mismas son quienes toman la decisión de que el

niño(a) necesita tratamiento fuera del hogar; algunas de ellas argumentan que la madre es quien permanece la mayor parte del tiempo en el hogar y quien cuida a los niños (as), por lo tanto es quien debe tomar esa decisión, dentro de esta población dos madres refieren que comparten la decisión con la abuela; el 32% de las madres refieren que junto con el padre del niño(a) toman la decisión que el niño (a) necesita tratamiento fuera de la casa, sin que la madre pierda el papel protagónico en la decisión, pues ella es la que más tiempo comparte con su niño(a), por lo tanto es la madre quien está a cargo del cuidado y el padre del niño(a) influye o participa en la decisión debido a su colaboración económica para el traslado y atención del niño(a) en el hospital de Totoró; un 12% de las madres argumenta que la abuela(o) del niño(a) enfermo es quien toma la decisión considerando que ellos tienen más experiencia en el tratamiento fuera de casa de los infantes enfermos, y finalmente se encontró que un 8% de la madres refieren que el esposo es quien toma la decisión de que el niño o niña necesita atención fuera del hogar.

**7.3.2 Quién decide a que trabajador de salud o establecimiento de salud se debe recurrir, en qué medida la elección del prestador está basada en la definición familiar de la enfermedad o los síntomas, quién lleva el niño a recibir la atención.** El 64% de las madres deciden a que prestador de salud llevar al niño o niña, el 84,38 % de las madres deciden llevar al niño(a) al hospital, cuando presenta principalmente síntomas de IRAS, dos madres refieren que cuando el niño padece susto primero lo llevan al médico tradicional y cuatro madres refieren que después de asistir al médico del hospital lo llevan al médico tradicional; el 15.62% de las madres de esta población decide acudir al médico tradicional, de acuerdo al concepto cultural o familiar de la enfermedad, algunas madres recurren inicialmente al médico tradicional, quien les confirma si el tratamiento del niño(a) es de medicina tradicional u hospitalaria; un 20% de las madres refieren que ellas o su esposo deciden a qué proveedor de salud o lugar llevar al niño para que reciba atención, el 70% de esta población se basan principalmente en los signos de IRA's y acuden inicialmente al hospital, previo cuidado en casa. Hay que resaltar que cuando no tiene dinero para desplazarse no les queda otra opción que el de asistir al médico tradicional, al cual consulta también cuando el niño padece susto o el tratamiento en el hospital no es efectivo, también se encontró que un 30% de las madres afirman que en pareja recurren al médico tradicional, quien les confirma si el tratamiento del niño(a) es de medicina tradicional o de hospital, en otros casos acuden al médico tradicional porque no tienen dinero para desplazarse al hospital; también se encontró un 8% de las madres refieren que sus padres basado en los signos de IRA's, toman la decisión de llevar al niño(a) al hospital o médico tradicional,

previo tratamiento en hogar; también se encontró cuatro casos donde la decisión de acudir al hospital la toman los familiares, en especial, uno de los abuelos(as) o hermano, familiares que tienen más experiencia en el cuidado de niños(a) enfermos.

**-Investigador.** ¿Quién decide a que trabajador de salud o establecimiento de salud se debe recurrir? ¿En qué medida la elección del prestador está basada en la definición familiar de la enfermedad o los síntomas?

**-Madre.** Pues, cuando es así de gripa al hospital, ya cuando se asustó, que está con diarrea pues allí ya primero al médico tradicional

**-Madre.** yo o mi esposo, Al hospital pues porque en los niños no más cuando está enfermo, pues cuando uno no tiene pasaje para venir acá pues con medico tradicional entonces, entonces allá al médico tradicional”

**-Madre.** Pues nosotros los dos de la casa pensamos, mi esposo y yo pensamos los dos y uno piensa será que los llevamos a un médico tradicional es que a veces él se enferma y uno dice llevemos al médico tradicional y preguntemos, uno lleva allá y pregunta al médico y él dice no ese se cura acá para que se lo van a llevar y si dice que no el niño tiene tal cosa lo pueden inmediatamente lo traemos acá. Uno a veces piensa, como a veces el dinero no hay, uno piensa que lo más cerca uno cura rápido, como el médico tradicional que él está ahí al lado es el vecino

En general, es la madre quien toma la decisión acerca de a que proveedor o lugar buscar atención para el niño(a) enfermo, y en el 100% de los casos es la madre quien lleva al niño a recibir atención. La decisión de la madre, en especial en los indígenas, se basa en el concepto cultural de la enfermedad, pues si el niño padece un susto, el cual se manifiesta por presencia de diarrea y fiebre o solamente fiebre y llanto, la madre busca inicialmente al médico tradicional quien lo valora y determina si el tratamiento es de medicina tradicional o debe ser tratado por los médicos del hospital; los casos en que la madre percibe que el niño tiene acentuado signos o síntomas de IRA's acude directamente a los médicos del hospital por lo que la percepción de la gravedad determina qué tipo de ayuda debe buscar la madre, también se encontró que la percepción de efectividad de los medicamentos, la disponibilidad de dinero y la accesibilidad geográfica afecta la decisión del tipo de ayuda que debe buscar.

**7.3.3 Existen grupos de madres o de familias que recurren o prefieren sistemáticamente un tipo de trabajador de salud frente a otro.** Un 50% de la población tiene preferencia por acudir a un proveedor de servicio, de esta población el 80% prefieren acudir a dos médicos del hospital, debido a que ellos realizan una evaluación más detallada a los niños y porque llevan más tiempo trabajando en el hospital que los otros médicos, coincidiendo con la caracterización del personal de salud en el referente de tiempo que llevan los médicos trabajando en el hospital; el resto de esta población tiene preferencia por acudir al médico tradicional, porque no tiene dinero para trasladarse al hospital, por

razones culturales, o porque ha tenido experiencias negativas con los medicamentos que ofrece la EPS; en el otro 50% de la población se encontró que el 76% acuden al hospital y no consideran importante que el médico la atienda, solo le interesa una atención buena y rápida, mientras que para el 26% de las madres que recurren a la medicina tradicional y al hospital, refieren que cualquiera de las dos medicinas le ha servido y que se complementan, lo que confirma con las respuestas relacionadas a qué establecimiento de salud acuden, respuestas que son variadas tanto para la medicina hospitalaria como para la medicina tradicional.

**7.3.4 A quién acude primero, y en qué momento se busca la atención médica.** Un 90% de las madres de acuerdo a los signos de IRA's que observa en los infantes, especialmente la tos y la fiebre, acuden inicialmente a los conocimientos que están popularizados entre las familias como son el uso de yerbas medicinales o de medicamentos ampliamente difundidos que se vende libremente, los cuales emplean durante uno a cuatro días esperando sus efectos, un 10% de la población refiere que apenas su niño enferma busca la atención médica en el hospital, se contrasta este 10% de la población con la pregunta ¿si compra medicamentos sin receta médica o utiliza remedios preparados en la casa para los tos?, resultando que un 8% compra medicamentos sin receta médica o prepara remedios para la tos.

También se encontró que del total de madres, un 44% de ellas, después de tratar al niño en la casa durante un periodo que usualmente dura 4 días, periodo que se puede prolongar a causa de la accesibilidad geográfica, falta de recursos económicos, desconocimiento de los signos de infección respiratoria, desconocimiento de la urgencia causando que solo se lleve a los infantes entre los días de semana al hospital o si al persistir los síntomas buscan la ayuda médica como segunda alternativa; además se encontró que un 18% de las madres después de iniciar el tratamiento en casa, buscan al médico tradicional quien las evalúa y les confirma si el tratamiento lo lleva a cabo él, de lo contrario les aconseja que lo lleven al hospital, igualmente se halló un 18% de las madres que después de acudir a los tratamientos caseros de uno a cuatro días buscan la ayuda médica, excepto para el susto o mal viento para los cuales busca la ayuda del médico tradicional quien les confirma si el tratamiento corresponde a la medicina tradicional o a la hospitalaria, también se evidenció que el 8% de las madres después de haber agotado el tratamiento en hogar y la ayuda médica, recurren al médico tradicional cuando el niño(a) se agrava más o los remedios que la EPS o el hospital brinda no son efectivos en la IRA's; finalmente se encontró que un 10% de las madres afirman que acuden inicialmente al hospital en búsqueda de ayuda médica.

**7.3.5 Cómo varía la búsqueda de atención según la percepción de la gravedad de la enfermedad y la edad del niño(a).** El 86% de las mujeres perciben que el niño está grave cuando presentan tos persistente y fiebre como los síntomas más frecuentes, en los niños lactantes se asocia con el abandono del amamantamiento porque dejan de comer o lloran mucho, por lo cual las madres buscan en primera instancia ayuda médica en comparación a los niños más grandes que se tratan por más tiempo en casa. Los signos de alarma como la respiración rápida o la dificultad para respirar solo algunas madres las refieren como graves considerando que la gran mayoría no saben reconocerlos, también se encontró que un 12% de las madres refieren casos de gravedad, cuando el niño o niña se siente mal, llora mucho, no come, no mama y no duerme buscando primero la atención del médico tradicional, y posteriormente termina asistiendo al hospital cuando el niño(a) se agrava más y ya presenta síntomas de infección respiratoria aguda baja.

**-Investigador.** ¿Cómo varía la búsqueda de atención según la percepción de la gravedad de la enfermedad y la edad del niño(a)?

**-Madre.** Según sea como este grave uno la trae al médico. Cuando ya como le digo ya se ha pasado mucho tiempo o ya ella ya comienza como a, ella ya comienza como a desmayarse ya no querer comer, ya ni el seno mismo lo coge entonces ya es porque está ya muy grave

**-Madre.** Según la gravedad, yo los traigo rápido, pequeñitos si no espero y más grandecitos pues si lo dejo un día. Grave es cuando ya no come, o sea él está alegre y todo, y ya cuando enferma está decaído y pues la fiebre, la temperatura esta alta, cuando ya tose demasiado, ya no come

**-Madre.** Esta es la primera vez que lo trae al hospital, cuando recién se enfermó le daba aguas aromáticas en la casa, lo llevó al médico tradicional el día anterior de traerlo al hospital no la trajo antes porque no pensé que era tan grave y pues me dijeron que la llevara acá al hospital al niño.

Usualmente las madres acuden al hospital cuando perciben que el niño(a) se agrava; las madres de niños lactantes acuden en menor tiempo, ya que consideran que ellos son más susceptibles de agravarse, y además de los signos de IRA's, observan que los niños(as) no quieren amamantarse considerándolo como alerta para llevar al niño al hospital; los niños mas grandecitos son atendidos más tiempo en casa, pues la madres piensan que ellos son más resistentes a la enfermedad y que evidencian más las señales de agravamiento, también se encontró un porcentaje significativo del 12% de las madres que cuando perciben que el niño se agrava, buscan la ayuda del médico tradicional ocasionando que en casos IRA'sse retrase más la búsqueda de ayuda oportuna. Es manifiesta la valoración de la gravedad que hacen las madres basados principalmente en la

persistencia de síntomas como la fiebre y la tos, y en los lactantes quienes abandonan la lactancia materna, además no hay una evidencia significativa que las madres se basen en los signos y síntomas de alerta de infecciones respiratoria graves.

**7.3.6 Tardanza en la búsqueda de la atención médica.** El 40% de las madres creen que no se tardaron en buscar la ayuda argumentando razones como: “Esta vez no porque considero que no está muy grave”, “Pues no porque todavía no está de hospitalizar”, “Yo creo que no, porque no ha pasado ni dos días sino que un día no más”. Un 56% de las mujeres piensan que se tardaron en la búsqueda de ayuda médica temprana, el 60.72% de esta población, reconoce la tardanza debido a que no consideraban grave la infección respiratoria del niño o niña, o porque la infección la podían tratar en casa con remedios caseros y no pensaban que se podía agravar, o pensaron simplemente que deberían dejar pasar varios días con la enfermedad antes de llevarla al hospital cuando ya está grave, también porque piensan que no es grave y no requieren llevarla a recibir atención médica en horarios de urgencias como los fines de semana, o debido al desconocimiento de la IRA’s no reconociendo los signos de alarma para la búsqueda temprana de ayuda médica: “Pues yo creo que sí pero como, yo la iba a traer el domingo pero como el lunes era festivo entonces no al traje y ya la traje hoy. Los festivos atienden pero por urgencias pero aquí si no se está grave no lo atienden. Pues yo no pensé al instante pues que estaba grave”, un 14.29% de estas tardanzas se deben a la accesibilidad geográfica, el 10,71% de este grupo de madres refiere que la tardanza se debió a descuidos en el cuidado del niño.

El 56% de las madres admiten la tardanza que usualmente se producen porque no reconocen la gravedad en la que se encuentra el niño, esto debido a que generalmente las madres no reconocen los signos y síntomas de alarma de la infección respiratoria grave, lo que retrasa la búsqueda de ayuda médica oportuna, esta percepción errónea de la gravedad genera otro riesgo y es que no busque ayuda médica en el hospital los fines de semana y festivos, situación que prolonga la estadía y el riesgo de que el niño se agrave más en el hogar. Los mensajes instructivos que señalan claramente los signos de peligro podrían ayudar a cambiar el comportamiento que justifican las tardanzas.

### **7.3.7 Acerca de los niños(a) menores de dos meses.**

**7.3.7.1 Se los saca del hogar para que reciba atención y cuáles son los pasos y momentos en que se busca atención.** En el estudio solo se encontró un menor de dos meses. La madre refiere que cuando el niño está enfermo busca ayuda médica en el hospital, los pasos para

buscar atención son: la madre lo atiende primero en casa, cuando no mejora busca la ayuda de la madre y posteriormente cuando persiste los síntomas o signos, especialmente la tos, es llevado al hospital

## **7.4 Expectativas maternas de la atención médica recibida**

**7.4.1 Qué esperan cuando busca atención de un trabajador de la salud para un niño(a) con infección respiratoria aguda.** La totalidad de medicamentos que utiliza el médico en el hospital tanto en el área de urgencia, hospitalización y en farmacia son genéricos. Principalmente lo que espera el 86% de las madres de la atención médica es que le recete medicamento, para lo cual utilizan términos como remedio, medicamento, droga, con el fin de que el niño o niña se mejore o recupere, y un gran número de estas madres solicitan que los medicamentos sean efectivos para que sea pronta la recuperación del infante y no tenga que regresar nuevamente al hospital por el mismo problema. En segundo lugar, un 30% de las madres, además de esperar los medicamentos, aguardan que el médico comente sobre el estado de salud del infante, y con mayor frecuencia utilizan frases tales como, qué tiene, cómo esta, qué le pasa, qué es lo que tiene. En tercer lugar, un 22% de las madres, además de esperar los medicamentos y que le comenten sobre el estado de salud del menor, esperan que los examinen minuciosamente, ya que algunas madres se quejan de la revisión médica radicando en una simple interrogación y envío del medicamento.

**-Investigador.** ¿Qué esperan cuando busca atención por un trabajador de la salud para un niño(a) con infección respiratoria aguda?

**-Madre.** Que le de jarabe para el niño para que le quite la tos y la fiebre”, “Pues que me le de algún medicamento que sea efectivo y que sea bueno para la niña, no de pronto que sean calmantes, sino que sea algo que cure

**-Madre.** He tratado de cuando me han dado la fórmula he tratado de buscar el mismo medicamento, pero así me toque costearlo pero comprarlo el que es mejor, de calidad, esos si le hacen provecho

**-Madre.** Ver como esta, los remedios

**-Madre.** me la chequee, que me la escuche los pulmoncitos, que él la revise bien, pero como le digo ya tantas veces la he traído que ya ni la chequean bien, ni la miran solo dale esto, o sea espero. Pues que lo examine y todo eso a ver qué es lo que tiene, eso no más, esos remedios

La preocupación principal de las madres es conseguir un remedio para curar el síntoma de la IRA's que presenta el niño, de no recibir el medicamento, así no sea necesario o sea efectivo, consideran que han perdido el tiempo en la consulta y se auto medican o buscan la ayuda de un farmacéuta o médico tradicional. La

búsqueda de ayuda médica por parte de las madres se da principalmente los días lunes, ya que es el día de mercado en el área que facilita el acceso a transporte desde zonas alejadas del casco urbano y además, la mayoría de mujeres con niños que se enferman entre viernes y domingos esperan hasta el lunes, debido a que no saben identificar una urgencia o no les gusta llevar a los niños a urgencia, porque no se encuentra el médico de preferencia en turno o por la exposición de los niños a actividades de urgencias que consideran traumáticas. Las madres también esperan que los médicos les comenten sobre el estado de salud de su niño y que lo valoren y examinen detalladamente.

**7.4.2 Efectos que espera de los medicamentos.** Con respecto a los antibióticos, el 52% de las madres no conocen los efectos de éstos, debido a que frecuentemente afirman no saber qué son los antibióticos o no conocer sus efectos, algunas madres contestan que el efecto esperado es “que se mejore o se le quite la enfermedad”, pero cuando se profundiza más sobre el efecto específico afirman no saber; un 22% de las madres aluden a los medicamentos o drogas para referirse tanto a medicamentos sintomáticos y antibióticos y los efectos más frecuentes que esperan es aliviar la tos y otros síntomas de las IRA's como fiebre y congestión nasal; siete madres saben que los antibióticos sirven para tratar la infección; finalmente, seis madres identifican la amoxicilina como antibiótico y solo una de ellas reconoce que se emplea para tratar la infección. De los remedios para la tos y resaca, el 96 % de las madres esperan que los niños se curen y utiliza términos como: “lo mejore”, el más frecuente seguido de “se quite”, “provecho”, “ponga bien”, “alienten”, algunas madres nombran el salbutamol y a loratadina en jarabe como remedios para la tos. Los remedios para la tos y el resaca se consideran muy importantes, debido a que la gran mayoría de madres se centran principalmente en buscar ayuda médica para los síntomas de IRA's. De los medicamentos para bajar la fiebre (tales como el dolex, acetaminofén), el 94% de las madres esperan efectos positivos siendo más frecuente la frase “se le quite”, seguido de “se cure y disminuya la fiebre”; algunas de las madres reconocen la efectividad de los medicamentos para la fiebre.

**-Investigador.** ¿Qué efecto esperan las madres de los remedios?

**Antibióticos**

**-Madre.** Para qué sirven pues así para que le voy a decir no sé

**-Madre.** Espero que le haga bien y que le quite la tos que tenga y la fiebre. Eso no más.

**-Madre.** Para mí que no le vuelvan a repetir pero el problema es que eso es como una cadena que le dan el medicamento y mientras lo toma él se alivia y después nuevamente empieza es como una cosa repetitiva

**-Tos y resaca**

**-Madre.** Yo espero que se le quite

**-Madre.** El salbutamol, ese sirve para la tos. Le mandan a dar todo hasta que se le quítela tos

**-Fiebre**

**-Madre.** Que le quite la fiebre rápido pues

**-Madre.** Que le baje la fiebre eso es lo importante que le baje la fiebre.

Se evidencia que la mayoría de madres no identifican claramente los diferentes tipos de medicinas equiparando antibióticos y medicamentos sintomáticos, por lo cual no pueden identificar el efecto y la forma de acción del remedio o medicamento, y sin duda alguna la principal preocupación de las madres es curar los síntomas de la IRA's, especialmente la tos y la fiebre, tendiendo a generalizar que la mayoría de medicamentos sirven para curar dichos síntomas, pareciera que las madres semejan la cura de los síntomas con la cura de la enfermedad, mientras un número significativo de casos relacionan los efectos de los medicamentos con la efectividad del medicamento.

**7.4.3 Con qué rapidez espera que se produzcan estos efectos.** El 76% de las madres espera en días los efectos de los medicamentos para la tos, el 73.7% de esta población esperan los efectos en los primeros siete días y un 26.3% de las madres esperan entre 8 y 15 días. De los medicamentos para la fiebre, el 48% de las madres esperan en días, siendo más frecuente aquellas que esperan dos días, lo siguen quienes esperan un día que el medicamento le cure o disminuya la fiebre; un 22 % de las madres esperan en horas los efectos de los medicamentos para la fiebre, siendo más frecuente con un 45.45% las madres que esperan entre media hora y dos; otras cuatro madres esperan que la fiebre se cure o quite en minutos. Respecto a la rapidez de los efectos de los antibióticos solo el 20% de las madres dieron respuesta a esta pregunta y algunas de ellas reconocen la amoxicilina como antibiótico; el periodo de tiempo más frecuente que espera para efectos favorables del medicamento se encuentra entre 7 días y 15 días, seguido por aquellas que esperan 5 días y por último las que esperan menos de cinco días.

**7.4.4 En qué momento considera que la medicación ha fracasado y se necesita otro tratamiento.** Se encontró varios grupos de madres quienes consideran que los medicamentos han fracasado. En primer lugar se tiene un 50% de las madres quienes refieren que los medicamentos han fracasado cuando al administrárselos al menor no hacen efecto en un periodo de tres, cuatro o cinco días, lo siguen aquellas que consideran un periodo de siete, ocho o quince días; en caso de que el niño(a) no mejore, no le pasa la enfermedad o persiste con los signos y síntomas de IRA's, en especial la tos y la fiebre, la madre busca nuevamente la ayuda médica principalmente en el hospital. En segundo lugar, se encontró un 12% de las madres quienes refieren que los medicamentos fracasan cuando el niño o niña sigue con

la enfermedad o no se le quitan los signos y síntomas, por lo que deciden no llevar el niño al hospital si no atender los conocimientos de usos de plantas medicinales difundidos entre las madres y familias, o buscar la ayuda del médico tradicional.

**-Investigador.** ¿Usted en qué momento considera que la medicación ha fracasado y se necesita otro tratamiento?

**-Madre.** Cuando él está con esa tos espero por lo menos 4 o 5 días porque como se dice que se está madurando y ya si se esperado este tiempo ya no porque así me paso en una ocasión que a él le di la amoxicilina toda la dosis y el siguió lo mismo entonces me toco nuevamente traerlo acá

**-Madre.** Pues eso si unitos si le han servido pero como para la fiebre lo único, la Loratadina no le ha servido que es para la tos. Si no le sirven no lo traigo le doy plantas

**-Madre.** Unos tres días, si uno no le hace, o unos dos días si le da como le mandan y si no le hace efecto pues ya se tiene que ir por otro lado (medico tradicional).

También se encontró un gran número de madres quienes consideran que los medicamentos no han fracasado, pues hasta el momento todos los medicamentos que le han mandado al niño (a) para IRA les han servido, les ha hecho provecho o son efectivos y les funcionan, a continuación se presenta un comentario que generaliza las respuestas “Hasta ahora todos los medicamentos le han servido”.

En los casos en que la madre considera que al fracasar los medicamentos buscan ayuda médica, continúan tratándolo en casa o acuden al médico tradicional, el periodo de tiempo que esperará para determinar que fracasaron dependerá de la gravedad de la enfermedad y el tipo de medicamento al cual evalúa el efecto, en el caso de medicamentos para la fiebre, generalmente, espera entre uno y dos días y como máximo 3 a 5 días, en el caso de antibióticos, el periodo para evaluar su fracaso o no dependerá del tiempo que el médico ordene el antibiótico que generalmente se extiende a 7 días.

**7.4.5 En qué momento terminan de administrar los medicamentos.** El 76% de las madres refieren que el antibiótico, medicamento que conocen como la amoxicilina o jarabe que se prepara en agua hervida y se da vía oral por medio de una jeringa, se lo administra tal como dice el médico, y generalmente, se extiende hasta un periodo de 7 días, mientras que los remedios para la fiebre, se suspenden inmediatamente se le quita la fiebre; los remedios para la tos o el resfriado los suspenden en el momento que desaparecen estos síntomas, que generalmente cubre un periodo de 7 a 15 días. También se encontró que el 20% de las madres refieren suspender el antibiótico, el cual generalmente reconocen como amoxicilina o un medicamento en polvo

que se prepara en agua hervida y se da vía oral por medio de un medidor que es una jeringa (sin aguja) normal.

**-Investigador.** ¿Cuándo terminan de administrar los medicamentos?

**-Madre.** Si el médico manda toca dárselo completo. Hay unos que toca suspendérselos, lo que él dice, hay otros no que hay que dárselos, es como la amoxicilina que hay que dársela toda completa

**-Madre.** Por lo menos ahorita si le mandaran amoxicilina y me dicen que es por 7 días yo le termino, pero el problema es como yo le acabo de decir yo le termino el tratamiento demora un tiempo y nuevamente el empieza otra vez con lo mismo entonces el me toca traerlo otra vez acá. Pero el tratamiento de la tos si me dan un límite 7 o 14 días y si ya se le va la tos ya se suspende, pero la fiebre cada que le llegue la temperatura de resto no.

**-Madre.** Como el médico manda

**-Madre.** Pues a veces como dice que hasta tantos días, al menos 4 días 7 días, hasta ahí, como dice la fórmula. Hasta que se mejora y se suspende, no por lo menos como a veces, si por lo menos con esa amoxicilina suspensión que le mandan por 7 días y a veces se le quita a los 3 días yo le doy así hasta los 5 o 6 días, no se completa los 7 días.

La mayoría de madres en cuanto a la administración de medicamentos, refieren realizarlo conforme lo ordena el médico, el resto de madres interrumpen el tratamiento una vez mejora el niño, en especial suspende el antibiótico, conducta altamente riesgosa para salud del niño por complicaciones de infecciones respiratorias que pudieran presentarse.

**7.4.6 En qué momento regresa con el niño(a) al centro de salud.** Se encontró que le 52% de las madres regresan al control de seguimiento que ordena el médico, que generalmente se produce en el transcurso de 7 o 8 días cuando se debe terminar la administración del antibiótico y observar el efecto de otros medicamentos para IRA's, igualmente, las madres referencian que aunque el niño mejore o no lo llevan al control médico, en caso de estar recuperado pocas madres argumentan llevarlo para confirmar su total recuperación y como formalidad con el médico. Se halló un 40% de madres quienes explican regresar al control médico solo si el infante sigue enfermo termine o no de administrarle los medicamentos. Finalmente, un 8% de las madres refieren que si el niño sigue enfermo no lo llevaría al centro de salud, ya que no le aprovecharon los medicamentos, por lo cual buscarían otra alterativa como recurrir al médico tradicional.

**- Investigador.** ¿Usted en qué momento regresa con el niño(a) al centro de salud?

**-Madre.** A los 8 días que manda el doctor siempre

**-Madre.** Cuando la niña está enferma yo la llevo, o sea ellos dicen vuelva. Si ha mejorado no vuelvo, si no se mejora si voy

**-Madre.** Pues cuando de nuevo los vea con gripa. Pues si cuando dicen que uno los ve grave y que los vuelva a traer pues uno los trae

**-Madre.** Si no se mejora entonces no, pues volverlo a traer al hospital no, lo llevaría al médico tradicional

**-Madre.** Si se empeora no lo traigo ya le doy plantas si porque mejor me dicen que envés de los medicamentos mejor la planta.

Se observó que las madres usualmente tiene una conducta favorable para la salud del niño, ya que manifiestan que regresarían al control médico si el niño se encuentra mejor con el fin de confirmar su recuperación, pero lastimosamente se encontró un grupo casi igual al anterior que no asistirían al control médico para hacer seguimiento al estado de salud del menor, e incluso cuatro mujeres consideran que si los medicamentos no le hacen efecto buscarían ayuda de médicos tradicionales o lo tratarían en casa, convirtiéndose en una conducta de riesgo que desaprovecha el seguimiento del estado de salud, sin olvidar que en unas pocas consultas las madres refieren que el médico no mando control de seguimiento convirtiéndose en un comportamiento de riesgo por parte del profesional.

**7.4.7 Además del tratamiento con medicamentos, qué otras acciones ayudan a la recuperación.** El 94% de las madres argumentar realizar más de una acción para ayudar a la recuperación del niño(a), el 72% de las madres refieren que brindan abrigo a su niña o niño para ayudarle en su recuperación, e igualmente refieren otras acciones de menor frecuencia pero significativas para la recuperación de la salud como darle remedios caseros, principalmente remedios calientes como infusiones de plantas medicinales, mantenerla encerrada en la casa o la habitación para evitar el viento, el sereno o majarse. Generalmente, las madres abrigan al niño con ropita de lana, o le visten con doble ropa y/o complementa con prendas accesorias como bufandas y gorritos.

**-Investigador.** ¿Además del tratamiento con medicamentos, qué otras acciones ayudan a la recuperación?

**-Madre.** Allá casi nada allí solamente si tiene fiebre darle cosas como el caldito, toca dárselo calientica porque eso es malo darle frio y arroparla y tenerla encerrada y nada más

**-Madre.** Pues mantener todo cubiertito, que ella duerma, todo hervido, todo lavadito, arropadita mantenerla con bufandas, chaqueticas

**-Madre.** No, pues como le digo, cuidarla más cuando tiene gripa, pues no dejarla, pues abrigándola y dándole todo caliente, como aromáticas de manzanilla.

En las acciones de cuidado que realizan las madres se evidencia la asociación que existe entre el frio y la Infección Respiratoria Aguda, debido a que la mayoría

de acciones de cuidado en la casa se relaciona a proteger al niño del frío como abrigarlo, darle infusiones de plantas, evitar que se serene o se ventee.

## **7.5 Información y perspectivas de los trabajadores de salud sobre el reconocimiento materno de signos que motiven la búsqueda de atención médica**

### **7.5.1 Consideran los trabajadores de salud que la tardanza de las madres para buscar atención es significativa desde el punto de vista médico, cuáles son los motivos de dicha tardanza.** Cinco de los siete trabajadores de salud consideran que hay tardanza significativa dando como resultado IRA's graves o complicaciones que se pueden prevenir, además, las tradiciones culturales están relacionadas a la tardanza de la madre para la búsqueda de ayuda médica; un médico considera que no hay tardanza y otro reconoce que algunas veces, y que la población que más se tardan son los indígenas quienes primero acuden a sus costumbres para la curación de la enfermedad del niño(a)

Usualmente los motivos de demora de búsqueda de atención médica son: la influencia de la medicina tradicional y/o médico tradicionales en la búsqueda temprana de ayuda médica para niños o niñas con IRA que las madres realizan, especialmente, las indígenas acuden primero al médico tradicional y solo cuando la medicina tradicional no resuelve los problemas de salud del niño o niña buscan la ayuda médica en el centro de salud, haciendo que el tiempo de búsqueda de ayuda médica sea más largo, de ahí las razones de las complicaciones respiratorias de los niños(as); los tratamientos caseros prolongados, difundidos entre las madres y familias tanto indígenas, como campesinas, tratamientos dilatados que pueden obedecer al desconocimiento de signos/síntomas de alarma de IRA's graves o del desconocimiento del momento de la enfermedad en la que debe buscar ayuda médica, motivos que retrasan la búsqueda de ayuda médica en el centro de salud. Este motivo generalmente en las familias indígenas va acompañado de la influencia de la medicina tradicional y/o el médico tradicional y en algunos casos los sitios apartados por la difícil accesibilidad geográfica es otro motivo de la tardanza.

Comúnmente los trabajadores de salud sienten que las mamás de los niños menores de un año se demoran más en buscar la atención para su niño o niña con IRA's, debido a que no conocen o no se dan cuenta de los signos y síntomas de IRA's en los niños menores de un año, además en esta edad los niños son susceptibles de enfermedades tradicionales como el susto.

**-Investigador.** ¿Considera usted que las madres presenta tardanza significativa en la búsqueda de atención medica?

**-Personal de salud.** y aparte de eso que ellos no acuden directamente en ese momento ya que el niño está muy grave a la institución de salud, , sino que acuden a su médico tradicional, esto hace que el tiempo sea mucho más largo, porque el médico tradicional lo va a revisar, hace todo su ritual y pasa o pueden pasar otras horas o días a que el día nos llega ya en el momento de urgencia como tal en la institución

**-Personal de salud.** Es una tardanza no por negligencia, sino porque todavía pesa bastante el médico tradicional y los remedios casero y otras ayudas que ellas buscan inicialmente, y después cuando aquello no les da resultado pues acuden no, no todas pero si la mayoría

**-Personal de salud.** Pues sobre todo en los menores de un año se ve mayor complicación porque ellos por ejemplo hasta los menores de 2 años porque tratan lo del susto y esas cosas y entonces un niño según lo que yo les he escuchado, por ejemplo dicen: “no es que el niño está empezando a caminar, entonces se asustó”

Comúnmente las tardanzas se deben al desconocimiento de los signos de peligro, situación de alarma que genera otro riesgo y es el tratamiento prolongado en casa con remedios casero que para el estadio de la enfermedad no van a ser efectivos, e igualmente, este desconocimiento contribuye a la búsqueda de ayuda de medicina tradicional cuando no es una enfermedad popular, lo que prolonga aun más la tardanza en la búsqueda de ayuda médica, los niños principalmente afectados son los más pequeños debido a que son más susceptibles de agravarse y morir rápidamente, y según la percepción de las madres son los más sensibles de padecer una enfermedad popular como el susto.

**7.5.2 En opinión de los trabajadores de salud, a qué signos y síntomas prestan atención las madres de los niños con una IRA.** Seis de los siete trabajadores de salud del hospital de Totoró opinan que el principal y más frecuente signo al que le presentan atención las madres de los niños con IRA's es la fiebre, que generalmente está acompañada de otros signos menos frecuentes como la dificultad respiratoria, la tos, la disminución del consumo de leche materna o alimentos en los niños menores de dos años.

**7.5.3 Qué términos emplean actualmente los trabajadores de salud para comunicarse con las madres cuando se refieren a las infecciones respiratorias aguda.** Tres de los siete trabajadores de salud emplean términos como infección en el pulmón, el cual las madres entienden y le dan un significado de gravedad menos adverso al de neumonía, la cual consideran fatal, igualmente, dos de los trabajadores de salud que refieren emplear términos más sencillos y de fácil comprensión para comunicarse con la madre utilizan a su vez expresiones populares como

llaganas (secreción ocular), atisbado (secreción nasal), hervedera (roncus), calentura (fiebre), entre otros; un médico manifiesta utilizar el nombre técnico de infección respiratoria alveolar, debido a que el nombre de la enfermedad está ampliamente difundido en las madres e incluso algunos de sus hijos menores de cinco años han tenido antecedentes de neumonía.

La mayoría de madres atendidas en el hospital hablan español y por lo general no utilizan términos populares de la región exceptuando “calentura” para la fiebre, “hervedera” para el ronquido o movilización de secreción y “llaganas” para la secreción ocular, por lo cual los trabajadores emplean palabras o términos similares para comunicarse con las madres; a pesar de no existir un consenso acerca de los términos utilizados por los trabajadores de salud para comunicarse con las madres para referirse a las Infecciones Respiratorias Agudas, lo que si es generalizado es el uso de lenguaje sencillo para comunicarse con las madres.

## **7.6 Comunicación con las madres**

**7.6.1 Qué término o frase de uso local que denotan signos y síntomas o categorías de padecimientos indicativos de neumonía recomiendan que se empleen para decirles a las madres cuando deben buscar atención para un niño con IRA.** Cinco de los siete trabajadores de salud no acuden al término directo de las representaciones clínicas de IRA baja, en cambio, utilizan términos descriptivos de signos y síntomas tempranos de alarma para la neumonía como “el hundimiento de costillas” para el tiraje subcostal, “el niño está caliente o suda” para la fiebre, siendo esto dos signos los más frecuentes, seguido de “el niño no respira bien o se ahoga” para la dificultad respiratoria y “el niño esta moradito” para la de saturación de oxígeno, igualmente, los médicos recomiendan otros signos y síntomas claves para buscar ayuda médica como “el niño no come o no se amamanta”, la gripa y la tos.

Se evidencia que la mayoría de términos utilizados por el personal de salud, especialmente los médicos, son similares a los términos utilizados por las madres para describir signos y síntomas de neumonía, se aclara que no todo el personal de salud tienen en cuenta todos los signos de peligro de enfermedad muy grave y de alarma para neumonía. Una adecuada comunicación ayuda a asegurar que el niño reciba una buena atención tanto en el servicio de salud como en el hogar.

**7.6.2 Son apropiados los consejos de alimentar al niño, aumentar los líquidos y mitigar el mal de garganta y calmar la tos, dentro de las instrucciones para atención en el hogar.** La mayoría del personal de salud considera que son adecuadas las recomendaciones de alimentar

el niño en casa y sugieren que sigan con la alimentación habitual pero fraccionada; en cuanto a las recomendaciones para tratar la tos en casa sugieren los remedios caseros generalmente con plantas aromáticas y frutos cítricos coincidiendo con los remedios que las madres reportan utilizar en la casa para calmar la tos; finalmente, el personal de salud afirma que es importante las recomendaciones de aumentar el suministro de líquido al niño dentro de las instrucciones caseras, pero no describen o especifican el cómo aumentar el suministro de líquidos en casa, o cómo se debe amamantar al niño.

Aunque el personal de salud considera importantes y apropiados los consejos de alimentar al niño, aumentar los líquidos, mitigar el mal de garganta y calmar la tos dentro de las pautas para la atención en el hogar, no se evidencia protocolo para estas instrucciones, por lo que el personal de salud no realiza una evaluación para detectar problemas en la alimentación, y en especial, el amamantamiento, para poder así ajustar sus recomendaciones en la nutrición, por lo anterior, pareciera que los médicos no tienen en cuenta o en claro la “Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños Pequeños” adoptada por la OMS. En cuanto a la tos que es un síntoma de IRA no se evidencia medidas preventivas; en relación al aumento de líquidos, no especifican como son las recomendaciones para administrar líquidos en casa.

**7.6.3 Cómo deben redactarse los mensajes presentados en las instrucciones en el hogar a fin que se adecuen al lenguaje y cultura locales.** Cinco de los siete trabajadores de salud están de acuerdo que se deben redactar mensajes armonizando los términos médicos con los términos que las madres y la comunidad entiendan, para lo cual toman algunas expresiones que las madres y la comunidad utilizan para construir los mensajes relacionados a la identificación de signos clínicos para la búsqueda de ayuda médica y para el cuidado en casa del niño o niña enfermo, un médico sustenta que los mensajes deben ser presentados en términos médicos, debido a las implicaciones legales que podrían tener en el futuro dichos mensajes, pero aclara que deben explicarse de manera verbal de tal manera que socioculturalmente se entiendan.

La totalidad del personal de salud no especifica cómo deben redactarse los mensajes en las instrucciones para el hogar, específicamente para tratarse los principales motivos de búsqueda de atención como son la fiebre, la tos, la dificultad respiratoria y la disminución de la lactancia materna y la alimentación.

**7.6.4 Qué sugerencias se pueden hacer acerca de cómo los trabajadores de salud pueden comunicarse con las madres cuando no es necesario que prescriban medicamentos u otros tratamientos que las madres esperan recibir.** La totalidad del personal de salud refiere que la madre siempre espera medicamentos en la consulta médica y que cuando no es necesario la formulación de éstas medicinas, los médicos dedican el tiempo necesario para explicarles las razones de la no formulación de medicamentos y los efectos adversos; cuatro trabajadores de salud de salud, además de dar las recomendaciones de cuidado en casa y de búsqueda temprana de ayuda médica, formulan medicamentos cuando no es necesario de manera inmediata, ya que en el momento el niño o niña no presenta el síntoma o signo de IRA que se puede controlar con el medicamento, estos casos solo se presentan cuando la residencia del niño es en lugares alejados, de difícil transporte y cuando el menor por condiciones de desnutrición o bajo peso son susceptibles de complicarse con una neumonía. A continuación se presenta un aparte de la entrevista que reforzara la anterior afirmación.

“Aquí cuenta mucho el hecho de que las personas son de parte lejana, entonces bajo el concepto médico, bajo lo que es la orientación de la universidad si usted va por una gripa, usted no tiene fiebre, no tiene dolor, tiene solamente tiene la rinorrea, tiene solamente un catarro, entonces el médico le va a dar las orientaciones generales...que pasa si aplicamos ese concepto aquí a una persona que vive como a 4 horas y que no tiene transporte, que no va a tener la facilidad del médico y que cuando va a tener el niño con fiebre va a estar desesperada, entonces yo pienso que acá debe ser la medicina un poco más, no sé si preventivo, sino ir a un paso adelante a lo que se pueda venir, entonces si un niño viene con gripa pero no tiene fiebre, yo si pienso que por lo menos debe irse con su acetaminofén, entendiendo que la situación es diferente, son pacientes de domicilio lejano, desnutridos, con alta posibilidad de hacérseles una neumonía”

Se evidencia la importancia de brindar medicamentos en casos que para el protocolo medico no son necesarios, pero justifican dicha administración de medicamentos como una acción preventiva en futuras complicaciones de IRA's.

**7.6.5 Cuáles son las expectativas maternas en cuanto a los remedios contra la tos y el resfriado.** Cuatro de los cinco médicos y las dos enfermeras refieren que cuando la madre consulta por tos o resfriado lo que esperan es medicamentos que le quiten la tos lo más pronto posible, debido a que no duermen o no dejan dormir a la familia, o porque vomitan o tosen con mucha frecuencia, igualmente, los médicos sensibilizan a la madre expresando que lo importante no es quitar la tos,

ya que ésta es un mecanismo de defensa sino que lo realmente significativo son los signos y síntomas tempranos de una probable neumonía, y cuando se presenta la tos con alguno de estos síntomas o la dificultad respiratoria ellos prestan atención de forma inmediata y al final de la consulta ofrecen recomendaciones de cómo tratar la tos y el resfriado en casa. Por su parte, el personal de enfermería argumenta que las madres esperan que los remedios solamente la curen pero no concientizan a las madres sobre la tos como mecanismo de defensa. Un médico refiere que las madres no esperan remedios para la gripas leves, porque ellas entienden que estos síntomas o signos pueden manejarlos o controlarlos en casa con remedios caseros y en caso de que se agraven busca la ayuda médica.

En general, las madres en la consulta médica esperan medicamentos para la tos y el resfriado, aunque la mayoría conoce remedios caseros para aliviar o calmar el mal de garganta consecuente de la tos; los médicos aclaran que no es necesario formular medicamentos para la tos, ya que es un mecanismo natural de defensa y por tal recomiendan los mismos remedios caseros que las madres conocen.

**7.6.6 Cuán importante es administrar un remedio en una visita al hospital.** La mayoría del personal de salud considera significativo formular un medicamento en la consulta médica solo cuando se necesita, pero es preciso romper una barrera cultural de creencia o expectativa que los pacientes tienen y es siempre esperar una fórmula médica, que al no ser ordenada, conduce a dudar de la calidad profesional del médico, por lo cual el trabajador de salud casi siempre formula algún medicamento, así sea vitamina C en una consulta de IRA que no requiere de medicamentos, otro caso, es cuando el niño tiene riesgo de adquirir una IRA grave asociada a desnutrición o el riesgo de adquirir dolor de garganta o fiebre.

**7.6.7 Qué recomendaciones se pueden hacer sobre las características de ese remedio.** Tres de los médicos recomiendan que se rotule el medicamento, dos trabajadores de salud no refieren características sobre los medicamentos, una enfermera jefe enfatiza en la calidad del medicamento.

El 100% de los pacientes esperan medicamentos en la cita médica, asimismo, la mayoría de médicos recetan medicinas, razón por la cual la medicación ocupa un lugar fundamental en la atención, de esta forma, la indicación final juega un papel preponderante, pues si se administra como lo especifica el médico la probabilidad de mejoría sería alta, así las características del medicamento son esenciales en las comunidades que con frecuencia no entienden las instrucciones del médico, además,

los medicamentos genéricos no tienen rótulos distintivos y generalmente se identifican solo cuando se lee lo inscrito en éste, convirtiéndose en un problema cuando la madre administra el medicamento, lo que se podría contrarrestar si el personal de salud marcara los medicamentos con la identificación, forma y horario de aplicar o ingerir el medicamento que se podría hacer en un segunda consulta. La dificultad está en que la mayoría de medicamentos que se dan a los pacientes vinculados al régimen subsidiado son responsabilidad de farmacias externas al hospital con las cuales tienen contrato las EPS, por esta razón, se sale del control del personal de salud del hospital, excepto en el área de hospitalización.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En Colombia, con la promulgación de la ley 1438/2001 que proclama la Atención Primaria en Salud, los estudios en comunidad de comportamiento y percepciones frente a problemas de salud recobran nuevamente el interés de la comunidad científica y organismos de salud, debido a que retoman las practicas, experiencias y significaciones de la salud y la enfermedad propias de las madres y familias, primer pilar de cuidado de salud del infante, para desarrollar o fortalecer programas de salud infantil adherentes y que lleguen lo más cerca posible al lugar donde residen las familias y madres de niños quienes cuidan la salud del infante.

La antropología y la salud pública permitirá un comprensión significativa de las percepciones y entendimientos maternos sobre la infección respiratoria aguda de niños menores de cinco años, permitiendo identificar conceptos y categorías de la enfermedad desde la perspectiva de la comunidad, que junto a los conceptos biomédicos de la enfermedad, generarán sinergia para obtener un mayor conocimiento de las infecciones respiratorias agudas de niños y niñas de Totoró, permitiendo establecer y/o reforzar los programas interculturales en salud, que además de brindar una atención adecuada que no esté restringida solo al motivo de consulta, aproveche las instancias de prevención de IRA's y promoción salud respiratoria del niño(a), re direccionando y mejorando la eficiencia de las modalidades terapéuticas utilizadas en casa reajustando los modelos de búsqueda de atención medica, acciones que contribuirían significativamente a disminuir complicaciones prevenibles de IRA's bajando costos familiares, sociales y de asistencia en salud.

### **Identificación de los métodos de tratamiento de la Infección Respiratoria Aguda en el hogar**

Para identificar el tratamiento en casa que las madres realizan se debe tener en cuenta las realidades del municipio de Totoró, zona donde el 85% de la población tiene Necesidades Básicas Insatisfechas,<sup>155</sup> la mayoría residen en una zona rural dispersa, las vías terciarias son trochas de difícil acceso vehicular, veredas que solo acceden a una brigada de salud mensual con baja calidad de medicamentos relacionada con los laboratorios que la producen, imposición del sistema de salud occidental descontextualizado con postura rígidas hacia las creencias, usos y costumbres ancestrales, dándoles un connotación de barrera cultural y desconociendo al derecho constitucional por la preservación las creencias y costumbres de grupos étnicos, situación develadas en este estudio, significancias culturales que agrandan la brecha de inequidad en salud alejando la comunidad de las instituciones de salud y negando el dialogo de saberes médicos, la

medicina popular y domestica, por lo que se hace un llamado a las instituciones de salud y organismos territoriales a realizar un trabajo concertado para el desarrollo de programas interculturales de salud infantil que den respuesta y solución a la problemática de morbilidad y mortalidad infantil.

El tratamiento en casa hace parte de un plan de acción terapéutico, que es culturalmente aprendido y bien establecido con una serie de acciones que ofrecen orientación acerca de qué hacer y cuándo hacerlo, que a su vez lleva implícita una articulación de conocimientos y creencias que unidas a otros factores como recursos económicos, experiencia previas, características socio demográficas, entre otras, seguramente influenciaron el comportamiento de las madres en relación al cuidado en casa de su niño o niña.

En el cuidado en casa al parecer no es habitual que las madres hagan esfuerzos especiales por aumentar la cantidad de alimento en el niño o de mejorar nutricionalmente las comidas durante y después de la enfermedad, puesto que los menores continuaban con la alimentación habitual, aunque en otros casos se ofrecían más alimentos líquidos como caldos, sopas y jugos. Sin embargo, durante la infección respiratoria aguda se observa alteraciones en el apetito, los cuales son preocupación de las madres y de la familia que tienen en cuenta para la búsqueda de la atención médica, especialmente para los niños en lactancia exclusiva y los lactantes con alimentación complementaria.

Se observó una tendencia de las madres a considerar la tos, el resfriado y la fiebre como enfermedades no graves que se podrían atender en la casa con remedios caseros y abrigando al niño, dándole bebidas calientes de plantas medicinales y/o frutos cítricos endulzados con azúcar y miel de abejas; no se encontró la auto-prescripción de antibióticos y sí la automedicación usual de acetaminofén, dólex y bronquisol, acciones que hicieron parte de los tratamiento domésticos. Resultado que se reiteran en el estudio etnográfico realizado en Nepal por la USAID<sup>156</sup> el cual muestra que la tos, la fiebre leve y el resfriado son considerados no graves y por tanto son atendidos con medidas hogareñas similares a las encontradas en esta etnografía.

Uno de los motivos que los médicos referencian es la tardanza de atención médica por los tratamientos caseros prolongados, difundidos entre las madres y familias tanto indígenas como campesinas, tratamientos dilatados que pueden obedecer al desconocimiento de los signos/síntomas de alarma de IRA's graves, o del conocimiento del momento de la enfermedad en la que deben buscar ayuda médica, relato que concuerdan con tiempo trascurrido de la enfermedad antes de buscar ayuda médica que en promedio fue de 5 días según lo revisado en las historias clínicas de los niños en el momento de asistir a consulta por IRA's, no obstante, el retraso en iniciar el tratamiento médico por esperar mejoramiento espontaneo en el hogar o por la fe en los remedios caseros, podría ser un aspecto susceptible de modificarse con educación sobre signos de alarma de infección respiratoria grave, considerando cuándo buscar ayuda médica y la identificación

de remedios caseros efectivos, lo que plantea un interrogante: ¿Cuáles son los mecanismos de elección del tratamiento casero y la efectividad de estos en las IRAS?, de acuerdo a Cleland<sup>157</sup> y Peña<sup>158</sup>, la educación materna puede contribuir a la prevención de la mortalidad en niños menores de 5 años, considerando que cada año en que se aumente la educación de la madre disminuye en casi un 10% la mortalidad de ésta población.

### **Caracterización de la interpretación de los síntomas de infección respiratoria aguda grave.**

El tratamiento en el hogar de un niño con IRA's es aconsejable siempre que las medidas a practicar no sean y no puedan llegar ser nocivas, y además, que las madres como figura principal en el rol de cuidado del niño(a), los familiares y el personal de la comunidad que la apoyan en el cuidado del infante, conozcan y comprendan identificar plenamente los signos de alarma de la infección respiratoria aguda grave, que los conduzcan a tomar la decisión de llevar al menor a recibir atención médica oportuna, considerando que la demora en la búsqueda del servicio médico puede provocar una mayor gravedad de la enfermedad e incluso la muerte.

Algoritmo de la OPS/OMS<sup>159</sup> para el manejo de infección respiratoria grave que se materializan en guías clínicas y comunitarias de la estrategia para la Atención a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) se basa en el reconocimiento de signos fundamentales: la respiración rápida, la dificultad respiratoria y las sibilancias, que indican la búsqueda inmediata de atención médica. En este estudio se encontró que el 72% de las madres afirman conocer la respiración rápida para su identificación empleando términos que se basan en la descripción del comportamiento de los movimientos del tórax y el abdomen. En relación a la dificultad respiratoria el 74% de las madres utilizan términos relacionado a esfuerzo para respirar, asfixia, y términos de respiración ruidosa que en algunos casos le atribuyen a presencia de flema en el pecho. En promedio un 27% de las madres no conocen la respiración rápida ni la dificultad respiratoria. Sobre las sibilancias, el 100% de la población no conoce las sibilancias e identifica sonidos anormales en el pecho para la cual utiliza términos o frases descriptivas para la respiración ruidosa destacándose algunos populares como el hervor, hervedera, ronquido, silbido en el pecho, que asocian con el contenido de flema, gargajo u moco en el pecho, estos signos de respiración ruidosa son referidos también como dificultad para respirar.

Con respecto a la interpretación de signos y síntomas de alarma, las madres participantes en un estudio realizado en Bolivia<sup>160</sup> consideran que un signo de alarma es que sus hijos menores de 5 años tosan por más de 21 días y/o tener dificultad para respirar (38,9%), el 51,9% reconoce a la respiración rápida como

signo de alarma y el 48,1% reconoce a la respiración ruidosa como signo de alarma. En Honduras<sup>161</sup>, un estudio acerca del conocimiento y prácticas sobre nutrición infantil, enfermedades diarreicas y respiratorias reveló que el 35.4% consideran como signos de peligro la respiración rápida y difícil.

En el Perú<sup>162</sup> se llevó a cabo un estudio que pretendía determinar el impacto de la aplicación de la estrategia AIEPI en su componente comunitario sobre los conocimientos de los padres u otros cuidadores de niños menores de 3 años acerca de los signos de alarma y de gravedad de infección respiratoria aguda (IRA) o enfermedad diarreica, los resultados indicaron que el 90% de los participantes en el estudio luego de la intervención reconocieron la respiración rápida, el 42.30% la respiración ruidosa, el 67.70% no poder mamar o beber y el 76.58% el tiraje subcostal.

La respiración rápida, la dificultad respiratoria y la respiración ruidosa son percibidos como un síntoma de gravedad que va acompañado del temor que el niño se asfixie y muera, pese a esto la madres no siempre buscaron atención, ya que los síntomas que le preocupan a la mayoría de madres y por lo cuales busca principalmente atención medica son la fiebre con 32%, la tos con 27% y la dificultad respiratoria y la respiración rápida con 14%, que se evidencian en las respuestas al interrogante sobre qué otros síntomas consideran graves para buscar atención medica, por otro lado, en la revisión de los motivos de consulta de las madres de niños con IRA graves el 71,2% fue principalmente la fiebre y la tos, la cual asociaban en algunos casos al origen de la neumonía.

Esto es coherente con otros estudios realizados en el país como en Medellín,<sup>163</sup> donde se llevó a cabo un estudio con el fin de establecer la relación existente entre la IRA y los conocimientos y prácticas del cuidador del niño entre dos meses y cinco años, encontrando que la mayor parte de los cuidadores reconocen los signos de alarma generales por los que deben consultar de manera urgente la atención medica, con un 75% en el grupo de casos y 66.7%, en el grupo control, aunque un 66.65% de los cuidadores del grupo de casos y un 83.3% de los cuidadores del grupo control, desconoce los signos específicos de alarma de la IRA por los que deben buscar la ayuda médica. Igualmente, un estudio realizado en Bolivia<sup>164</sup> para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud que atiende niños menores de 5 años y de sus cuidadores (generalmente madres), en relación al manejo de casos de infecciones respiratorias agudas, indica que las principales señales identificadas por las madres o responsables cuando se dan cuenta que sus niños se encuentran con IRA son la tos, la temperatura y el catarro, de estas madres solo cinco tomaron la decisión de llevar al niño a un establecimiento de salud antes de las 12 horas y el resto demoró de 24 horas hasta más de una semana; además, de 11 casos diagnosticados como neumonía por los encuestadores médicos, solamente en tres las madres acudieron al servicio de salud por algún signo que reflejara dificultad respiratoria,

los motivos que llevaron a hacerlo fue la “nariz tapada” y “ronroneo del pecho” que correspondió a un caso de neumonía grave.

Por el contrario, en Perú<sup>165</sup>, un estudio sobre el reconocimiento de los signos de neumonía en niños menores de 5 años reveló que el 80% de las madres identificaron a la respiración rápida, la retracción torácica o ambas como signos y síntomas de neumonía, resaltando que el 94,6% indicaron estar preparadas para llevar a sus hijos al centro de salud al presentar alguno de estos signos/síntomas.

La diferencia en signos y síntomas que consideran las madres suficientemente graves para buscar atención médica, entre los lactantes menores de dos meses y los niños mayores de dos meses hasta los 4 años cumplidos, radica principalmente en el peso del porcentaje, ya que se encontró que hay un 2% de las madres de niños mayores de dos meses que no reconocen otros síntomas suficientemente graves, frente a un 24% de las madres que no reconocen en los menores de dos meses otros signos suficientemente graves para buscar atención, y las madres de menores refieren otros síntomas no necesariamente de neumonía, como la diarrea, dificultad de amamantarse, vomito para buscar ayuda médica. Similarmente, un estudio de Chile<sup>166</sup> realizado para describir el nivel de conocimiento que manejan padres o cuidadores acerca de los signos de alarma relacionados con IRA, que impulsen llevar al niño menor de 1 año a un centro de salud, evidencia que el signo o síntoma de alarma para IRA, más reconocido por las madres o cuidadores es la fiebre, seguido por el tiraje subcostal y por la dificultad respiratoria y los menos reconocidos fueron las sibilancias, la respiración ruidosa y la respiración rápida.

### **Identificación del modelo de búsqueda de atención**

El diagnóstico que la madre hace es fundamental para determinar las acciones a seguir, aunque en el estudio no se indagó sobre cómo las madres lo realizan, si se tiene evidencia de los síntomas y signos graves de búsqueda de ayuda médica y los que puede tratar en casa, aspectos que manifiestan la realización de un diagnóstico por parte de las madres que seguramente estará influenciado por el contexto sociocultural, los conocimientos y percepciones que tiene sobre la identificación de la enfermedad, elementos que confrontados con la observación de los signos, severidad del signo, sitio corporal de presencia del signo y susceptibilidad de enfermar rápidamente o morir del niño(a), le permitirá obtener a la madre una percepción del tipo de enfermedad y gravedad de la misma, de la cual partirá una actitud conductual para buscar o no la atención médica. No hay que olvidar que en este diagnóstico, existen otros factores críticos que no fueron objeto del estudio, pero que seguramente determinarán el diagnóstico que la madre hace.

La primera percepción diagnóstica que tienen las madres usualmente es que los niños(a) padecen de un enfermedad leve, debido a que se encontró que el 90% de las madres acuden inicialmente a conocimientos familiares de cuidado y tratamiento de IRA en casa, y el 10% de madres quienes refieren que la primera ayuda a la que recurre es la atención médica, pero al contrastar esta afirmación con las respuestas a las preguntas relacionadas a las madres que compran medicamentos sin fórmula médica o preparan remedios para la tos, se encontró que el 80% de estas madres si compran o preparan remedios. Así, en general se tiene que un 98% de las madres acuden primero al conocimiento que esta difundido entre las madres y familias, y del total de esta población, un 88% de las madres acuden a las infusiones de frutos cítricos y/o plantas medicinales y un 35% utiliza medicamento ampliamente difundido y que se vende libremente como los medicamento para la tos y la fiebre. Estos resultados son congruentes a lo evidenciado en el estudio de Cordero<sup>167</sup> con lo expresado por las madres quienes cerca de la mitad acudieron a consejeros para determinar cómo tratar al niño(a), principalmente allegados al núcleo familiar como abuelas, esposos, suegros y en menos proporción a parientes lejanos y vecinos. Asimismo, el estudio llevado a cabo por Sáenz<sup>168</sup>, con el fin de estudiar las percepciones y comportamientos de una población guatemalteca en lo concerniente a las IRA's, revelando que más de la mitad de las entrevistadas trataron a sus hijos enfermos en la casa antes de consultar a un proveedor de atención de salud, empleando remedios caseros como infusiones a base de manzanilla, hoja de higo, canela, apazote y hierbabuena, al igual que las frotaciones con ungüentos comerciales, y los baños de vapor. De la misma manera, en el estudio de Shrestha<sup>169</sup> los cuidadores de los niños con IRA preferían tratar al niño en casa con remedios caseros, la mayoría de las madres consideraban que la tos y el resfrío se podían curar a través de remedios que incluyen el uso de bebidas a base de hierbas, masajes y cubriendo el pecho del menor para mantenerlo cálido. Además, la mayoría de las madres que tenían niños enfermos mencionaron emplear "Vicks" para suavizar la garganta y el pecho y para facilitar la respiración, el paracetamol para controlar la fiebre y el dolor de cabeza y los jarabes para la tos, fáciles de conseguir en las farmacias y almacenes locales.

Se encontró una discrepancia en que signos como la tos y la fiebre, al parecer vistos como enfermedades, son considerados leves y por tanto controlables en casa, pero a su vez se perciben como signos graves que ameritan la búsqueda de ayuda médica, coincidiendo con los principales motivos para buscar atención hospitalaria encontrados en la historia clínica, pero hay una diferencia para ser considerados graves, y es la persistencia contemplada en un periodo de 1 a 4 días esperando menos tiempo para la fiebre y más para la tos, esto también se confirma según la variación para la búsqueda de atención, pues de acuerdo a la percepción se considera que la fiebre y tos persistente es el detonante de mayor porcentaje (cada uno con un 18%) para la búsqueda de atención médica, en cuanto a los síntomas de dificultad respiratoria o respiración rápida, se encontró

un 18% de las madres que lo consideran grave para buscar ayuda médica, también se encontró que además de los anteriores síntomas, en un 22% percibieron como grave el hecho de que el niño no comiera o no se amamantara un signo grave para buscar ayuda médica, especialmente si esto sucedía en los niños pequeños (lactantes). Así se puede concluir que la percepción de la gravedad de la enfermedad, sobre todo la persistencia de signos como la tos y la fiebre, seguramente influye en la decisión de continuar el tratamiento casero para la enfermedad respiratoria o por lo contrario buscar la atención médica o la ayuda de la medicina tradicional. En Sáenz<sup>170</sup>, igualmente las madres consideraban la tos como síntoma que más incitaba la búsqueda de atención médica, causante del 56% de las consultas médicas, lo seguían la fatiga con el 19%, la fiebre con el 16%, el hervor de pecho y la respiración ruidosa con el 13%.

La percepción diagnóstica que la madre hace de la enfermedad del infante, probablemente influye la percepción del control de la enfermedad, que junto a la actitud que las madres tienen hacia el cuidado del niño, la cual develo el reconocimiento de tardanza en la búsqueda de atención médica, porque el plan de tratamiento casero de los signos de mayor preocupación para las madres generalmente tiene una duración de 4 días, que en la mayoría de los casos termina por la complicación de la enfermedad, momento en que las madres buscan una segunda alternativa: el 56% recurre a la ayuda médica en el hospital y el 44% acude a la ayuda médica tradicional, esta decisión de la búsqueda de ayuda puede estar influenciada por el desconocimiento de los signo de alarma de la enfermedad respiratoria grave, por la cultura, por las condiciones económicas y la accesibilidad geográfica.

Lo anterior evidencia que no hay diferencia porcentual importante entre la búsqueda de ayuda médica occidental y la ayuda médica tradicional, revelando una importante influencia de la medicina tradicional en las madres de niños menores de cinco años con IRA's y obstáculos en la atención de los servicios de salud del hospital de Totoró.

En Sáenz<sup>171</sup>, las madres tardaron alrededor de 2 o 3 días para buscar la atención. Esta demora se debió, al igual que en este estudio, primero por una subestimación de la gravedad de los síntomas, seguido por la poca disponibilidad de recursos. Igualmente, en Burgoa<sup>172</sup>, la mitad de las encuestadas indican que tardarían en llevar al menor a la consulta en el centro salud porque esperarían a que el niño empeore para llevarlo, en este estudio además, el 65.8% refieren que acudiría al centro de salud, el 13.9% preferiría hacer una consulta con un yatiri (médico tradicional o curandero) y el 19% recurriría primero a la medicina tradicional. Gutiérrez<sup>173</sup>, indica también que las madres primero tratan al niño en el hogar, con tratamientos caseros, como agua de plantas medicinales, si con esos cuidados no logran mejorar, es allí donde recién acuden al Puesto de Salud de su localidad. Así mismo algunas de ellas mencionan que siguen un tratamiento mixto, es decir

utilizan la medicina tradicional con el tratamiento médico, y son menos frecuentes las consultas a curanderos, o al dependiente de la farmacia local.

Los servicios más utilizados por las madres fue consulta externa con el 84% y urgencias con el 8%. En consulta externa se encontró que las madres tienen preferencia por algunos médicos, evidenciándose en el 61% quienes esperaban ser atendidas por dos médicos en especial; en la atención esperaban ser atendidas con amabilidad, revivir medicamentos efectivos, a su vez indicaron asistir al punto de atención porque no tenían suficientes recursos económicos para pagar un médico particular.

En concordancia Cordero<sup>174</sup>, evidencia en su estudio que la madre espera que su niño sea atendido por un médico, mejor si es especialista y en otros casos hace referencia a un "médico de confianza" que en anteriores ocasiones atendió bien a su niño.

El 18% de las mujeres acuden inicialmente al médico tradicional para que sea él quien determine si el tratamiento se practica por medicina tradicional o medicina convencional; un 18% de las madres quienes percibían un diagnóstico de enfermedad popular como el mal viento o susto, busca inicialmente al médico tradicional para que las cure y un 8% de las mujeres quienes refirieron no observaron mejoría con el tratamiento practicado por los médicos del hospital recurrieron a la ayuda de la medicina tradicional, aunque finalmente todas las madres consultan con los médicos del hospital. La utilización de recursos del hospital varía según la percepción de la gravedad, encontrándose que un 86% consideran grave la persistencia de síntomas como la tos y la fiebre, a su vez, influencia la búsqueda temprana de ayuda médica, ya se encontró que un

Similarmente, en un estudio costarricense<sup>175</sup> que buscaba realizar una aproximación a la problemática de salud de algunos indígenas de una zona del país, se encontró que el uso de las plantas medicinales es el primer tratamiento terapéutico para las personas que acreditan la medicina tradicional como para quienes no la aceptan uso que se aprende por tradicional oral o por intervención del médico tradicional; esta población prefiere acudir al médico occidental para el tratamiento de la mayoría de enfermedades graves, pero tienen situaciones muy claras para buscar la ayuda del awá (medico tradicional), sobre todo las enfermedades culturales que no son diagnosticadas ni tratadas por un médico occidental.

Lo anterior hace necesario la articulación de los saberes para generar sinergia en la construcción de estrategias costo-efectivas tendientes a mejorar la salud respiratoria de la población infantil de Totoró.

En cuanto a las razones que las madres sostienen de no asistir inmediatamente o retrasar la búsqueda de ayuda médica, se encontró que ellas primero agotan la

ayuda que les puede proporcionarlos remedios caseros, periodo que se puede prolongar debido a la difícil accesibilidad geográfica; además, el desconocimiento de la urgencia por lo cual solo llevan a los infantes entre los días de semana al hospital, y si aún persisten los síntomas después de este periodo de tiempo, ya buscan la ayuda médica como segunda alternativa.

Acuña al respecto refiere en su estudio realizado en una zona indígena mexicana que la población antes de acudir a la "clínica médica", la enfermedad (resfriado, gripe, diarrea) normalmente se trata primero en la casa; si no hay mejora el siguiente paso suele ser recurrir a la medicina tradicional, y por último, si no hay más remedio, a la clínica u hospital.<sup>176</sup>

En el estudio un 34% de las madres compra medicamentos sin receta médica en las farmacias, principalmente porque consideran que los proporcionados por la IPS no son efectivos, también, porque la difícil situación económica no les permite pagar un transporte hacia el centro de salud, sobre todo en las zonas más apartadas, por lo cual es menos costoso la compra de medicamentos en las farmacias y tiendas locales. Es importante precisar que los medicamentos que más compran en la farmacia son para síntomas como la tos y la fiebre.

Igualmente, el 86 % de las madres afirman que usan remedios preparados en el hogar y el 6% señala que compraría medicamentos sin formula medica si su condición económica se lo permitiera.

En concordancia con lo anterior, el estudio de Soriano y colaboradores,<sup>177</sup> realizado con el propósito de conocer la frecuencia de automedicación en niños con IRA revela que el 58,8% fueron auto-medicados, esta práctica en el 85,1% de los casos lo llevó a cabo la madre y los principales medicamentos usados fueron los antihistamínicos, vasoconstrictores combinados con infusiones preparadas en el hogar. El estudio de Llanos,<sup>178</sup> encuentra en su estudio que la automedicación se realiza en el 36.19% de los hogares de bajos recursos, adquiriendo alguna medicación en el 66.18% de los casos en una farmacia privada. Los motivos más frecuente mencionados por la población para automedicarse fueron: "ya sé que recetan", "el farmacéutico sabe", "por hábito" y "evito pagar la consulta". En Durgawale,<sup>179</sup> quien realizó su estudio en una población de la India señala que el principal motivo para la automedicación fue el aspecto económico (60.53%).

### **Reconocimiento de las expectativas maternas de la atención medica recibida**

El 86% de las madres, independiente de la necesidad o no de medicamentos espera que el médico les recete un remedio que le alivie el síntoma de IRA que presenta el niño, lo que se corrobora con el estudio de Cordero<sup>180</sup> en el cual se encontró que las madres esperan que los médicos les receten medicamentos para una mejora rápida y efectiva, principalmente medicamentos inyectables y jarabes.

Por el contrario, en Alarcón<sup>181</sup> la mayoría de las madres esperan que al acudir al centro de salud el médico les hable acerca de la enfermedad, comprender más el problema y que examine al niño completamente.

El 52% de las madres no conocen los efectos de los antibióticos y un 22% no evidencian una diferencia entre los medicamentos antibióticos y los medicamentos sintomáticos, lo que se corrobora con el estudio de Ecker<sup>182</sup>, en el cual solo el 66% de las cuidadoras respondieron que los antibióticos son efectivos contra las bacterias y el 45% afirmaron que los antibióticos son efectivos para bajar la fiebre. Igualmente, Guerrero y Raigoza<sup>183</sup> encontraron en su estudio que el 47% de la población encuestada definen los antibióticos como medicamentos para tratar las infecciones, para el 37,6% son solo medicamentos y para el resto son medicamentos para tratar un síntoma o para prevenir enfermedades; en un menor porcentaje los participantes definieron el antibiótico con el nombre de fármacos que no corresponden al nombre de un antibiótico como son el Advil y el Cevedol. Coherentemente con Briceño<sup>184</sup> quien evidencia en su estudio que el 75,6% de los participantes refieren que los antibióticos cortan la infección en forma rápida, el 11% indica que calman el dolor, mientras el 9,9% señalan que sirve para tratar cualquier enfermedad.

Lo anterior evidencia que la mayoría de madres no identifican claramente los diferentes tipos de medicinas equiparando antibióticos y medicamentos sintomáticos, por tanto no pueden identificar el efecto y la forma de acción del remedio o medicamento, y sin duda alguna la principal preocupación de la madres es curar los síntomas de la IRA's

El 64% de las madres consideran que han fracasado los medicamentos cuando persisten los síntomas o empeora el estado de salud respiratoria del niño, se destaca que 62.5% de esta población buscan ayuda médica nuevamente y un 12,5% trata en casa o buscan medico tradicional.

Hay que considerar que un 20% de las madres suspende la administración de antibiótico, el que identificaron por la forma de prepararse, una vez mejora el estado de salud del niño, resultados similares al estudio de Guerrero<sup>185</sup> que se encontró que solo el 29,7% afirma que el uso adecuado de los antibióticos se hacen cuando se completa el tratamiento tal como la formula el médico. En contraste en Cordero,<sup>186</sup> del total de madres la mayoría cumplieron con el tratamiento, dos de ellas ni siquiera lo comenzaron y de ellas una –por la desconfianza que le dio la prescripción– inmediatamente recurrió a otro médico y tres madres indicaron que suspendieron el tratamiento. En Ecker<sup>187</sup> el 92% de las cuidadoras cumplieron con la dosis, 67% completaron la duración del tratamiento.

Igualmente, se encontró que un 40% de las madres solo asisten a consulta de control si el niño sigue enfermo, mientras que un 8% de las madres en caso de que siga el niño enfermo buscaría la ayuda de medico tradicional, resultado

similares al estudio de Cordero que encontró a la re-consulta una práctica poco frecuente en las madres o responsables del niño ya sea por falta de tiempo, porque el niño recupera su salud o porque el personal de salud no ha sido enfático en la recomendación de re-consulta.

Este aspecto es significativo y se encuentra fuertemente ligado a la calidad de la comunicación del médico-madre para que esta última tome conciencia de lo significativo de llevar al niño al control médico una vez iniciado el tratamiento y verificar su evolución.

En cuanto a otras acciones que las madres llevan a cabo para ayudar en la recuperación del menor se encontró que el 94% realiza más de una acción, destacándose el 72% quienes refieren brindar abrigo a su niña o niño, asimismo, las madres describen otras acciones de menor frecuencia pero igual de importantes para la recuperación de la salud como: darle remedio caseros, principalmente, calientes como son aromáticas de plantas medicinales, acciones similares encontradas en el estudio de Honorio<sup>188</sup> quien encontró que muchas madres proporcionan líquidos tibios y abrigo adecuado para la mejoría y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas, al igual que otras prácticas casera como la frotaciones e infusiones de hierbas siendo estas medidas solo de apoyo .

#### **Identificación de situaciones de comunicación de proveedores –madres en función de esas expectativas**

En relación a la información y perspectivas de los trabajadores de salud sobre el reconocimiento materno de signos que motiven la búsqueda de atención médica, se encontró que el 72% de los trabajadores de salud consideran la existencia de tardanza significativa que termina en IRA's graves o complicaciones que se pueden prevenir, además, que las tradiciones culturales están relacionadas a esa tardanza de la madre para la búsqueda de ayuda médica, argumentaciones similares al estudio de Burgoa<sup>189</sup> quien encontró que el 63% primero solicita consejos a sus allegados y solo en el 24% de los casos los consejos estaban encaminados a buscar ayuda médica, la distancia es el principal factor que informan las madres para no buscar ayuda médica oportuna, al igual que el papel de la medicina tradicional que es la primera alternativa de tratamiento.

En cuanto a la opinión de los trabajadores de salud sobre los signos y síntomas que prestan atención las madres de los niños de IRA's se encontró que el 86% acuden por fiebre acompañada de otros síntomas en especial la tos, en los niños lactantes el hecho de no amamantarse, resultados similares al estudio de Kindelán<sup>190</sup> quien encontró que para las madres los síntomas más graves fueron fatiga y fiebre alta, seguidos, en orden de gravedad, por tos seca, "hervor de pecho", dificultad para respirar, respiración ruidosa y respiración lenta, dificultad para mamar, irritabilidad ("ponerse loquito") y pérdida del conocimiento ("estar

privado"). Sin embargo, el síntoma que más incitaba a las madres a buscar atención era la tos, responsable de 56% de las consultas.

En relación a la comunicación del personal de salud con las madres se encontró que el 72% del personal no acude al término directo de las representaciones clínicas de IRA baja, emplea más términos descriptivos de signos y síntomas temprano de alarma de neumonía como “hundimiento costillas” para tiraje subcostal, “el niño está caliente o suda” para la fiebre, entre otros, resultados similares al estudio de Cordero<sup>191</sup> quien identificó dos situaciones particulares en la interacción entre la madre y el médico, la primera la falta de decisión del personal de salud para decir a la madre la magnitud de la gravedad del niño –en los casos de neumonía y neumonía grave– por temor a la reacción de alarma por parte de ella y por otro lado, la poca importancia que se le asigna a la comunicación con la madre por lo que no crea un ambiente de diálogo y confianza.

Sobre los consejos de alimentar al niño, aumentar los líquidos y calmar el dolor de garganta se encontró que el 100% de los trabajadores consideran importantes estos consejos dentro de las instrucciones para la atención en el hogar, en las historias clínicas no se evidencia estas instrucciones, estos resultados son similares a los encontrados por Cujíño<sup>192</sup> donde del total de los agentes de salud el 88,4% conoce las medidas de apoyo para el manejo de IRA's y el 97,7% brinda instrucciones a las madres para su manejo en casa. Según el Boletín AIEPI de la OMS<sup>193</sup>, se recomiendan al personal sanitario dar recomendaciones a las madres de niños con IRA's para aliviar el dolor de garganta y mitigar la tos remedios caseros inocuos: para los niños alimentados solo con leche materna, no darle otros líquidos ni remedios. Para los niños que reciben otros alimentos sugieren buscar otras alternativas con la madre sobre los remedios que ella puede preparar en casa como aquellos a base de hierbas aromáticas, té, miel u otros ingredientes inocuos.

Para la redacción de mensajes presentado en las instrucciones en el hogar se encontró que el 72% de los trabajadores consideran que se deben redactar armonizando los términos médicos con aquellos que las madres y la comunidad distinguen, para lo cual toman algunos términos de uso de las madres y la comunidad para construir los mensajes relacionados a la identificación de signos clínicos para búsqueda de ayuda médica, resultados similares al estudio de Burgoa,<sup>194</sup> en el cual se evidenciaba la falta del reconocimiento de los signos de alarma por parte de las madres residentes de área rural, considerando el nivel educativo que no incluía el analfabetismo, el autor sugiere que en el diseño de las estrategias de comunicación se enfatice la utilización de medios impresos para la entrega de los mensajes educativos. De igual manera, en los estudios realizados en diferentes países por la OMS<sup>195</sup> con el propósito de descubrir los términos y conceptos comunes de las enfermedades asociadas con IRA dadas por las poblaciones, señala que los proveedores de salud hacen uso de estos términos a la hora de dar consejos a las madres sobre el tratamiento, considerando que en

Vietnam solo el 12% de las madres recordaron instrucciones cuando el mensaje utilizado por el proveedor empleaba el termino directo de “respiración rápida”, mientras que el 27% recordó el mensaje cuando en éste se empleo términos locales como “respiración fuerte o cansada”, por lo cual los expertos en comunicación ayudaron en el diseño o mejora de estrategias de comunicación incorporando términos y conceptos locales que permitieran la comprensión de las instrucciones de cuidado en el hogar, identificación de signos de gravedad y búsqueda de ayuda médica oportuna.

El 100% de los trabajadores de salud refieren que madres siempre esperan medicamentos en la consulta médica, que cuando no es necesario la formulación de medicamentos, los médicos dedican el tiempo necesario para explicarles las razones de la no prescripción, hallazgos similares en el estudio de Macfarlane<sup>196</sup> quien evidencia que comúnmente los pacientes con enfermedad respiratoria piensan que su problema fue causado por una infección (85%) esta población considera que solo los medicamentos, especialmente los antibióticos podrían ayudarlos a sanar (87%), además este estudio arrojó que el 29% de los pacientes que deseaban los antibióticos, pero no se los prescribieron no estaban satisfechos con la consulta y el 16% solicitó una nueva consulta de la misma enfermedad en 4 semanas.

Además, se encontró que el 86% de los trabajadores de salud, en cuanto a las expectativas maternas de remedios para la tos y el resfriado, ellas siempre esperan medicamentos que alivien la tos, hallazgos similares al estudio de la OMS<sup>197</sup> sobre el tratamiento de las infecciones respiratorias en niños, en el cual se indica que las madres suelen llevar a los niños con IRA a recibir asistencia médica por síntomas que consideran preocupantes principalmente la tos, la fiebre, el dolor de garganta o la congestión nasal, buscando la prescripción de medicamentos tanto para el alivio del malestar y como respuesta al temor de una enfermedad potencialmente grave, sin entender los mecanismos de defensa hacia esta infecciones y sin tener en cuenta que una “cura” no existe, por lo cual los trabajadores de la salud gastan una cantidad significativa de tiempo cuidando a los niños que presentan estos síntomas y se encuentran bajo la presión de tratarlos con “algo”, ya que en muchos casos las personas que padecen de resfriados ingieren una amplia variedad de medicamentos de venta libre con lo que esperan curar la enfermedad o aliviar los síntomas, en especial la tos, esta terapia se administra en los niños basados en la experiencia del adulto sin tener en cuenta los riesgos.

El 86% de los trabajadores consideran que es importante administrar medicamento cuando la condición lo amerite, pero generalmente los medico casi siempre formulan algún medicamento así sea vitamina C en una consulta de IRA que no necesita medicamentos, otro caso es cuando el niño tiene riesgo de adquirir una IRA grave asociada a desnutrición o el riesgo de adquirir dolor de garganta o fiebre.

## CONCLUSIONES

El análisis de los resultados del estudio permiten establecer las siguientes conclusiones:

Los signos y síntomas de IRA que más inquietaban a las madres y las impulsaba a buscar ayuda fueron la tos, la fiebre (no cuantificada). Sin embargo, las madres también consideraban otros signos o síntomas como graves, aunque no eran precisamente de IRA, entre otros, el vómito, la falta de apetito del niño(a), el llanto excesivo, la somnolencia o “desgano”, aunque esta percepción variaba de acuerdo a la edad del menor; en los niños más pequeños (menores de un año), las madres prestaban más atención cuando el bebé dejaba de recibir leche materna y la irritabilidad extrema.

A pesar que para el tratamiento de la IRA, especialmente las IRAG, la caracterización de los signos se fundamenta en la respiración rápida o taquipnea y el tiraje subcostal, que indican la búsqueda de ayuda médica urgente, pocas madres del municipio de Totoró caracterizaron estos signos y su condición de gravedad, que estimulara la búsqueda de atención porque consideraban que estos signos se derivaban de la fiebre o de la tos. Solo dos madres consideraron estos signos como suficientemente graves para buscar atención médica urgente.

El estudio evidencia que las interpretaciones de sintomatología y prácticas de las madres con respecto a la IRA fueron inadecuadas, es clara la necesidad de efectuar y fortalecer acciones educativas en la comunidad. En la prevención de la manifestación de las IRA y sus complicaciones se requiere que la madre, como cuidador principal, adquiera precisos conocimientos e interpretaciones en la identificación de la IRA, sus causas y los signos y síntomas que indican acudir de forma urgente a los servicios médicos, además, el tratamiento adecuado en el hogar una vez el niño(a) presenta la enfermedad sobretodo en el manejo de la fiebre, la alimentación, la hidratación, la tos, la permanente atención de signos de alarma y el tratamiento para la obstrucción nasal.

Las madres como primera medida, tratan al niño(a) en el hogar con remedios caseros y en algunos casos auto medicándolo. Si el menor no responde favorablemente al tratamiento, es común que las madres acudan a consejeros, especialmente a personas miembros del núcleo familiar y en algunos casos, haciendo uso de sus prácticas ancestrales como las provistas por el médico tradicional.

Cuando las madres acuden a la medicina tradicional, advierten que este médico les indica si él es más idóneo para proporcionarle tratamiento al menor o si por el contrario se requiere de medicina occidental. Es aquí cuando la madre ya toma la decisión de buscar ayuda médica, cuando ya agota todos sus esfuerzos y cuando el niño(a) exterioriza signos/síntomas de gravedad.

Con respecto al tratamiento, lo que esperan las madres es una mejoría pronta y efectiva en el menor, que de acuerdo a ellas, se logra a través de abundante medicación para cada uno de los síntomas que presenta el menor; también las madres buscan que el médico les recete remedios que el niño(a) no pueda rechazar, que sean de calidad e idealmente, que no los hayan probado anteriormente (considerando en la mayoría de casos fracasos en la medicación). Otra expectativa se denota en que el tratamiento es efectivo si se observan resultados positivos en el menor en menos de una semana, es decir, si los medicamentos hacen efecto en este tiempo son considerados buenos y se sigue el tratamiento tal como el médico lo prescribió, de no darse este caso, las madres optan por abandonar el tratamiento y buscar otras alternativas, como el tratamiento casero o la medicina tradicional.

Las madres siempre esperan un medicamento tras la consulta médica, insisten que se les envíe medicación para síntomas como la fiebre y la tos, que evidencien mejoría en poco tiempo, según ellas, solo se logra cuando el médico les receta más de un medicamento o se prestan otras medidas de apoyo como la vaporización.

Las madres esperan que su hijos(as) los atiendan un médico experimentado, por ello solicitan más los servicios de aquellos médicos que llevan mucho tiempo en la institución, en otros casos se refieren a un “médico de preferencia” que en otras oportunidades atendió de manera adecuada a su niño(a) y por tal les ofrece mayor seguridad y confianza.

La comunicación proveedor de salud-madre indicó una disposición definida a acciones como: informar a la madre del menor sobre el diagnóstico siendo claro en la levedad o gravedad de la patología con terminología simple y llana, también a ofrecer una explicación limitada sobre cómo administrar la medicación, sin considerar una retroalimentación para comprobar su comprensión. El personal procura explicar a la madre la identificación de los signos y síntomas de alarma a los cuales se les debe prestar atención, indicándole la importancia de buscar ayuda médica urgente.

En el aspecto de volver a consultar, es notorio lo poco común de esta práctica en las madres, principalmente, porque ellas expresan sus inconvenientes en cuanto a la accesibilidad geográfica, disponibilidad económica, también, porque el menor ha recuperado su salud y por tal no consideran necesario volver a consultar hasta una nueva recaída. Sin embargo, aun no es claro que tan enfático es el personal de salud ante esta recomendación de re-consultar aunque el menor se mejore, que permita a la madre tomar conciencia de la importancia de volver a valorar sobretodo los casos de IRAG una vez iniciado el tratamiento.

## RECOMENDACIONES

Después de llevar a cabo la presente investigación y considerando las conclusiones expuestas es necesario sugerir algunas recomendaciones:

Es necesario hacer un énfasis en una buena nutrición y hacer recomendaciones en consenso con la comunidad y la familia, sobre la clasificación de alimentos en fríos y calientes y la clasificación como fría en la generalidad de las enfermedades respiratorias.

Iniciar en conjunto la comunidad, la familia, madres y personal medico procesos de capacitación sobre automedicación y entendimiento sobre cuándo es necesario el suministro de medicamentos por el personal medico para tratamientos de infecciones respiratoria agudas graves, debido a que la automedicación y el suministro de medicamento cuando no es necesario se configura en un riesgo para la salud de la población infantil

Fortalecer los programas de AIEPI clínico en personal de la E. S.E Popayán y AIEPI comunitario en la población de Totoró, enfatizando en el reconocimiento materno de signo y síntomas de alarma de Infección respiratoria aguda grave para la búsqueda de ayuda medica.

Se requiere una efectiva contribución de los entes territoriales y estatales para la superación progresiva de las necesidades básicas insatisfechas y factores sociales de la región que favorecen la mala salud de la población infantil: analfabetismo, pobreza, marginamiento, educación intercultural, deficientes vías de comunicación, desnutrición, bajas coberturas en salud.

Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud de la población infantil, en especial la población de cero a cinco años, a través estrategias de consulta extramural basada en mapa de riesgo para IRAG

Iniciar procesos de acercamiento y dialogo de saberes entre la medicina occidental y la medicina tradicional con el propósito de mejorar conjuntamente indicadores de salud respiratoria infantil.

Revisar en conjunto con las autoridades indígenas de Totoró y sus organizaciones, algunas posturas frente a temas que definitivamente coadyuvan en la ocurrencia elevada de complicaciones de las infecciones respiratorias en la población infantil de la región.

El personal de salud junto a líderes locales responsables del cuidado de salud del niño debe capacitarse en cuidados tradicionales o locales de cuidado del niño en

casa, e igualmente modelos de búsqueda de ayuda médica que utilizan las madres, para poder así orientar adecuada y oportunamente la búsqueda de ayuda médica que realizan las madres.

Capacitar al personal de salud de la E.S.E Popayán Punto de atención Totoró, en estrategias y técnicas de comunicación interpersonal en consejería de cuidado del infante tendiendo a favorecer de manera positiva la búsqueda de ayuda medica oportuna para niño menores de cinco años con Infección Respiratoria Aguda Grave

Fomentar la enseñanza de competencias y habilidades sociales, que repercutan en cambio de actitudes negativas y desestimulen las prácticas de riesgo en IRAG

Articular las estrategias de educación convencional con educación alternativa para la promoción hábitos saludables de salud respiratoria y prevención de complicaciones de IRAG en niños menores.

Convocar a los actores sociales, que ofrezcan mayor apertura y empoderamiento de las estrategias interculturales de cuidado de salud respiratoria de los niños menores de cinco años del municipio de Totoró.

Fortalecer las estrategias de educación de base comunitaria que generen procesos de enseñanza aprendizaje, apartar de la recuperación de prácticas comunitarias claves.

Se deben realizar estudios complementarios a este, que visibilicen las voces de los proveedores de medicina ancestral para obtener otro enfoque del entendimiento del problema de investigación.

En lo relacionado a las interpretaciones de la sintomatología respiratoria se requiere una investigación mas profunda para develar interpretaciones mas precisas.

En futuros estudios de percepciones y entendimientos maternos de IRAG se recomienda tener en cuenta las etnias y la religión de la población sujeto de estudio.

Investigar sobre criterios y valoraciones de la gravedad de las enfermedades que se manejan al interior de los contextos culturales.

## ANEXOS

### A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Carlos Iván Salazar Villamarín, FT. Esp.

**TITULO DEL PROYECTO:** Percepciones y entendimientos que tienen las madres sobre la Infección Respiratoria Aguda en niños menores de cinco años que ingresan a la E.S.E Popayán - Punto atención Totoró - Cauca, 2011.  
Investigación a realizar como requisito de grado de la Maestría en Salud Pública de la Universidad del Valle del estudiante Carlos Iván Salazar Villamarín,

**INFORMACIÓN Y FORMATO DE CONSENTIMIENTO:** La Universidad del Valle, informa la realización de un estudio en la población Totoró Cauca, cuyo propósito es identificar las percepciones y entendimientos que tienen las madres sobre la Infección Respiratoria Aguda en niños menores de cinco años que ingresan a la E.S.E Popayán- Punto Atención Totoró durante el año 2011.

**PROCEDIMIENTO:** La persona participante es libre de decidir si quiere o no ser encuestada y entrevistada. Si decide participar se compromete a lo siguiente: dar información sobre la historia médica del niño, la ocupación actual, los hábitos, las creencias y prácticas de Infección Respiratoria Aguda. Además, en caso de tener acceso al servicio de teléfono, atender las llamadas telefónicas que puedan hacer los investigadores con el fin de conocer el estado de salud del niño.

**RIESGOS:** Las entrevistas y encuestas que se apliquen no generarán ningún tipo de riesgo físico. La entrevista podría originar en el participante algún tipo de incomodidad con respecto a la disposición del tiempo, por lo cual las entrevistas y encuestas se programarán de acuerdo a los tiempos establecidos por el participante.

**COSTOS:** No se cobrará ningún dinero por participar en este estudio. Los costos del procesamiento de la información serán cubiertos por el estudio. En caso de ser necesario, los costos de exámenes adicionales o de visitas al médico, serán cubiertos por la EPS a la que se encuentre afiliado el participante.

**BENEFICIOS:** Los beneficios de participar en este estudio incluyen la consejería realizada en cuanto al cuidado en casa de niños con Infección Respiratoria Aguda, reconocimientos de signos y síntomas tempranos de Infección Respiratoria Aguda grave como la neumonía, bronquitis y bronquiolitis, sin ningún costo. Los

resultados de este estudio podrían facilitar la identificación de modelos de búsqueda temprana de ayuda médica en caso de enfermedad respiratoria aguda en niños menores de cinco años.

**DERECHOS:** La persona es libre de rehusar a participar en el estudio o retirarse en una fecha posterior sin afectar los servicios médicos que estén usualmente disponibles, si en un futuro llegase a necesitarlos.

**CONFIDENCIALIDAD:** La información que se obtenga será confidencial y no se mencionará el nombre ni ninguna otra información en publicaciones relacionadas con este estudio. Se guardará privacidad acerca de la información que pueda identificarlo, hasta donde lo permita la Ley.

**COMPENSACIÓN:** Los participantes no recibirán compensación económica (dinero) por realizar la encuesta y entrevista de Percepciones y entendimientos que tienen la madres sobre la Infección Respiratoria Aguda en niños menores de cinco años que ingresan a la E.S.E Popayán - Punto atención Totoró Cauca, 2011. Los problemas no relacionados con la realización de la encuesta y la entrevista no están cubiertos por el estudio.

**PERSONAS A CONTACTAR:** Si tiene alguna otra pregunta o problema que considere debe consultar por favor contacte a Carlos Iván Salazar Villamarin en la calle 8 N 21 a 62 al teléfono (0928)212103 de Popayán o al celular 3107783566 e-mails: carlossalazarvillamarin@hotmail.com- Popayán-Cauca, Colombia.

**ACEPTACION:** He leído o se me ha leído la aceptación anterior. He tenido oportunidad de preguntar acerca de las encuestas y entrevistas cualitativas para identificar las creencias y practicas sobre cuidado en Infección Respiratoria Aguda en menores de cinco años y todas las preguntas han sido contestadas a mi entera satisfacción. Voluntariamente consiento en que se me aplique las entrevistas y entiendo que tengo el derecho de cambiar mi decisión cuando así lo desee y en cualquier momento, sin que se me afecten mis derechos para el cuidado de mi salud.

**FIRME** (o coloque su huella) si libremente decidió hacer parte de este estudio.

	<b>Nombre (en letra clara)</b>	<b>Lugar y fecha (día/mes/año)</b>	<b>Firma o huella digital</b>
Participante			

**FIRME:** (o coloque su huella digital) abajo si usted libremente decidió ser parte de ese estudio.

	<b>Nombre (en letra clara)</b>	<b>Lugar y fecha (día/mes/año)</b>	<b>Firma o huella digital</b>
Participante			

**TESTIGO:** Observé el proceso de consentimiento. El potencial participante, o su padre o acudiente, leyó este formato (o le ha sido leído), tuvo oportunidad de hacer preguntas, estuvo conforme con las respuestas y firmó (o colocó su huella digital) para participar en este estudio.

**FIRME:** (o coloque su huella digital) abajo

	<b>Nombre (en letra clara)</b>	<b>Lugar y fecha (día/mes/año)</b>	<b>Firma o huella digital</b>	<b>Parentesco con el participante</b>
Testigo 1				
Testigo 2				

**B. ENCUESTA PERCEPCIONES Y ENTENDIMIENTOS QUE TIENEN LA MADRES SOBRE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS QUE INGRESAN A LA E.S.E POPAYÁN PUNTO ATENCIÓN TOTORÓ-CAUCA, 2011.**

Registro No \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Nombres completos: \_\_\_\_\_

Corregimiento: \_\_\_\_\_ Vereda: \_\_\_\_\_

Ubicación de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
No tiene: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Años cumplidos: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Género: 1. Femenino \_\_\_\_\_ 2. Masculino \_\_\_\_\_

Adscripción étnica 1. \_\_\_\_\_ Indígena \_\_\_\_\_ 2. Negritud \_\_\_\_\_ 3. Mestiza \_\_\_\_\_

Régimen de afiliación: 1. Contributivo \_\_\_\_\_ 2. Subsidiado \_\_\_\_\_ 3. Vinculado \_\_\_\_\_  
4. No tiene \_\_\_\_\_

E.P.S: \_\_\_\_\_

Estado civil: 1. \_\_\_\_\_ Casado 2. \_\_\_\_\_ Soltero 3. \_\_\_\_\_ Unión libre  
4. \_\_\_\_\_ Viudo 5. \_\_\_\_\_ Divorciado 6. \_\_\_\_\_ Separado.

Escolaridad: 1. \_\_\_\_\_ Primaria Completa 2. \_\_\_\_\_ Primaria Incompleta  
3. \_\_\_\_\_ Bachillerato completo 4. \_\_\_\_\_ Bachillerato completo

Tiempo que reside en Totoró. 1. \_\_\_\_\_ Entre 6 meses y un año 2. \_\_\_\_\_ Más de un año

**C. INSTRUMENTO N°1. ENTREVISTA CUALITATIVA DE PERCEPCIONES Y ENTENDIMIENTOS QUE TIENEN LA MADRES SOBRE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS QUE INGRESAN A LA E.S.E. POPAYÁN - PUNTO ATENCIÓN TOTORÓ-CAUCA, 2011.**

**CONDICIONES:**

- La información que usted proporcione es voluntaria.
- La información no será utilizada de manera individual
- Los datos personales serán confidenciales
- El entrevistado puede negarse a responder o retirarse cuando lo desee

**Encuesta No.** \_\_\_\_\_

**Datos de la madre o responsable:**

Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

**1. PRÁCTICA PARA LA ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN EL HOGAR**

Preguntas para la madre o persona encargada del niño(a), cuando un niño(a) menor de 5 años tiene una Infección Respiratoria Aguda:

<b>1.1.</b> ¿Quién atiende al niño, en el grupo familiar?	
<b>1.2.</b> ¿Cuándo el niño(a) tiene enfermedad respiratoria, le aumenta el suministro de líquidos?	
<b>1.3.</b> ¿Modifica la cantidad y el tipo de alimentos que dan al niño(a) durante la enfermedad?	
<b>1.4.</b> ¿Modifica la cantidad o el tipo de alimentos que dan al niño(a) la siguiente semana a la enfermedad?	
<b>1.5.</b> ¿Compra antibióticos u otros medicamentos para tratar las infecciones respiratorias agudas?	
<b>1.6.</b> ¿Emplea algún remedio (preparado en el hogar o comprado) para tratar la tos?	
<b>1.7.</b> ¿Considera que los remedios preparados o adquiridos en las farmacias, presentan algún riesgo para el niño(a)?	

1.8. ¿Qué le dicen los vendedores de plantas medicinales o medicinas, o los farmacéuticos acerca de las medicinas para el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas?	
1.9. ¿Cuándo el niño(a) es menor de dos meses como lo abriga o arropa?	
1.10. ¿En qué se diferencian los tratamientos que hacen en el hogar? <ul style="list-style-type: none"> <li>• El del lactante de dos meses.....</li> <li>• Al del lactante mayor de dos meses.....</li> <li>• Al del niño(a) de 1 a 4 años.....</li> </ul>	

**2. RECONOCIMIENTO E INTERPRETACION DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS, SEGÚN MADRE O PERSONA QUE CUIDA AL NIÑO.**

2.1 ¿Reconoce la respiración rápida (frecuencia respiratoria)? ¿Reconoce solo la respiración muy rápida o cualquier forma de respiración rápida?.....	
2.2 ¿Reconoce cuando hay dificultad para respirar?..... ¿Qué términos se utilizan para denominar las dificultades en la respiración?.....	
2.3 ¿Distingue entre la respiración rápida o la dificultad para respirar provocada por un bloqueo nasal de nariz y la respiración rápida o dificultad para respirar debido a un problema (infección) en el tórax?.....	
2.4 ¿Considera que la respiración rápida o la dificultad para respirar son signos serios y una indicación para buscar rápidamente atención médica?	
2.5 ¿Sabe que la respiración rápida o dificultad para respirar pueden ser signos de una enfermedad que amenaza la vida?	
2.6 ¿Sabe que es sibilancia, la reconoce? ¿Este es un signo que las lleva a buscar la atención médica?	
2.7 ¿Qué otros signos considera que son lo suficientemente graves como para buscar atención?	
2.8 ¿Qué signos y síntomas considera lo suficientemente graves en los lactantes menores de dos meses como para buscar atención?	

<p><b>2.9</b> ¿Es consciente que los lactantes menores de 2 meses pueden enfermar y morir rápidamente por una infección respiratoria?</p>	
---	--

### 3 MODELOS DE BUSQUEDA DE ATENCION

<p><b>3.1</b> ¿Quién decide cuando los niños(as) enfermos necesiten tratamiento fuera del hogar?</p>	
<p><b>3.2</b> ¿Quién decide a que trabajador de salud o establecimiento de salud se debe recurrir?</p> <p>¿En qué medida la elección del prestador está basada en la definición familiar de la enfermedad o los síntomas?</p>	
<p><b>3.3</b> ¿Usted cree que existen grupos de madres o de familias que recurren o prefieren sistemáticamente un tipo de trabajador de salud frente a otro?</p>	
<p><b>3.4</b> ¿Quién lleva al niño para que reciba atención?</p>	
<p><b>3.5</b> ¿A quién acude primero, y en qué momento se busca la atención médica?</p>	
<p><b>3.6</b> ¿Cómo varía la búsqueda de atención según la percepción de la gravedad de la enfermedad y la edad del niño(a)?</p>	
<p><b>3.7</b> ¿Cree que hay tardanza para buscar la atención médica?, ¿cuáles son las razones, podrían modificarse trabajando con los curanderos tradicionales o mediante mensajes educativos?</p>	

#### 3.7 Con respecto a los lactantes menores de dos meses:

<p><b>3.7.1</b> ¿Se los saca del hogar para que reciban atención en un establecimiento de salud?</p>	
<p><b>3.7.2</b> ¿Cuáles son los pasos y el momento en que se busca atención?</p>	

#### 4. EXPECTATIVAS DE LAS MADRES EN CUANTO AL TRATAMIENTO DE LAS IRA Y A SU CUMPLIMIENTO

4.1 ¿Qué esperan cuando busca atención por un trabajador de la salud para un niño(a) con infección respiratoria aguda?	
4.2 ¿Qué efectos espera que tengan los antibióticos?	
4.3 ¿Qué efectos espera de los remedios contra la tos y el resfriado?	
4.4 ¿Qué espera que hagan los medicamentos para bajar la fiebre (tales como el dolex, acetaminofén)?	
4.5 ¿Con que rapidez espera que se produzcan estos efectos?	
4.6 ¿En qué momento considera que la medicación ha fracasado y se necesita otro tratamiento?	
4.7 ¿Cuándo terminan de administrar los medicamentos? ¿Completan el tratamiento o solo se lo dan al niño(a) hasta que mejora?	
4.8 ¿En qué momento regresa con el niño(a) al centro de salud?	
4.9 ¿Además del tratamiento con medicamentos, que otras acciones ayudan a la recuperación?	

**D. INSTRUMENTO No.2. ENTREVISTA CUALITATIVA A TRABAJADORES DE SALUD SOBRE PERCEPCIONES Y ENTENDIMIENTOS QUE TIENEN LA MADRES SOBRE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS QUE INGRESAN A LA E.S.E POPAYÁN - PUNTO ATENCIÓN TOTORÓ CAUCA, 2011.**

**CONDICIONES:**

La información que usted proporcione es voluntaria.

La información no será utilizada de manera individual

Los datos personales serán confidenciales

El entrevistado puede negarse a responder o retirarse cuando lo desee

**1. INFORMACION Y PERSPECTIVA DE LOS TRABAJADORES DE SALUD SOBRE EL RECONOCIMIENTO MATERNO Y LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN**

2. ¿Quiénes son los trabajadores de salud que atienden a los niños con Infección Respiratoria Aguda?	
3. ¿Cuántos trabajadores y de que especialidad hay en el Punto de Atención Totoró de la Empresa Social del Estado Popayán E.S.E ?	
4. ¿Qué trabajadores de salud están autorizados para suministrar antibióticos?	
5. ¿Quién más suministra antibióticos?	
6. ¿Cómo han sido entrenados?	
7. ¿Consideran los trabajadores de salud que la tardanza de las madres para buscar atención es significativa desde el punto de vista médico?	
8. ¿Cuáles son a su juicio los motivos?	
9. ¿Este juicio difiere según la edad del niño?	
10. ¿En opinión de los trabajadores de salud, a qué signos y síntomas presentan atención las madres de los niños con una IRA?	
11. ¿Qué términos emplean actualmente los trabajadores de salud para comunicarse con las madres cuando se refieren a las infecciones respiratorias agudas?	

## E. COMUNICACIÓN CON LAS MADRES

Objetivo: Obtener información clave de que afecta la comunicación con las madres, por parte de los trabajadores de salud.

### CONDICIONES:

La información que usted proporcione es voluntaria.

La información no será utilizada de manera individual

Los datos personales serán confidenciales

El entrevistado puede negarse a responder o retirarse cuando lo desee

<b>12.</b> ¿Qué término o frase de uso local que denotan signos y síntomas o categorías de padecimientos indicativos de neumonía recomiendan que se empleen para decirles a las madres cuando deben buscar atención para un niño con IRA?	
<b>13.</b> ¿Son apropiados los consejos de alimentar al niño, aumentar los líquidos y mitigar el mal de garganta y calmar la tos, dentro de las instrucciones para atención en el hogar?	
<b>14.</b> ¿Cómo deben redactarse los mensajes presentados en las instrucciones en el hogar a fin que se adecuen al lenguaje y cultura locales?	
<b>15.</b> ¿Qué sugerencia se pueden hacer acerca de cómo los trabajadores de atención de salud pueden comunicarse con las madres cuando no es necesario que prescriban medicamentos u otros tratamientos que las madres esperan recibir?	
<b>16.</b> ¿Cuáles son las expectativas maternas en cuanto a los remedios contra la tos y el resfriado?	
<b>17.</b> ¿Cuán importante es administrar un remedio en una visita a la clínica?	
<b>18.</b> ¿Qué recomendaciones se pueden hacer sobre las características de ese remedio?	

## BIBLIOGRAFÍA

- 
- <sup>1</sup>Reyes MA, Aristizabal G, Leal FJ. Neumología pediátrica. Infección, alergia y enfermedad respiratoria en el niño. 5ª edición. Médica Panamericana S.A; 2006.
- <sup>2</sup> Correa JA. Insectología y neumología. Fundamentos de pediatría. Medellín: Corporación para la investigación biológica; 2006: 344.
- <sup>3</sup>Michaud CM, Murray CJ, Bloom BR. Burden of disease--implications for future research; 2001: 285,535.
- <sup>4</sup> Colombia. Ministerio de Salud. Acuerdo Número 117 de 1998, enero 22, por el cual se aprueba el Acuerdo número 032 del 15 de diciembre de 1997 de la Junta Liquidadora del Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional, Inssponal. Bogotá: El Ministerio; 1998.
- <sup>5</sup> Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 00412 de 2000, febrero 25. Bogotá: El Ministerio; 2000.
- <sup>6</sup> OPS Colombia. Índice de Boletines 2004.([www.col.ops-oms.org/indice de Boletines2005.asp](http://www.col.ops-oms.org/indice%20de%20Boletines2005.asp). Fecha de acceso 25.09.10)
- <sup>7</sup> OPS Colombia. Boletín Epidemiológico, Vol. 22 No. 4: Situación de salud en Colombia - Indicadores básicos OMS, OPS 2007. ([www.paho.org/spanish/sha/be\\_v22n4-indicadores.htm](http://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n4-indicadores.htm). Fecha de acceso 26.09.10)
- <sup>8</sup> Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de la infección respiratoria aguda grave y enfermedad similar a influenza (IRAG-ESI). 2007.
- <sup>9</sup> DANE, Dirección de Censos y Demografía, Registro de defunciones y nacimientos del año 2005.
- <sup>10</sup> Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de la infección respiratoria aguda grave y enfermedad similar a influenza (IRAG-ESI) 2007.
- <sup>11</sup>Smith KR, Samet JM, Romieu I, Bruce N. Indoor air pollution in developing countries and acute lower respiratory infections in children.Thorax. 2000 Jun; 55(6):518-32.
- <sup>12</sup> Peña M. Desnutrición y Pobreza: un grave problema. [Presentación powerpoint]. PERÚ: OPS y la oficina regional de la OMS. 2006.

---

<sup>13</sup> Ministerio de la Protección Social. Plan Nacional para la Niñez y la Adolescencia 2009-2019. 2009.

<sup>14</sup> Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 1098 de 2006, noviembre 8, por el cual se expide el código de la infancia y la adolescencia. Bogotá: El Consejo; 2006.

<sup>15</sup> Ministerio de la protección social. Organización Panamericana de la Salud. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Cuadro de Procedimientos. Santa Fe de Bogotá. 2000.

<sup>16</sup> Ministerio de Salud. UNICEF/OPS/OMS. Manual para el Voluntario, Responsable de la Unidad de Atención de Infección Respiratoria Aguda Comunitaria UAIRAC. Santafé de Bogotá, D.C., junio de 1997.

<sup>17</sup> PNUD. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, declaración del Milenio (2000). ([www.undp.org/spanish/mdg/basics.shtml](http://www.undp.org/spanish/mdg/basics.shtml)). Fecha de acceso 26.09.10).

<sup>18</sup> Implantación, Monitoreo y Seguimiento de las Acciones de Control de las IRA en el Contexto de la Atención Integral al Niño: Indicadores Seleccionados según las Metas de la Cumbre en Favor de la Infancia. Washington, D.C.

<sup>19</sup> Control de las Infecciones Respiratorias Agudas. Informe de la octava reunión del Grupo Técnico Asesor. Ginebra, 15 a 19 de III de 1993. - Washington, D.C. OPS /OMS/HPM/ARI/16-93.

<sup>20</sup> Barten F, Flocey W, Hardoy A. La inequidad en salud, hacia un abordaje integral. Buenos Aires. 2008: 51. ([www.iied-al.org.ar/libro\\_salud.pdf](http://www.iied-al.org.ar/libro_salud.pdf)). Fecha de acceso 29.09.10).

<sup>21</sup> Mulholland EK, Smith L, Carneiro I, Becher H, Lehmann D. Equity and child-survival strategies. Bull World Health Organ [serial on the Internet]. 2008 May [cited 2011 Apr 08] ; 86(5): 399-407. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0042-96862008000500018&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862008000500018&lng=en). doi: 10.1590/S0042-96862008000500018.

<sup>22</sup> Tabares E. Ciencia al día AUPEC. Población indígena, en riesgo de desaparecer. Cali: Universidad del Valle; 2004 Consultado: 05 de abril de 2011. Disponible en: <http://aupec.univalle.edu.co/informes/mayo97/boletin37/indigena.html>

---

<sup>23</sup> Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Dirección censo y demografía 2008.

<sup>24</sup> Secretaría de Salud Municipal. Alcaldía de Totoró. Plan Territorial de Salud 2008-2011.

<sup>25</sup> ESE Popayán. Punto de atención Totoró. Libro de registro en urgencias pediátricas. Enero a diciembre de 2010.

<sup>26</sup> Etnografía del Pueblo Indígena de los Totoroes. Portal Multicultural del Cauca: <http://tampu.ucauca.edu.co/merlin/preview/index.php>

<sup>27</sup> Haws R, Castillo C. Intervenciones innovadoras para mejorar la salud del recién nacido/a en región Latinoamérica y el Caribe. Marzo 2004:16. ([www.ops.org.bo/basics-II/documentos/Intervenciones-Innovadoras.pdf](http://www.ops.org.bo/basics-II/documentos/Intervenciones-Innovadoras.pdf). Fecha de acceso 02.10.10).

<sup>28</sup> Plan de Intervenciones Colectivas en Salud Pública, Totoró 2011.

<sup>29</sup> Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa Minister of supply and services Canada, 1974.

<sup>30</sup> Minuchin, S. familia y terapia familiar. Barcelona: Gedisa. 1974.

<sup>31</sup> Durán, MA. Las demandas sanitarias de las familias. Gaceta sanitaria, 18, 195-200.

<sup>32</sup> Haws R, Castillo C. Intervenciones innovadoras para mejorar la salud del recién nacido/a en región Latinoamérica y el Caribe. Marzo 2004:16. ([www.ops.org.bo/basics-II/documentos/Intervenciones-Innovadoras.pdf](http://www.ops.org.bo/basics-II/documentos/Intervenciones-Innovadoras.pdf). Fecha de acceso 02.10.10).

<sup>33</sup> Donato Pérez Antonio. Diagnóstico de salud y diagnóstico educativo: Un enfoque integral. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 1996 Dic [citado 2010 Oct 16]; 22(2): 1-2. Disponible en: ([http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434661996000200001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434661996000200001&lng=es)).

<sup>34</sup> OPS/OMS.- Agentes Comunitarios de Salud: Guía general, Serie HCT/AIEPI-15. E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. enero 1999.

<sup>35</sup> Ministerio de la Protección Social. Encuesta de salud 2007. Resultados del Departamento del Cauca.

- 
- <sup>36</sup>Cujiño M, Muñoz L. Conocimientos y prácticas de las madres y acciones de promoción y prevención, desarrolladas por los agentes de salud, para el manejo de la infección respiratoria aguda, no neumonía, en menores de cinco años. Manizales, 1999.en: Revista Colombia Médica Corporación Editora Médica del Valle ISSN: 1657-9534 Vol. 32, Núm. 1, 2001, pp. 41-48 [on line]: ([www.bioline.org.br/request?rc01008](http://www.bioline.org.br/request?rc01008)).
- <sup>37</sup> Harris M. Introducción a la antropología general. Madrid: Alianza, 1982.
- <sup>38</sup> OPS-OMS. Manual de procedimientos Estudio Etnográfico Focalizado de las infecciones respiratorias agudas 1994.
- <sup>39</sup> Manual de procedimientos Estudio Etnográfico Focalizado de las infecciones respiratorias agudas OPS-OMS 1994.
- <sup>40</sup>Peña S, Romero Martha. Percepción de salud-enfermedad en los cuidadores intrafamiliares de los menores de cinco años en una localidad de Bogotá-Colombia. Rev. Paraninfo Digital, 2007; 2. Disponible en: (<http://www.index-f.com/para/n2/099.php>).
- <sup>41</sup> OPS: Epidemiología de las infecciones respiratorias agudas en niño. panorama regional DISPONIBLE [www.pho.org/spanish/ad/dpc/cd/aiepi1-1-1.pdf](http://www.pho.org/spanish/ad/dpc/cd/aiepi1-1-1.pdf)
- <sup>42</sup> YEHUDA B. Control de las infecciones respiratoria aguda: Implementación, seguimiento y evaluación/ editado por YehudaBenquigui. – Washington, D.C: OPS, 1997; p. 8-11.
- <sup>43</sup>MORI A. La educación sanitaria. Italia: Universidad de Perugia 1991.
- <sup>44</sup>Secretaria de Salud Municipal. Plan de Salud del Municipio de Totoró 2008 - 2011. República de Colombia. Departamento del Cauca. Municipio de Totoró 2008: 80-86
- <sup>45</sup> Priscilla R, Elizabeth R, Elizabeth T. Investigación aplicada en Salud Pública. métodos cualitativos. Washington, D.C: OPS, 2006: 1.
- <sup>46</sup>Vera Vélez, Lamberto. La Investigación Cualitativa. En internet: [http://ponce.inter.edu/cai/reserva/lvera/INVESTIGACION\\_CUALITATIVA.pdf](http://ponce.inter.edu/cai/reserva/lvera/INVESTIGACION_CUALITATIVA.pdf)
- <sup>47</sup>Cujiño, Martha Lucía y MUÑOZ, Lorena Conocimientos y prácticas de las madres y acciones de promoción y prevención, desarrolladas por los agentes de salud, para el manejo de la infección respiratoria aguda, no neumonía, en menores de cinco años. Manizales.1999. Revista Colombia Médica.

---

<sup>48</sup>BENIGUI, Y. Investigaciones operativas sobre el control de las infecciones respiratorias agudas (IRA). Brasil. Enero 1999. Libro electrónico PDF. P. 293. Disponible en: <http://www.sepeap.es/revisiones/archivos/10040.pdf>.

<sup>49</sup>Pulgarín Torres Ángela María y cols. Conocimientos y prácticas del cuidador como factor asociado a enfermedad respiratoria aguda en niños de 2 meses a 5 años. Rev. InvestEducEnferm 2009; 29(1) : 19-27

<sup>50</sup> Burgoa Rivero, Claudia V. y Salas Mallea, Ariel A. Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de 5 años. Rev. bol. ped., jun. 2008, vol.47, no.2, p.72-76. ISSN 1024-0675.

<sup>51</sup>Pérez Moreno Samy. Conocimientos, actitudes y prácticas de madres de niños menores de cinco años con infección respiratoria aguda y neumonía que visitan el Centro de Salud de Villa Libertad, Managua, septiembre 2005. Ministerio de salud. República de Nicaragua. 2006.

<sup>52</sup>Morales Jaguineh y cols. Grado de conocimiento y prevención materna de la infección respiratoria aguda en el niño menor de 5 años en San Juan de Miraflores. Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Perú. 2000. Vol. 1. núm. 1: 39-44

<sup>53</sup>Sáenz de Tejada Sandra. Manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en una comunidad Kaqchiquel de Guatemala. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, Guatemala. RevPanam Salud Publica/Pan Am J PublicHealthvol1 Núm. 4: 259-265.

<sup>54</sup> Suárez Glañaria R; Campillo Moliera R; Vejar M.; Las enfermedades respiratorias agudas de la infancia. Santiago de Chile: Pan Am J PublicHealth 2001; 3(2).

<sup>55</sup> Neumonía en los niños: estrategias para hacer frente al desafío. Informe de la primera reunión consultiva internacional para el control de las infecciones respiratorias agudas. Washington. 1991.

<sup>56</sup>Correa, José Alberto y cols. Fundamentos de pediatría. Enfermedades infecciosas y respiratorias. Corporación para investigaciones Biológicas: 1.994.

<sup>57</sup>O.P.S. – O.M.S. Atención del niño con infección respiratoria aguda-IRA. Manual para médicos. 1994.

---

<sup>58</sup> Ministerio de salud. Abordaje integral de las Infecciones Respiratorias Agudas Guía para el equipo de salud. núm. 4. República de Argentina. 2010: 5

<sup>59</sup>World Lung Foundation.The acute respiratory infections atlas first edition.Diagnosed y surveillance. New York. 2010: 7

<sup>60</sup>Bustos P., Hebel E., Rodríguez B., Monsalves J., Cea X. y Bustos L. Incidencia de enfermedades respiratorias en el centro de salud familiar amanecer de Temuco durante el periodo de abril y septiembre de 2004 Departamento Medicina Interna, Universidad de La Frontera.

<sup>61</sup>Abordaje Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas. Guía para el equipo de salud Nro 6. Ministerio de Salud. Disponible en [http://www.Guia\\_AbordajeIRA\\_completa.pdf](http://www.Guia_AbordajeIRA_completa.pdf).

<sup>62</sup>World Lung Foundation.The acute respiratory infections atlas first edition.Diagnosed y surveillance. New York. 2010: 13

<sup>63</sup>Fine MJ, Stone RA, Singer D, et al. Processes and outcomes of care for patient outcomes research team (Cohort Study). ArchInternMed 1999; 159:970-980.

<sup>64</sup>O.P.S. – O.M.S., AIEPI, Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Curso Clínico AIEPI, 2ª. Edición, Washington D.C.: 2001.

<sup>65</sup> Ministerio de salud. Abordaje integral de las Infecciones Respiratorias Agudas Guía para el equipo de salud. núm. 4. República de Argentina. 2010: 7

<sup>66</sup>Escamilla José Miguel y col. Sensibilidad y especificidad de la frecuencia respiratoria aumentada y el tiraje subcostal en el diagnóstico de neumonía en el hospital infantil “Napoleón Franco Pareja” de Cartagena Colombia. Universidad de Cartagena. 1195: 68.

<sup>67</sup>Reyes Marco Antonio y cols. Neumología pediátrica: infección, alergia y enfermedad respiratoria en el niño. Quinta edición. Ed. Médica Panamericana. 2006: 134.

<sup>68</sup>Reyes Marco Antonio y cols. Neumología pediátrica: infección, alergia y enfermedad respiratoria en el niño. Quinta edición. Ed. Médica Panamericana. 2006: 135.

<sup>69</sup>Lozano, V. S.: Infecciones Respiratorias Agudas. Clasificación. Aspectos Epidemiológicos y su Correlación con Factores Etiológicos y Clínicos. Congreso de Pediatría. P. 193; Julio 1970.

---

<sup>70</sup>Reyes Marco Antonio y cols. Neumología pediátrica: infección, alergia y enfermedad respiratoria en el niño. Quinta edición. Ed. Médica Panamericana. 2006: 136.

<sup>71</sup>Irastorza I. Neumonías. Etiología y diagnóstico. Anales de Pediatría 2003; vol. 1 Núm. 1:1-8

<sup>72</sup>Organización Panamericana de la Salud. Infecciones respiratorias agudas. Guía para la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de control dentro de la atención primaria en salud. Washington; OPS; 1988: 5

<sup>73</sup> González Ochoa, E. Metodología para un estudio epidemiológico sobre infecciones respiratorias agudas. Rev. Cubana Med. Trop. 1999; 44 (2): 83-91.

<sup>74</sup>Pandey M.R. R.P. Neupane, A. Gautam and I.B. ShresthaMrigendra Medical Trust, ARI Project, Domestic smoke pollution and acute respiratory infections in a rural community of the hill region of Nepal. P.O. Box 2587, Kathmandu, NepalReceived 11 November 1987; accepted 5 May 1989. Available online 24 June 2003.

<sup>75</sup>Prieto Herrera M E, Russ Duran G, ReitorLandrian L. Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años.Rev. Cub.deMed. General integral 2000; Vol. 16 núm. 2 :16-24.

<sup>76</sup> Coronel C. Estado de salud en los niños lactados por más de 4 meses.Rev.Cub.Pediatr.2000; vol. 72 núm. 4:275-277.

<sup>77</sup> 27. Wafula, E.M, Limbe M.S., Onyango F.E., Nduati R. Efects of pasive smoking and breastfeeding on bronchial asthma. East. Afr. Med, J. 1999; vol. 76. Núm. 11:606-608.

<sup>78</sup> Benavidez Alfredo.Servicio de salud Yucatán [en línea] pág. web versión HTML 4.0 México dc: (se) 2006 [citado 15 de marzo de 2006] disponible en internet <http://www.salud.yucatan.gob.mx/content/view/20/>

<sup>79</sup> Pérez Torres J; Factores de riesgo en las infecciones respiratorias agudas. La Matica. Guaicaipuro; 2005.

<sup>80</sup>F. Torres y cols. Score simple para predecir la etiología en niños con neumonía. VII Congreso Latinoamericano de Neumología Pediátrica y XI Congreso Latinoamericano de Fibrosis Quística Buenos Aires, Argentina.

<sup>81</sup> Ministerio de salud. Abordaje integral de las Infecciones Respiratorias Agudas

---

Guía para el equipo de salud. núm. 4. República de Argentina. 2010: 76

<sup>82</sup>Behrman RE, Kliegman RM, Harbin AM. Nelson Tratado de Pediatría.15ª ed. México. Interamericana, 1997.

<sup>83</sup> De Torres, J.; Bologna, R.; Barclay, C.; Debbag, R.; Stamboulion, D.: Faringoamigdalitis estreptocócicas: Aspectos prácticos sobre epidemiología, clínica y tratamiento; nuestra experiencia. ArchArg Pediatría, 1988; 86: 30-35.

<sup>84</sup> García José Ángel. Microbiología médica. Segunda edición. Harcourtbrace. Madrid. 1998:54

<sup>85</sup>González Valdés José A y cols. Pediatría III. Editorial ciencias médicas. Cuba. 2007: 43.

<sup>86</sup>Shi Tania y cols. Otorrinolaringología pediátrica. Ed. Revinter. Rio de Janeiro 1999:17.

<sup>87</sup>SpicerJhon. Microbiología clínica y enfermedades infecciosas. El sevier. Barcelona 2009: 116.

<sup>88</sup>McConnochie KM. Bronchiolitis. What's in the name? Am J Dis Child.1983;137:13

<sup>89</sup> Bonillo A, Batlles J, Rubí T. Infección respiratoria por virus respiratorio sincitial. En: Cobos N, Pérez-Yarza EG, editores. Tratado de neumología infantil. Madrid: Ergón; 2003:371

<sup>90</sup>Taussig LM, Wright AL, Holberg CJ, Halonen M, Morgan WJ, Martínez FD. Tucson Children's Respiratory Study: 1980 to present. J Allergy ClinImmunol.2003; 111: 661-75.

<sup>91</sup> González Valdés, JA. Bronquiolitis aguda. En; Temas de Pediatría 9. La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 2005:-52-57

<sup>92</sup> Ferres Mataro J, Mangués Bafalluy MA, Farre Riba R, Julia Bruges A, Bonal de Falgas J. Adrenalina subcutánea versus salbutamol inhalado en el tratamiento de la crisis asmática infantil. AnEspPediatr 1987; 27: 37-40.

<sup>93</sup>Vásquez P. Bronquitis Aguda. Guías de Fisterra. Coruña España, 2006; 13:189-192.

<sup>94</sup>Gonzales R, Sande M. Uncomplicatedacutebronchitis. Ann InternMed. 2000; 133: 981-984.

- 
- <sup>95</sup>Díaz A. Bronquitis aguda: diagnóstico y manejo en la práctica clínica, Univ. méd. Bogotá (Colombia) enero - marzo, 2008, vol. 49 núm. 1: 68-76.
- <sup>96</sup>Rodríguez S, Hernández A. Bronquitis (tráqueobronquitis) aguda. Guía\_ ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. 2007; Disponible en <http://infodoctor.org/gipi>.
- <sup>97</sup>Torales A, González N, Nesbitt C. Infecciones de vías respiratorias inferiores. Infectología Clínica Pediátrica, 7ª ed. México: McGraw-Hill, 2003:99- 118.
- <sup>98</sup>Reyes Marco Antonio y cols. Neumología pediátrica: infección, alergia y enfermedad respiratoria en el niño. Quinta edición. Ed. Médica Panamericana. 2006: 265.
- <sup>99</sup>Griscom Thorne N., M.D. Pneumonia in Children and Some of its Variants. Radiology, 1988: 297- 302
- <sup>100</sup>McCracken GH. Diagnosis and management of pneumonia in children. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19: 924-925.
- <sup>101</sup> Palomino MA, Larrañaga C. Infección intra y extrahospitalaria por VRS en lactantes. *Rev Chil Pediatr* 1994;65:11-16.
- <sup>102</sup>Reyes Marco Antonio y cols. Neumología pediátrica: infección, alergia y enfermedad respiratoria en el niño. Quinta edición. Ed. Médica Panamericana. 2006: 266.
- <sup>103</sup> OPS/OMS. Los antibióticos en el tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 5 años (PNSP/ 91-1) Washington DC: OPS 1991
- <sup>104</sup> Largo I.: neumonía bacteriana - Herrera I., Felbaum O.: Enfermedades Respiratorias Infantiles - Ed. Mediterráneo. Santiago de Chile 1995.
- <sup>105</sup>WHO. Environmental Health Criteria 237: Principles for Evaluating Health Risks in Children Associated with Exposure to Chemicals EHC 2006 [cited 2009 13 January].
- <sup>106</sup> Sánchez Tarragó N. Infecciones respiratorias agudas. Reporte Técnico de Vigilancia 1, núm. 1. 1996. Disponible en: <http://www.sld.cu/instituciones/uats/RTV/>
- <sup>107</sup>Jaime Tomás P. Page. "Política Sanitaria y Legislación en Materia de Medicina Indígena Tradicional en México". [http:// www.scielo.br/pdf/csp/v11n2/v11n2a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n2/v11n2a03.pdf)

---

<sup>108</sup>Organización Panamericana de la Salud. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI. Proyecto de salud del recién nacido, niño y joven. 2008: 33-34.

<sup>109</sup>Menéndez E. Familia, participación social y proceso de salud/enfermedad/atención. Universidad de Guadalajara, editores. Familia, Salud y Sociedad. México: U. de G, 1993: 131-142.

<sup>110</sup>Clark M. Health in the mexicanamerican culture. A community study. Berkeley: University of California Press, 1970: 162-169.

<sup>111</sup>Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa, NCCAM. [www.nccam.nih.gov](http://www.nccam.nih.gov)

<sup>112</sup>Laín Entralgo, Pedro. Historia de la Medicina.Elsevier, MASSON, Barcelona. 2006

<sup>113</sup>SIH Tania. Otorrinolaringología pediátrica. Ed. Revinter. 2008: 67.

<sup>114</sup>SIH Tania. Otorrinolaringología pediátrica. Ed. Revinter. 2008: 75.

<sup>115</sup> Ministerio de salud. Abordaje integral de las Infecciones Respiratorias Agudas Guía para el equipo de salud. núm. 4. República de Argentina. 2010: 68

<sup>116</sup> Torres, Luis, M y cols. Tratado de cuidados críticos y de emergencia. Ed. ARAN. 2002: 2202.

<sup>117</sup> Torres, Luis, M y cols. Tratado de cuidados críticos y de emergencia. Ed. ARAN. 2002:2204-2206.

<sup>118</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Prácticas para cuidar la salud de los niños: Rotafolio educativo para el Agente Comunitario de Salud. Colombia 2004.

<sup>119</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Cuadros de Procedimientos. Atención del niño o niña de 0 a 5 años. Bogotá D. C. 2004

<sup>120</sup> OPS/OMS/UNICEF/AIEPI. Boletín Determinar tratamiento. Art/cdd/96. Núm. 4. 196.

<sup>121</sup>Benguigui, Y., López-Antuñano, F.J., Schumunis y G., Yunes, J.- InfecçõesRespiratóriasemCrianças, Serie HCT/AIEPI-1.P, Organización

---

Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. USA, marzo 1998: 25:41

<sup>122</sup>Benguigui, Y., Valenzuela, C.- Investigaciones operativas sobre el control de las Infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños en América Latina y el Caribe, Serie HCT/ AIEPI-3.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. USA, Diciembre 1998:49:72.

<sup>123</sup>Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. Lineamientos técnicos y administrativos para la prevención y atención de la enfermedad respiratoria aguda (ERA). Disponible en: [www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co). 2004

<sup>124</sup> Normas de tratamiento de infecciones respiratorias agudas en el niño. Ministerio de salud de Chile. 1994.

<sup>125</sup>OPS/OMS.- Enfermedades prevalentes de la infancia: Guía básica para el nivel de referencia hospitalaria, Serie HCT/AIEPI-23.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. USA, 2001: 56

<sup>126</sup> Ministerio de la Protección Social. Oficina Asesora de Comunicaciones. Salas ERA ayudan a controlar enfermedades respiratorias y a mitigar el impacto del AH1N1. Informe de prenda 121 de 2009.

<sup>127</sup>Ochoa Luis Carlos y cols. Curso Clínico de AIEPI genérico de la Organización Panamericana de la Salud, adaptado para Colombia Resolución 00412 de 2000 del Ministerio de Salud de Colombia. 2000: 19-30

<sup>128</sup>UNICEF. Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia en el Marco de Derechos Manual para su aplicación “Por el interés superior del Niño”. Instituto de Programas Interdisciplinarios en Atención Primaria en Salud, Universidad Industrial de Santander, PROINAPSA-UIS. 2005: 6-11

<sup>129</sup>Organización Mundial de la Salud, Fondo de Naciones Unidas Para la Infancia-UNICEF. Protección, Promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Declaración Conjunta OMS/UNICEF. OMS, Ginebra 1989:1

<sup>130</sup>Ministerio de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, UNICEF – Colombia. Plan Decenal para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna 1998-2008. MinSalud, Santa Fé de Bogotá, D.C. 1998:43.

<sup>131</sup>Veveer Eladio y cols. Cuidados en el hogar a niños con diarrea, infección respiratoria aguda después de una atención integrada. Arch Invest Pediatric Mexico. 2005;Vol 8 numb 1 : 12-18

- 
- <sup>132</sup> Nicholson KG, Kent J, Hammersley V, Cancio E. Risk factors for lower respiratory complications of rhinovirus infections in elderly people living in the community: prospective cohort study. *BMJ* 1996;313:1119-2
- <sup>133</sup> Doern GV, Pfaller MA, Kugler K. Prevalence of antimicrobial resistance among respiratory tract isolates of *Streptococcus pneumoniae* in North America: 1997 results from the SENTRY antimicrobial surveillance program. *Clin Infect Dis* 1998; 27:764-70
- <sup>134</sup> Rodríguez Rouanet F. Aspectos de la medicina popular en el área rural de Guatemala. *Guatemala Ind* 1971; vol. 6:num1: 330.
- <sup>135</sup> Orellana S. Indian medicine in highland Guatemala. Albuquerque: University of New Mexico Press; 1989.
- <sup>136</sup> Sáenz de Tejada Sandra. Manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en una comunidad kaqchiquel de Guatemala. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, Guatemala. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* vol1 Num. 4: 261-264
- <sup>137</sup> Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología. Manejo de las infecciones respiratorias agudas. *Rev. Cub. Farm.* 2002; vol. 36 núm. 2: 138-140
- <sup>138</sup> Organización Mundial de la Salud. Investigaciones operativas para evaluar el impacto de las acciones de control de las infecciones respiratorias agudas. Ginebra: OMS, 2001:1-5
- <sup>139</sup> Benguigui Y, ed. *Investigaçõ Operacionais sobre o Controle das Infecçoes Respiratórias Agudas (IRA) em Brasil*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1997. (Serie HCT/AIEPI-2): 106-109.
- <sup>140</sup> Pío A. La magnitud del problema de las infecciones respiratorias agudas. Segundo seminario regional sobre Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). Rio de Janeiro, Brasil (OPS/OMS), octubre de 1994: 10-12.
- <sup>141</sup> HSP/HSO. Seminario Taller '93, Winnipeg, Canadá.-Los pueblos indígenas y la salud. Documento base, 1993.
- <sup>142</sup> OPS/OMS. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI. 2008: 35-40.
- <sup>143</sup> Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: El caso de los Garífunas de Honduras. HSP/D #17 (español), 2002.

---

<sup>144</sup>OPS/OMS.- Curso AIEPI para agentes comunitarios de salud, Serie HCT/AIEPI 67.1.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, agosto 2002.

<sup>145</sup>OPS/OMS.-Guía para los coordinadores locales, la Cruz Roja y el personal de salud. Componente comunitario de la estrategia AIEPI, Serie OPS/FCH/CA/04.2.3.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. EE.UU, 2004.

<sup>146</sup>Rosenstock I, Strecher V, Becker M. The Health belief model and HIV risk behavior change. En: Clemente RJ, Peterson JL. Eds. Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral intervention. New York: Plenum Press; 1994:5-24.

<sup>147</sup> Prochaska JO, Redding Ca, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. En Glanz J, Lewis FM, Rimer BK, eds. Health behavior and health education; Theory, practice and research. San Francisco: Jossey-Bass; 2002:99-120.

<sup>148</sup>Rodríguez Díaz María Clara y cols. Construcción participativa de un modelo socio-ecológico de inclusión social para personas en situación de discapacidad. Acta colombiana de psicología 10 (2): 181-189, 2007

<sup>149</sup>Manual de Salud Pública y Medicina Preventiva. H. San Martín. Ed. Masson, SA. Barcelona. Cap. "El sistema socio-ecológico del proceso salud enfermedad en las sociedades humanas" 1986:189-195.

<sup>150</sup> Fernández Gerardo. Salud e interculturalidad en América latina: antropología de la salud y crítica intercultural. Ediciones Abya-Yala. Ecuador. 2006:95-97.

<sup>151</sup> Kleinman, A., Patients and healers in the context of culture, Berkeley, University of California Press, 1980.

<sup>152</sup>Secretaría de Salud Municipal. Alcaldía de Totoró. Plan Territorial de Salud 2008-2011: 26- 32.

<sup>153</sup>Secretaría de Salud Municipal. Alcaldía de Totoró. Plan Territorial de Salud 2008-2011: 61-62.

<sup>154</sup>Congreso de Colombia. Resolución nº 008430 de 1993 (título V): normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá. 1993.

---

<sup>155</sup>Secretaría de planeación e infraestructura. Informe técnico de la emergencia por la ola invernal en las vías del Municipio de Totoró-Cauca, Marzo 2011.

<sup>156</sup>Shrestha Vijaya L and cols. Focused Ethnographic Study on Acute Respiratory Infection (ARI) among children. Solutions Consultant P. Ltd. United States Agency for International Development (USAID). July, 2005: 31.

<sup>157</sup>Cleland, John G and VAN GINNEKEN, Jerome K. Maternal education and child survival in developing countries: The search for pathways of influence. En: *Social Science and Medicine*: 27: 1357-1368. 1988

<sup>158</sup>Peña Rodolfo, Wall Stig, Persson Lars Ake. The effect of poverty, social inequity, and maternal education on infant mortality in Nicaragua, 1988-1993. En: *American Journal of Public Health*, 90(1): 64-69. 2000.

<sup>159</sup>Saenz de Tejada, Sandra. Manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en una comunidad kaqchiquel de Guatemala. *Rev. Panamericana de Salud Pública.*, 1(4): 259-265. 1997

<sup>160</sup>Burgoa Rivero, Claudia V. y Salas Mallea, Ariel A. Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de 5 años. En: *Rev. bol. ped.*, 47(2):.72-76. 2008

<sup>161</sup>Ávila Montes y cols. Conocimientos y prácticas sobre nutrición infantil, enfermedades diarreicas y respiratorias en Lempira, Honduras. En: *RevMedHond*; 69: 52-61. 2001

<sup>162</sup>Rojas Córdova Marlene. Nivel de conocimiento de las madres sobre signos de alarma para llevar a un niño al servicio de salud, antes y después de la aplicación de la estrategia AIEPI en programa Wiñay - Distrito de Pichanaki. *Caritas del Perú*. 2003: 12-13.

<sup>163</sup>Pulgarín Ana María y cols. Conocimientos y prácticas del cuidador como factor asociado a enfermedad respiratoria aguda en niños de 2 meses a 5 años, 2009. En: *InvestEducEnferm.*, 29(1): 19-27. 2011

<sup>164</sup>Cordero Valdivia Dilberth y col. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y la madre (o cuidador del niño), frente a los casos de infecciones respiratorias agudas en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, 1995. En: *ArchPediatrUrug*. 72(2):158-167. 2001

<sup>165</sup>Gálvez, Cesar Augusto y cols. Conocimientos de madres peruanas sobre la neumonía en niños menores de 5 años y capacidad para reconocer sus síntomas. *Rev. Panamericana de Salud Pública.*, 11(2): 99-108. 2002

---

<sup>166</sup>Pérez Salas Alicia Estela y Rivas Cruz Natalí Maribel. Conocimiento de los padres o cuidadores sobre los signos de alarma para Infección Respiratoria Aguda (IRA) que motiven llevar al niño menor de 1 año a un centro de salud.

Universidad Austral de Chile. Valdivia- Chile, 2009: 25.

<sup>167</sup>Cordero Valdivia Dilberth y col. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y la madre (o cuidador del niño), frente a los casos de infecciones respiratorias agudas en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, 1995. En: ArchPediatrUrug. 72(2):164. 2001

<sup>168</sup>Sáenz de Tejada Sandra. Manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en una comunidad kaqchiquel de Guatemala. Rev. Panam. Salud Pública;1(4): 259-265. 1997

<sup>169</sup>ShresthaVijaya L and cols.Focused Ethnographic Study on Acute Respiratory Infection (ARI) among children.Solutions Consultant P. Ltd. United States Agency for International Development (USAID).July, 2005: 31-32

<sup>170</sup>Sáenz de Tejada Sandra. Manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en una comunidad kaqchiquel de Guatemala. Rev. Panam. Salud Pública; 1(4): 262.

<sup>171</sup>Sáenz de Tejada Sandra. Manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en una comunidad kaqchiquel de Guatemala. Rev. Panam. Salud Pública; 1(4): 263

<sup>172</sup>Burgoa Rivero, Claudia V. y Salas Mallea, Ariel A. Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de 5 años. En: Rev. bol. ped., 47(2):.70. 2008.

<sup>173</sup>Gutiérrez Ventura Liliana. Creencias de las madres de niños entre 2 y 5 años acerca del tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en el Puesto de Salud San Antonio-Ate, 2009. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana. 2010: 97

<sup>174</sup>Cordero Valdivia Dilberth y col. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y la madre (o cuidador del niño), frente a los casos de infecciones respiratorias agudas en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, 1995. En: ArchPediatrUrug. 72(2):165. 2001

<sup>175</sup>Padilla, Liliana y Piedrahita Catalina. Situación de salud de algunas comunidades indígenas de Talamanca Costa Rica 1996. Revista CES Medicina. 13(2): 34-43. 1999

- 
- <sup>176</sup>Acuña Delgado, Ángel. "Salud y enfermedad Rarámuri: En torno a las prácticas de curanderismo". [Revista online] En Revista de Antropología Experimental. Núm. 10. España: 2010: 9-22
- <sup>177</sup> Soriano Hernández, Rusbén y cols. Frecuencia de automedicación en niños con infección respiratoria aguda en un área rural. En: Rev. Fac. Med. UNAM. 52(3): 110-113. 2009.
- <sup>178</sup> Llanos Zavalaga, Luis Fernando, Contreras Rios, Carlos Enrique, Velasquez Hurtado, José Enrique et al. Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. RevMedHered, oct. 2001, 12(4): 127-133.
- <sup>179</sup>Durgawale PM. Practice of self medication among slum-dwellers. Indian J PublicHealth 1998;42:53-5
- <sup>180</sup>Cordero Valdivia Dilberth y col. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y la madre (o cuidador del niño), frente a los casos de infecciones respiratorias agudas en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, 1995. En: ArchPediatrUrug. 72(2):164. 2001
- <sup>181</sup> Alarcón Muñoz, Ana María and Vidal Herrera, Aldo Conrado. Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres. Salud pública Méx, 47(6): 440-446. 2005
- <sup>182</sup>EckerLucie y cols. Conocimientos, actitudes y prácticas de las cuidadoras, sobre el uso de antibióticos en niños, en un entorno en donde se consiguen sin prescripción médica. Instituto de Investigación Nutricional, Lima, Perú, 2011.
- <sup>183</sup>Guerrero Irma y Raigoza Mario. Conocimientos, actitudes y practicas sobre antibióticos por parte de la población adulta del barrio Nueva Kennedy, Bogotá, 2009. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. 2009: 78.
- <sup>184</sup>Briceño Celso y cols. Estudio sobre los factores determinantes del uso de antibióticos entre consumidores de El Callao, Perú. Ministerio de Salud del Perú (MINSA), APUA, DATUM International. 2006: 9
- <sup>185</sup>Guerrero Irma y Raigoza Mario. Conocimientos, actitudes y practicas sobre antibióticos por parte de la población adulta del barrio Nueva Kennedy, Bogotá, 2009. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. 2009: 64.
- <sup>186</sup>Cordero Valdivia Dilberth y col. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y la madre (o cuidador del niño), frente a los casos de infecciones respiratorias agudas en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, 1995. En: ArchPediatrUrug. 72(2):165. 2001

---

<sup>187</sup>EckerLucie y cols. Conocimientos, actitudes y prácticas de las cuidadoras, sobre el uso de antibióticos en niños, en un entorno en donde se consiguen sin prescripción médica. Instituto de Investigación Nutricional, Lima, Perú, 2011

<sup>188</sup>Honorio, Carmen. Conocimiento y su relación con las prácticas de las madres de niños menores de 5 años sobre la prevención de las infecciones respiratorias aguda en el centro de salud Max Arias, octubre-noviembre 2001. Universidad nacional mayor de san marcos. Perú. 2002: 79-80.

<sup>189</sup> Burgoa Rivero, Claudia V. y Salas Mallea, Ariel A. Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de 5 años. En: Rev. bol. ped., 47(2):.74. 2008.

<sup>190</sup>KindelánMerceronFarahMaria y LEÓN Quindemil Olga Lén. Manejo de las infecciones respiratorias agudas. Revista ciencias. Com. Código ISPN de la Publicación: EEZUUFUUULOTZCSRRQ. 2007.

<sup>191</sup>Cordero Valdivia Dilberth y col. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y la madre (o cuidador del niño), frente a los casos de infecciones respiratorias agudas en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, 1995. En: ArchPediatrUrug. 72(2):166. 2001

<sup>192</sup>Cujiño Muñoz Marta. Conocimientos y prácticas de las madres y acciones de promoción y prevención, desarrolladas por los agentes de salud, para el manejo de la infección respiratoria aguda, No neumonía, en menores de cinco años. Manizales, 1999. Rev. Colombia Médica; 32(1): 41-48. 2001.

<sup>193</sup>Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud-Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Boletín Conversando con las madres sobre AIEPI: Comunicarse con las madres en las consultas a los servicios de salud. 1998: 37.

<sup>194</sup> Burgoa Rivero, Claudia V. y Salas Mallea, Ariel A. Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de 5 años.En: Rev. bol.ped., 47(2):.75. 2008.

<sup>195</sup>Seidel, Renata, Behavior Change Perspectives and Communication Guidelines on Six Child Survival Interventions, Academy for Educational Development and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Washington, D.C., 2005: 115-116

<sup>196</sup> Macfarlane Jhon y cols. British Medical Journal; 315(7117): 1211-1214. 1997

---

<sup>197</sup>World Health Organization. Department of child and adolescent health and development. Cough and cold remedies for the treatment of acute respiratory infections in young children. 2001: 47 p.