

Manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en una comunidad kaqchiquel de Guatemala¹

Sandra Sáenz de Tejada²

RESUMEN

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) figuran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad infantiles en América Latina. En Guatemala, la neumonía es la primera causa de muerte en niños pequeños y ocasiona aproximadamente una tercera parte de las consultas ambulatorias a servicios pediátricos. Una buena proporción de estas muertes se deben a un manejo deficiente, atribuible a la falta de reconocimiento de los primeros signos de neumonía, a la presencia de barreras que impiden una búsqueda inmediata de atención, a la consulta a proveedores inapropiados o a recomendaciones terapéuticas inadecuadas. El propósito de esta breve investigación cualitativa fue 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. Se entrevistó a 32 madres en su domicilio con el fin de determinar cómo clasificaban las IRA y qué signos y síntomas las hacían buscar atención inmediata. Los resultados revelaron que las madres sabían reconocer la presencia de respiración rápida, pero no de tiraje respiratorio (dos signos importantes de neumonía). Cuando buscaban atención, solían acudir a médicos u otros proveedores en centros de salud y ocasionalmente en consultorios privados, pero la búsqueda raras veces era oportuna debido a la poca accesibilidad de los servicios y a la subestimación de la gravedad de los síntomas. Esta conducta podría modificarse por medio de una intervención educativa. Al final se hacen recomendaciones orientadas a mejorar la comunicación verbal entre los proveedores de atención de salud y las madres.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) figuran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad infantiles en América Latina. En Guatemala, la neumonía es la primera causa de muerte en niños pequeños y ocasiona aproximadamente una tercera parte de las consultas ambulatorias a los servi-

cios pediátricos. La mayoría de las IRA son afecciones víricas poco peligrosas y autolimitantes que solo requieren un tratamiento sintomático. No obstante, en niños pequeños con desnutrición, estas infecciones pueden acarrear complicaciones sumamente graves. Se ha sugerido que hasta 85% de las muertes relacionadas con las IRA se deben a neumonías bacterianas que se pueden tratar con antibióticos. Muchas de estas muertes ocurren en los 3 primeros días después de la aparición de los síntomas. De ahí que sea fundamental consultar cuanto antes a un médico u otro profesional de la salud debidamente capacitado (1-3).

Algunos estudios longitudinales realizados por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) (4, 5) han demostrado que los niños guatemaltecos en edad preescolar sufren alrededor de siete episodios de IRA al año con una duración mediana de 11 días. De estos episodios, 65% son resfriados comunes y solo 5% son IRA graves, aunque quizá estas cifras obedezcan a que los niños estudiados han tenido acceso a la clínica de los proyectos de investigación realizados por el INCAP, donde han recibido atención médica y medicamentos gratuitos. En niños hospitalizados se ha observado que los que

¹ El presente estudio fue financiado parcialmente por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Programa Ampliado de Inmunización de la OMS, y el Proyecto de Rehidratación Oral para la Supervivencia Infantil No. 520-0339.

² Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, Guatemala, Guatemala. Dirección postal: Apartado postal 1188, Guatemala, Guatemala.

corren un mayor riesgo de morir de neumonía tienen menos del peso adecuado para su edad o son amamantados con menos frecuencia (6).

Hay pocas medidas eficaces para prevenir las IRA. Las inmunizaciones sirven para prevenir las que se asocian con el sarampión, la tos ferina y la difteria. No obstante, se puede reducir la incidencia de neumonía en el largo plazo si se combaten sus factores de riesgo más importantes: desnutrición, bajo peso al nacer, lactancia artificial, contaminación del aire dentro del hogar, hacinamiento y condiciones de vida precarias. Sin embargo, gran parte de la mortalidad por neumonía se puede prevenir mediante el uso de antibióticos apropiados y la adopción de medidas que generen una búsqueda oportuna de servicios de salud y un mayor acceso a estos servicios.

Según la OMS, el manejo adecuado de los casos es la mejor manera de reducir la mortalidad por IRA, pero debe basarse en un conocimiento profundo de las características sociales, culturales y económicas de la población y de las nociones que tienen los habitantes en torno a las IRA. Como cualquier intervención de salud pública dirigida a conseguir un cambio de comportamiento, todo esfuerzo por modificar el manejo de casos de IRA exige comprender el sistema de atención de salud en el ámbito local. Con el tiempo, cualquier cambio que se logre en la comunidad se asimilará a este sistema y el éxito dependerá, en gran medida, del grado de integración de los sistemas tradicional y nuevo.

El objetivo de esta breve investigación cualitativa fue estudiar el manejo popular de las IRA en San Juan Comalapa, Chimaltenango, Guatemala, y averiguar cómo son clasificadas por las madres de esas localidades, qué síntomas propician la búsqueda inmediata de atención médica, qué recursos de salud se usan y qué factores determinan el uso de los mismos.

MATERIALES Y MÉTODOS

En San Juan Comalapa, poblado de aproximadamente 30 000 habitantes a

80 km de la capital de Guatemala, 95% de la población es kaqchiquel. La mayoría de las mujeres se dedican a hilar y los hombres al cultivo de granos básicos. La comunidad cuenta con un centro de salud, un hospital, cinco médicos privados, un naturista, cinco farmacias y numerosos curanderos y comadronas. También tiene acceso a los recursos de salud de Chimaltenango, cabecera departamental, que está a 29 km.

La recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo en octubre y noviembre de 1994, principalmente por medio de entrevistas abiertas que fueron grabadas, transcritas y traducidas al español en su totalidad. Las preguntas incluidas en el instrumento de encuesta, que fue elaborado por la autora, estaban orientadas a captar la historia natural de las IRA desde el punto de vista de la familia. Se hicieron preguntas sobre la percepción de síntomas, la utilización de tratamientos caseros, la búsqueda de atención y, particularmente, el manejo del episodio de enfermedad. El instrumento fue validado antes de ser utilizado. En Comalapa los datos fueron recolectados por una sola entrevistadora de habla kaqchiquel, idioma en que se hicieron las preguntas. El estudio se compuso de dos fases. En las primeras 2 semanas (fase inicial) se entrevistó en su domicilio a siete madres entre las edades de 23 y 53 años que tenían experiencia en el manejo de las IRA. Estas madres, que habían sido identificadas por medio de contactos iniciales en la comunidad y por referencia mutua, fueron sometidas a una entrevista más rigurosa, mediante una guía más amplia y menos estructurada, por tratarse de "informantes clave". Durante la tercera semana del estudio se trabajó en la sede del INCAP, donde se hicieron análisis cualitativos iniciales de los datos obtenidos en el campo, y se planificó el trabajo de campo de la segunda fase, que duró 3 semanas y en la cual se entrevistó a los cinco proveedores de salud más consultados de la

localidad y a 25 madres con niños menores de 36 meses que habían tenido IRA. Todas las madres accedieron a ser entrevistadas. De ellas, 18 vivían en San Juan Comalapa y las demás en aldeas de las cercanías. Las madres de Comalapa fueron identificadas por el centro de salud y otras madres de la comunidad. También se entrevistó a cuatro madres de la aldea de Paraxaj, a 6 km de Comalapa, con el fin de obtener una muestra de la población rural. Durante cada entrevista se obtuvo una descripción detallada del episodio de IRA más reciente (7-9) y de los síntomas y signos observados, que se agruparon según la percepción de su gravedad. Por último, se visitó el hospital departamental de Chimaltenango, donde se entrevistó a cuatro madres, procedentes de Tecpán y de tres aldeas de Chimaltenango, cuyos niños estaban hospitalizados por neumonía.

RESULTADOS

Las causas de IRA

En general, las madres que habitan en las localidades estudiadas atribuyeron las IRA principalmente a descuido materno, en particular a permitir que a los niños les diera aire, a haberlos sacado al frío después de dormir o de bañarse, o a no haberlos alimentado bien. Esto refleja la noción subyacente de que los contrastes de frío y de calor (10, 11), y el abandono del *habitus* o de la "costumbre" (12), son perjudiciales. Otra creencia local expresada fue que una madre que ha sufrido exposición al frío no debe amamantar a su hijo porque la leche está "resfriada". Algunos casos de IRA también se atribuyeron al "mal de ojo" (13-15).

La clasificación popular

Las madres de Comalapa agruparon las IRA en cuatro categorías: *wi'aj* (catarro), *ojob'* (tos), *ruwa winäq* (mal de ojo), *bronquitis* y *pulmonia*. El *wi'aj* se manifiesta por estornudos, secreción nasal acuosa (*ya'pa rutza'n*), fiebre

(*k'atän*) y ocasionalmente dolor de cabeza. La palabra *ojob'* se refiere a la tos en general, que puede ser irritativa, "reseca" (*chaqij ojob'*) o productiva ("madura", *cheq' ojob'*). La *bronkitis* se caracteriza por tos reseca, ruidos pulmonares (*niwixon ruk'ux*), fiebre alta (*janila k'atän chij o tzay k'atän*) y dificultad respiratoria (*nisewon*). La *pulmonia*, que es menos conocida, se considera similar a la *bronkitis* pero con "dolor de espalda". Las afecciones que se consideran más graves son la *bronkitis* y la *pulmonia*, seguidas del "mal de ojo". Existe la creencia de que estas afecciones pueden empeorar si se descuidan. Primero se presenta el *wi'aj*, después la *ojob'* y, si estos problemas no se manejan adecuadamente, se presenta una *bronkitis* o una *pulmonia*.

La interpretación de síntomas y signos

Los síntomas y signos de IRA más reconocidos fueron *janila k'atän chij* ("mucho calor", o fiebre alta), *k'atän* (febrícula), *k'ayew nujek' ruxla'* ("le cuesta jalar el aire"), *nisewon* (fatiga), *ni wixon ruqul'* (ruido al respirar), *eqal' nujik' ruxla'* ("despacio jala el aire"), *chaqi'j ojob'* (tos reseca), *chäq' ojob'* (tos "madura"), *niwixon ru k'u'x* ("hervor de pecho"), *ntoq' ntoq'* ("llora, lllora mucho"). Estos síntomas y signos se describen a continuación.

La respiración alterada. Los cambios en la respiración del niño enfermo suelen ser observados cuidadosamente por las madres. La respiración rápida o fatiga (*nisewon*) es un síntoma de gravedad que las madres dijeron reconocer fácilmente y que atribuyeron a la presencia de flemas en la garganta. Este síntoma se acompaña del temor de que los niños se asfixien. La respiración lenta (*eqal nujik' ruxla'*) se considera signo de mayor gravedad y de peligro de muerte. Las madres podían reconocer la presencia de ruidos respiratorios, a los que describían como un "jor jor jor" en la garganta por obstrucción con flemas. Este signo, que es diferente del "hervor de pecho" (ruido

producido por flemas en los pulmones), no guarda ninguna relación con los conceptos médicos de estertor o sibilancia. Pese, sin embargo, a que las madres reconocían que la respiración rápida o lenta se asociaba con enfermedad mortal, no siempre solicitaban atención médica con la prontitud debida.

La fiebre. La temperatura corporal, que las madres determinaban palpando la frente, el cuello y el vientre del niño, se interpretaba como un signo del estado de salud. En el modelo etnomédico o popular la fiebre es un concepto central relacionado no solo con la función respiratoria, sino también con la función cardíaca. Se encontró que el término *k'atän* se refiere fundamentalmente a un cuerpo caliente, pero también a respiración rápida, dificultad al respirar, llanto persistente y movimientos poco coordinados. Las madres dicen que la "calentura" puede "entrar en el cuerpo". Esta "calentura interna" se manifiesta únicamente en el vientre y, según la creencia, se localiza en el estómago. Es causa de preocupación porque la temperatura que "entra" y no "sale" se considera más "delicada" que la "calentura externa", que se detecta con más facilidad. El exceso de "calentura interna" puede hacer que "el corazón se tape" y causar la muerte. Una manifestación frecuente de "calentura interna" es la respiración rápida o fatiga.

La tos. Según las madres, al principio la tos suele ser irritativa o seca (*chaqi'j ojob'*) y posteriormente, por acción de los remedios y medicamentos, se convierte en tos productiva o "madura" (*chäq' ojob'*). La primera se considera más grave, porque se piensa que si el niño no puede expectorar, las flemas "trabadas" producen "granitos" en los pulmones o tapan la garganta, y por lo tanto pueden causar asfixia. La tos reseca es un síntoma de alarma que mueve a las madres a buscar atención. La tos madura, en cambio, se interpreta como un indicador

de que la enfermedad está por terminar, ya que se piensa que la expectoración se produce porque la enfermedad ha "madurado".

El tiraje respiratorio. Algunas madres (6%) describieron los síntomas *niropin rupan* ("le brinca el estómago") y *silon rujulil ruqul* ("se le mueve el hoyito de la garganta"), probables alusiones al tiraje respiratorio. Este signo raras veces se observa porque las madres evitan destapar el tórax del niño enfermo por temor a que se enfríe.

Otros síntomas de gravedad. Las madres mencionaron como síntomas de gravedad adicionales: dejar de comer o mamar, ponerse "moradito", estar irritable ("no estar dulce", o *neq ki' ta ruk'ux*) y estar inquieto ("loquito", o *nimoxín*).

El tratamiento en el hogar

Más de la mitad de las entrevistadas (57%) trataron a sus hijos enfermos en la casa antes de consultar a un proveedor de atención de salud. Los remedios caseros más comunes fueron las infusiones a base de manzanilla, hoja de higo, canela, apazote y hierba buena; las frotaciones con ungüentos comerciales, y los baños de vapor. Los medicamentos no prescritos, que fueron comprados por un tercio de las entrevistadas, se limitaron a fórmulas antigripales y aspirinas. Solo una de las madres había administrado antibióticos (amoxicilina) a su hijo. Aproximadamente un tercio de las entrevistadas usaron antipiréticos no solo para bajar la fiebre sino para tratar la taquipnea, a la que consideraban consecuencia de la fiebre. De las madres entrevistadas, que fueron kaqchiques sin excepción, 20% declararon que utilizaban plantas medicinales.

La aplicación de tratamientos en el hogar varió según la edad del niño. A los niños menores de 4 meses raramente se les dieron remedios en su casa. De los 13 niños en ese grupo de

edad, ocho (62%) no recibieron ningún tratamiento en el hogar y solo tres madres dieron remedios antigripales en la casa a sus niños menores de 2 meses.

Percepción de gravedad y de evolución

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. Las madres eran conscientes de que los síntomas que apuntaban a enfermedad moderadamente grave podían avanzar y convertirse en síntomas de mayor gravedad.

La utilización de los recursos de salud

Los servicios más consultados fueron el centro de salud (44%) y los médicos privados (36%). Fueron menos frecuentes las consultas a curanderos (20%), al hospital comunitario (16%), a los promotores de salud (12%) y a enfermeras particulares (12%). Todas las madres entrevistadas buscaron a algún proveedor y casi la mitad consultó a dos o más. Una sola madre consultó al dependiente de la farmacia local, que también era enfermero auxiliar. Seis madres acudieron a un curandero porque pensaban que sus hijos tenían molestias estomacales relacionadas con la "mollera caída", el "estómago caído" o el "mal de ojo" (11, 13-18), pero finalmente todas consultaron a un proveedor del sistema médico también. La utilización de recursos varió según la procedencia de la madre: ninguna de las ocho que vivían en aldeas consultó a una enfermera, a un médico privado o a un curandero, sino más bien a un puesto de salud rural, al hospital de Comalapa y a los promotores de salud.

Cuando las madres acudían al centro de salud, esperaban ser tratadas con amabilidad y recibir medicamentos gratuitos para la tos y la fiebre. No obstante, la lentitud de la atención

llevó a varias madres, sobre todo en las aldeas, a decir que preferían consultar a la farmacia porque la atención era más rápida que en el centro de salud, donde raras veces les daban medicamentos.

La mayoría de las madres opinaron que el centro de salud prestaba un servicio deficiente y únicamente las que no podían pagar una consulta privada utilizaban sus servicios. Muchas madres se quejaron de la frecuente ausencia del médico, del trato poco afable de las enfermeras y de las largas horas de espera. Aunque en cada centro de salud había personal local de habla kaqchiquel, algunas madres dijeron que las enfermeras se negaban a hablar en este idioma. Les parecía, en cambio, que los médicos y enfermeras que hablaban español y que atendían en consultorios privados curaban a los niños "con la sonrisa".

Síntomas de alarma que incitan a la búsqueda de atención

Varios síntomas se consideraban graves y hasta potencialmente mortales: fiebre o "calentura", tos seca, hervor de pecho, ruido en la garganta, fatiga, aspecto cianótico o "amorado", 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. Otros síntomas que también propiciaban la búsqueda de atención eran fatiga (19%), fiebre (16%), hervor de pecho (13%) y respiración ruidosa (13%). En general, las madres tardaban de 2 a 3 días en buscar ayuda. Solo 20% de aquellas cuyos hijos tenían respiración rápida o fatiga buscaron atención el mismo día, 24% lo hicieron al día siguiente y algunas esperaron hasta 9 días. Esta demora respondió, en parte, a una subestimación de la gravedad de los síntomas, a la poca disponibilidad de recursos (transporte, medicinas y consultorios privados), y a la esperanza, no siempre mal fundada, de que el niño tenía una afec-

ción autolimitante que se podía tratar en el hogar.

DISCUSIÓN

Reconocimiento de los síntomas de neumonía

El algoritmo propuesto por la OPS/OMS para el manejo de la neumonía se basa en el reconocimiento de dos signos fundamentales: la taquipnea o respiración rápida y el tiraje respiratorio. Ambos deben traducirse en una búsqueda inmediata de atención. En Comalapa, la mayoría de las madres reconocían la respiración rápida y su carácter alarmante, pero esta por sí sola raramente las incitaba a buscar atención porque la consideraban consecuencia de la fiebre o "calentura". En cambio, las madres pocas veces reconocían la presencia de tiraje intercostal. Los síntomas de neumonía que más las preocupaban y movían a buscar atención eran la tos y la fiebre alta y este último signo en particular ocupa un lugar central en el modelo etnomédico. Las madres también reconocían otros signos de enfermedad grave, pero no necesariamente de neumonía: falta de apetito, irritabilidad extrema, cianosis o aspecto amoratado, convulsiones, dificultad para mamar, letargo. El niño anormalmente soñoliento se considera gravemente enfermo, pero esta percepción varía según la edad del niño. Se encontró que en lactantes pequeños (menores de 2 meses) este signo es difícil de interpretar, ya que se considera normal que un niño de esa edad duerma la mayor parte del tiempo.

El tratamiento en el hogar

La utilización de plantas medicinales entre los mayas hasta época reciente está bien documentada (15, 17) y no sabemos por qué en este estudio se notificó un uso tan bajo. Es posible, por un lado, que las madres hayan preferido ocultar este tipo de práctica porque consideraban que iban a despertar desaprobación. Por otro, se sabe que el uso de plantas medicinales ha

disminuido recientemente y que existe una mayor tendencia a utilizar fármacos comerciales (18), quizá debido a la pérdida de muchos de los conocimientos tradicionales sobre plantas con propiedades benéficas. En ese caso, es necesario recomendar a las madres tratamientos herbolarios específicos para la tos y la febrícula.

La búsqueda de atención y la función de los servicios

Aunque el recurso de salud más consultado fue el centro de salud, muchas madres señalaron que solicitaban atención en él únicamente porque no tenían con qué pagar un médico privado. Las principales quejas fueron la mala calidad de la atención y la difícil comunicación verbal entre las madres y los trabajadores de salud. Si estos problemas, difícilmente modificables en el corto plazo, llegaran a resolverse, el servicio prestado en las clínicas públicas mejoraría notablemente. La tendencia actual a la descentralización de los servicios podría, a la larga, ayudar a solucionar estas dificultades.

Ciertos aspectos del servicio ofrecido por las clínicas públicas se podrían modificar en el corto plazo. Por ejemplo, una crítica sumamente frecuente fue que las clínicas estatales no siempre observaban el horario regular diurno y que el personal no acudía a sus puestos de trabajo a las horas debidas. Las madres que vivían en las aldeas no tenían ninguna forma de saber si la clínica estaba abierta sin ir a pie desde su domicilio. Aunque la distancia no se señaló como obstáculo a la obtención de atención médica, algunas madres se quejaron de haber encontrado cerrada la clínica y dijeron que prefieren, por lo tanto, consultar a la farmacia, que tiene horas más flexibles.

El horario que observan actualmente los centros de atención no permite recomendar a las madres que regresen si el niño presenta taquipnea u otros signos alarmantes. Para poder hacer este tipo de recomendación es necesario ofrecer servicios de atención de emergencias en horas en que la clínica está cerrada.

Otro problema frecuente y más difícil de resolver fue la escasez de medicamentos en las clínicas públicas. Por lo general, las madres buscan atención médica cuando el tratamiento casero no ha causado mejoría y esperan que se les proporcione o recete un fármaco eficaz. Las más pobres muchas veces se abstienen de ir a los puestos de salud, o esperan hasta el último momento, porque sospechan que van a recibir "un papel solamente" y no tienen el dinero necesario para comprar el medicamento prescrito. Esta situación exige que se establezcan lineamientos claros para que el personal de los centros de salud sepa usar racionalmente los pocos medicamentos disponibles.

Pese a las numerosas dificultades que enfrentan, las madres no dejan de solicitar atención, pero no lo hacen

con la prontitud debida porque piensan que los síntomas son autolimitantes y porque tienden a subestimar su gravedad. No obstante, esta conducta podría modificarse mediante intervenciones educativas y medidas orientadas a mejorar la comunicación entre el personal de salud y las usuarias de los servicios.

Recomendaciones básicas de la OPS/OMS

Las recomendaciones básicas de la OPS/OMS (19), que representan la conducta "ideal", cubren dos áreas generales: el tratamiento en el hogar y la solicitud de atención. Algunas se presentan en el cuadro 1. La comparación de lo ideal con lo real ayuda a

CUADRO 1. Recomendaciones de la OPS/OMS, adaptadas para madres de niños con infección respiratoria aguda

Recomendación	Conducta verdadera
Alimentar o amamantar	Las madres no restringen la alimentación y la cantidad ingerida por el niño depende principalmente de su apetito. Las madres no insisten en que el niño enfermo coma ni lo despiertan para darle de comer. En general, lo alimentan solo si el niño lo pide.
Dar abundantes líquidos	Las madres no dan más líquidos que de costumbre; dan infusiones herbales en cantidades mínimas (alrededor de 200 cc al día).
Limpiar la nariz con frecuencia	Las madres raras veces les limpian la nariz a sus hijos, aunque tengan mucha congestión.
Tratar la garganta con remedios caseros o con un jarabe comercial inocuo	La gran mayoría de las madres preparan remedios caseros para aliviar la tos. Algunas compran jarabes comerciales.
Tratar la fiebre alta	La tercera parte de las entrevistadas compraba algún anti-pirético, pero solo una minoría utilizaba acetaminofén. El fármaco más usual es la aspirina.
Solicitar atención inmediata	Las madres detectan la dificultad y rapidez de la respiración y se alarman si el niño no puede mamar, si el niño respira rápido o con dificultad, si no puede beber o tragar o si su salud se deteriora, pero no siempre saben interpretar la gravedad del estado del niño. La mayoría de las madres llevan a los niños al hospital cuando ya no pueden mamar o cuando están muy graves o inconscientes.
Si el niño tiene menos de 2 de meses edad, solicitar atención inmediata cuando tenga fiebre o hipotermia	Las madres no siempre actúan con rapidez cuando el niño pequeño se enfría o tiene fiebre. Algunas veces se trata al niño en casa con antipiréticos para bajarle la fiebre o con medios físicos para calentarlo.

determinar la factibilidad de distintas medidas en las áreas de educación y comunicación (20–22).

Las recomendaciones de la OPS/OMS tienen la finalidad de aumentar la búsqueda de servicios y por lo tanto es necesario, antes de llevarlas a la práctica, cerciorarse de que los servicios sean capaces de satisfacer la nueva demanda.

El tratamiento en el hogar. Es importante explicar a las madres que la taquipnea o respiración rápida obedece a una infección pulmonar que no se alivia con antipiréticos o tratamientos caseros y que es preciso buscar atención el mismo día que se presentan estos síntomas. La ingestión de líquidos en abundancia bajará la temperatura corporal del niño y le hará sentirse más fresco. Dada la común creencia en la noción de “calentura interna”, puede ser que esta recomendación tenga aceptabilidad, aunque las madres se resistirán a administrar líquidos fríos y preferirán dar a sus hijos brebajes tibios preparados en casa. Las madres temen que la congestión nasal obstruya la respiración y la mayoría desconoce la aplicación de solución salina con hisopos para limpiar las vías nasales. Conviene explicar, por consiguiente, que estas maniobras facilitan la respiración de los niños.

Las madres también se sienten alarmadas por la tos reseca y administran medicamentos esperando aliviar su frecuencia y gravedad, hasta lograr que la tos “madure” y se vuelva productiva. No conviene recomendarles que se limiten a dar agua para aliviar la tos; es mejor recomendarles un remedio casero, a base de plantas medicinales de eficacia comprobada. También hay que explicarles, como se ha hecho en relación con la terapia de rehidratación oral, que estos remedios

caseros no suprimen la tos, sino que alivian el dolor de garganta y ayudan al niño a “toser mejor”.

Solicitud de atención en el momento oportuno. La búsqueda tardía de atención obedece, en parte, a que las madres no siempre reconocen los signos de alarma (taquipnea y tiraje respiratorio), a que tienden a subestimar su gravedad y a que tratan de aliviarlos con maniobras aplicadas en casa. Para que las madres puedan buscar atención a su debido tiempo, deben ser capaces de reconocer los signos de alarma y su gravedad. Muchas veces buscan atención cuando ya hay signos de enfermedad extremadamente grave y es necesario conseguir que soliciten atención antes de que aparezcan estos signos. Para ayudarlas a reconocerlos, hay que poner énfasis en el concepto de taquipnea y en su estrecha relación con la dificultad respiratoria, que suele acompañar a la primera y que se considera de mayor gravedad. No es aconsejable insistir en que se observe si hay tiraje intercostal, ya que pocas madres destapan el tórax del niño enfermo. Los educadores en el campo de la salud podrían, no obstante, explicar que el tiraje también se puede observar en la parte anterior del cuello, en la hendidura entre el cartílago cricoides y la horquilla del esternón. A diferencia del tórax, el cuello siempre está descubierto y tiene relevancia en el contexto cultural, ya que las madres lo palpan, junto con otras partes del cuerpo, para determinar la temperatura corporal de sus hijos.

Las madres reconocen los signos de enfermedad sistémica grave, pero raras veces reconocen el letargo en niños menores de 3 meses. Es importante explicarles que el recién nacido sufre cambios de actividad observables antes de caer en el estado letár-

gico. Estos cambios pueden ser, entre otros, succión débil o difícil, palidez, fluctuaciones de la temperatura corporal e inactividad. Pocas madres son conscientes de la rapidez con que puede morir un niño con neumonía. Es necesario explicar que la búsqueda de atención debe ser rápida precisamente para evitar la muerte, sobre todo si el niño es muy pequeño. En general, las muertes súbitas tienden a interpretarse como el resultado del “mal de ojo” o de algún “malhecho”.

Hay que explicar a las madres que aunque la fiebre puede aumentar la frecuencia respiratoria, los niños con fatiga por lo general tienen infección en los pulmones. En esta situación, los tratamientos administrados en casa (antipiréticos, fricciones y baños) no son suficientes para bajarles la fiebre. También es necesario resaltar que un niño con fatiga puede morir en 3 días, y por lo tanto no se debe “entretener” la enfermedad en casa, sino más bien buscar atención médica inmediata.

Cabe recordar, por último, que en la creencia popular las infecciones respiratorias no existen como entidad independiente, sino asociadas con otras enfermedades, principalmente la diarrea, “la mollera caída” y el “mal de ojo”. Si bien las agencias internacionales y los programas nacionales de salud colocan las enfermedades en programas separados para fines operativos, no hay que olvidar que tales divisiones son, en última instancia, artificiales y que reflejan una realidad burocrática muy distante para las personas de la comunidad.

Agradecimiento. Se agradece a Himelda Ordóñez su colaboración en la recolección de datos y a Narciso Cojtí, lingüista y especialista en la cultura kaqchiquel, su revisión del texto, especialmente de la ortografía maya.

REFERENCIAS

1. Monto A. Acute respiratory infections in children of developing countries: challenges of the 1990s. *Rev Infect Dis* 1989;11:498-505.
2. World Health Organization. *Case management of acute respiratory infections in children*. Geneva: WHO; 1988.
3. Arias SJ, Benguigui Y, Bossio JC. *Infecciones respiratorias agudas en las Américas: magnitud, tendencia y avances en el control*. Washington, DC: OPS; 1992. (Serie PALTEX No. 25).
4. Mata L. *The children of Santa María Cauqué*. Berkeley: University of California Press; 1978.
5. Cruz JR, Pareja G, de Fernández A, Peralta F, Cáceres P, Cano F. Epidemiology of acute respiratory tract infections among Guatemalan ambulatory preschool children. *Rev Infect Dis* 1990;12(suppl 8):1029-1034.
6. Chew F, Gadowski A, Marroquín D. Nutritional status and feeding patterns are risk factors for death among infants with pneumonia. Trabajo presentado ante la Federal American Society of Experimental Biology, Atlanta, Georgia, 1994.
7. Chrisman N. The health-seeking process: an approach to the natural history of illness. *Cult Med Psychiatry* 1977;1:351-377.
8. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press; 1980.
9. Kroeger A. Anthropological and socio-medical health care research in developing countries. *Soc Sci Med* 1983;17:147-161.
10. Foster G. El legado hipocrático latinoamericano: caliente/frío en la medicina popular contemporánea. *Med Trad* 1979;2:5-19.
11. López Austin A. *Cuerpo humano e ideología*. México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas; 1980.
12. Bourdieu P. *Outline of a theory of practice*. Cambridge, England: Cambridge University Press; 1977.
13. Adams R. *Un análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala*. Guatemala: Editorial del Ministerio de Educación Pública; 1952.
14. Aguirre Beltrán G. La medicina indígena. *Amer Indígena* 1947;7:107-127.
15. Orellana S. *Indian medicine in highland Guatemala*. Albuquerque: University of New Mexico Press; 1989.
16. Hurtado JJ. La mollera caída. *Antropol Amer* 1979;41:139-148.
17. Rodríguez Rouanet F. Aspectos de la medicina popular en el área rural de Guatemala. *Guatemala Ind* 1971;6:1-330.
18. Hinojosa S. Prescriptions for tradition: healing in a highland Maya community. [Tesis de maestría]. University of California, Los Angeles; 1993.
19. Organización Panamericana de la Salud. *Atención del niño con infección respiratoria aguda*. Washington, DC: OPS; 1992. (Serie PALTEX No. 21).
20. Rasmuson M, Seidel R, Smith WA, Booth EM. *Communication for child survival*. Washington, DC: HealthCom Project, United Nations Agency for International Development; 1988.
21. Booth E. Selecting and prioritizing target behaviors in public health programs. Trabajo preparado para la WHO Informal Consultation, Improving Water-Related Hygiene Behaviors, 1992.
22. Graeff J, Elder JP, Booth EM. *Communication for health and behavior change: a developing country perspective*. San Francisco: Academy for Educational Development, Jossey-Bass Publishers; 1993.

Manuscrito recibido el 8 de diciembre de 1995. Aceptado para publicación, tras revisión, el 4 de abril de 1996.

ABSTRACT

Management of acute respiratory infections (ARI) in a Kaqchiquel community in Guatemala

Acute respiratory infections (ARI) are among the principal causes of childhood morbidity and mortality in Latin America. In Guatemala, pneumonia is the leading cause of death in young children and is responsible for approximately one-third of the outpatient visits to pediatric services. A large proportion of these deaths result from deficient management, attributable to a failure to recognize the first signs of pneumonia, the presence of barriers that impede immediate care-seeking, consultation with unsuitable providers, or inappropriate treatment recommendations. The purpose of this brief qualitative study was to investigate the perceptions and behaviors with respect to ARI of the residents of San Juan Comalapa, a Kaqchiquel community in the central highlands of Guatemala. Thirty-two mothers were interviewed in their homes to determine how they classified ARI and what signs and symptoms made them seek medical attention immediately. The results revealed that the mothers could recognize the presence of rapid breathing but not that of chest retraction (two important signs of pneumonia). When they sought care for the child, they usually went to physicians or other providers at health centers and occasionally at private clinics, but rarely did they seek care at an early stage of the illness, owing to poor accessibility of the services and underestimation of the severity of the symptoms. This conduct can be modified by education. The authors make recommendations aimed at improving verbal communication between health care providers and mothers.