

Creencias sobre infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años: Estudio etnográfico en dos comunidades indígenas del estado de Oaxaca

Claudia Romero Hernández *

Miguel Ángel Vaca Marín *

Demetrio Arturo Bernal Alcántara *

Palabras clave: Infecciones respiratorias agudas, menores de cinco años, comunidades indígenas, percepción materna, México.

Key words: Acute respiratory infections, younger than five years, indigenous communities, maternal perception, Mexico.

RESUMEN

Introducción: En México se ha logrado disminuir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas, en un 41.5 % de 1990 a 1997. El descenso no ha sido mayor, porque los grupos indígenas y marginados siguen manteniendo altas tasas de mortalidad.

Material y métodos: Estudio etnográfico, realizado en dos comunidades indígenas una mixteca y otra zapoteca de diferentes regiones del estado de Oaxaca. Población de estudio: 24 madres mixtecas y 15 zapotecas entre 15 y 65 años, con uno o más niños menores de cinco años. Se les aplicaron dos cuestionarios: uno, semiabierto y otro socioeconómico, traducidos oralmente por personas de las comunidades.

Objetivo: Conocer cómo las madres de dos comunidades indígenas de diferentes regiones del estado de

Oaxaca perciben e identifican a las infecciones respiratorias agudas y a qué prácticas médicas recurren?

Resultados: En la comunidad mixteca, ninguna madre reconoció la neumonía, y en la zapoteca sólo un tercio. De las infecciones respiratorias agudas superiores, la mayoría de ambas comunidades, reconoce principalmente al resfriado común. Para la atención de las enfermedades, recurren a tres acciones: tradicional, doméstica y automedicación. Ninguna madre mencionó el uso de antibióticos. Sólo cuando sus hijos tienen una infección respiratoria aguda grave, acuden a la clínica oficial.

Conclusión: El desconocimiento de las percepciones maternas del proceso salud-enfermedad-atención de las infecciones respiratorias agudas, puede hacer que las actividades de capacitación, para su prevención y control, planeadas bajo la concepción occidental del modelo biomédico les resulten ajenas, contribuyendo a mantener la morbilidad y mortalidad en sus comunidades.

* Subdirección de Investigación Sociomédica, Unidad de Investigación, INER

Correspondencia

Antrop. Claudia Romero Hernández

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, INER.

Unidad de Investigación. Subdirección de Investigación

Sociomédica. Calzada de Tlalpan No. 4502, col. Sección XVI, México, D.F., 14080

Trabajo recibido: 04-XI-99; Aceptado: 03-XII-99

ABSTRACT

Introduction: In Mexico, mortality due to acute respiratory infections (ARI) has diminished by 41.5% from 1990 to 1997. Among indigenous and marginal communities, however, mortality rates are still high.

Objective: To find out how the mothers of two Mexican indigenous communities perceive and identify ARIs and the medical practices they employ.

Material and methods: This ethnographic study was carried out in 2 indigenous communities from Oaxaca, one was mixtec and the other zapotec. The study population consisted of 24 mixtec and 15 zapotec mothers, between 15 and 65 years old, with one or more children under 5 years old. Two questionnaires were applied, one was semi-open and the other socioeconomic, and they were orally translated by members of the communities.

Results: In the mixtec community, no mother recognized pneumonia, in the zapotec community, only one third of the mothers. Of the upper ARI, most mothers of both communities recognize the common cold. Infections are attended in one of three ways: traditional or domestic methods or self-medication. No mother mentioned the use of antibiotics. Only when their children suffer a severe ARI they do attend to the official medical care center.

Conclusion: The lack of understanding of maternal perceptions on the health-illness process of ARI may render the efforts to prepare mothers in the prevention and control of these diseases, useless. The Western biomedical concept is alien to them and this contributes to keep high morbidity and mortality rates in their communities.

INTRODUCCIÓN

Se estima que alrededor de 4 millones de niños menores de cinco años mueren cada año por alguna infección respiratoria aguda (IRA) en todo el mundo y cerca del 80% de estas defunciones se deben a la neumonía. Gran parte de las muertes ocurren en países pobres, donde las enfermedades infecciosas y parasitarias siguen siendo la causa número uno de las defunciones infantiles en el tercer mundo¹⁻³.

En México, las IRA son un problema de salud pública. En la Encuesta Nacional de Salud de 1990, se identificó que en el país ocurren aproximadamente 280 millones de episodios de IRA al año, de los cuales la incidencia en niños menores de 1 año es de cinco episodios anualmente, en niños de 1 a 4 de siete episodios, mientras que en los niños de 5 a 14 años es de cuatro episodios al año⁴. En el periodo de 1990 a 1997, las IRA ocuparon el primer lugar dentro de las diez principales causas de morbilidad tanto en población general como por grupos etáreos. En 1997, las IRA ocuparon el segundo lugar como causa de muerte en los menores de cinco años, destacando la neumonía como el padecimiento que más contribuía con dicha mortalidad. Oaxaca, es uno de los estados donde se presentan altas tasas de mortalidad por IRA, arriba de la media nacional (67.7 x100, 000 habitantes menores de cinco años). A pesar de lograr una tendencia descendente en la mortalidad por IRA en México, en el periodo 1990-97 la disminución no se ha acentuado debido a que en las zonas de difícil acceso, en los grupos indígenas y marginados siguen manteniendo altas tasas de mortalidad⁵⁻⁹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) puntualiza en su Programa para el Control de las Infecciones Respira-

torias Agudas, que las muertes por neumonía en niños menores de cinco años pueden evitarse si las madres de familia, personal paramédico o médico detectan a tiempo el padecimiento y/o la gravedad del mismo a través de por lo menos un signo (taquipnea, tiraje, sibilancias, hipotermia, etc.), para que se dé tratamiento y atención médica de forma temprana y adecuada (OMS 1985).

La mayoría de los episodios de IRA se presentan en el hogar, y son las madres de familia, quienes en primera instancia interpretan, diagnostican y atienden la sintomatología de los episodios^{10,11}. Sin embargo, las madres (incluso el personal médico), en muchas ocasiones no están capacitadas para detectar oportunamente la gravedad que expresan los signos y síntomas de las IRA, lo cual pone en riesgo la vida del menor. Además, el proceso salud-enfermedad-atención del núcleo familiar está condicionado por el sistema de creencias y valores culturales de cada comunidad, lo que implica que las concepciones populares de las enfermedades van a diferir de las explicaciones otorgadas por los médicos¹². En el caso particular de las IRA, las percepciones que tienen las madres de familia ante la presencia de éstas, en ocasiones difieren de las consideraciones clínico-diagnósticas del modelo biomédico o de las recomendaciones dadas por la OMS, debido a que las creencias de las madres sobre las causas de las IRA, no las conciben como enfermedades causadas por virus o bacterias. Para ellas, los agentes que provocan una IRA reflejan causas de tipo social, espiritual, o natural, porque las relacionan con *fuertes corrientes de aire frío*¹³, con *cambios de temperatura, enfriamientos, o por demonios*¹⁴. El sentido *natural*, no biológico¹⁵, significa que son los elementos de la naturaleza, los que producen la enfermedad y el padecimiento^{*1}. Asimismo, las madres emplean términos locales diferentes a los que manejan los prestadores oficiales de salud para referirse a los signos y síntomas de las IRA¹⁶⁻¹⁸. Esta oposición de creencias culturales entre los miembros de una comunidad con los prestadores oficiales de salud hacen que las madres ante la presencia de una IRA, no remitan a los niños a los recursos oficiales de salud por las barreras culturales existentes entre ambos, por lo que prefieren llevarlo con especialistas de la medicina tradicional, médicos particulares o recurren a tratamientos caseros¹⁹.

El estado de Oaxaca tiene los índices más altos de mortalidad del país por enfermedades en las que se puede evitar la muerte, como las IRA, las cuales ocupan las tasas de mortalidad y morbilidad más elevadas del estado. La neumonía, en 1996 ocupó el tercer lugar como causa de muerte en niños en edad preescolar²⁰. Además, Oaxaca tiene el segundo mayor índice de marginalidad del país, siendo las comunidades indígenas las más afectadas, representando el 40% de los 570 municipios de alto y muy alto nivel de marginalidad del estado²¹. Las comunidades de Oaxaca, por sus características sociodemográficas, pueden ser escenarios favorables

*1 Haciendo la separación que introduce la Antropología Médica Norteamericana entre los conceptos de enfermedad o *disease* como una alteración biológica e *illness* visto como una experiencia subjetiva del estado físico.

para el desarrollo de las IRA y otras enfermedades infecciosas. Sin embargo, no sabemos cuál es el papel que juegan las creencias, prácticas y actitudes culturales para que las IRA continúen incrementándose en estas zonas. En consecuencia, se consideró la necesidad de investigar cómo las madres de las zonas indígenas de Oaxaca reconocen, detectan y a qué prácticas médicas recurren ante la presencia de los principales signos y síntomas de una IRA en niños menores de cinco años? Para contestar lo anterior, se realizó un primer acercamiento, mediante un estudio de tipo etnográfico en dos comunidades indígenas de Oaxaca, una mixteca y la otra zapoteca, elegidas por presentar elevados índices de marginalidad y altas tasas de morbilidad por IRA en niños menores de cinco años, tomando como referencia el grupo de infecciones de vías respiratorias bajas (neumonía y bronquitis) y vías respiratorias altas (resfriado común, faringoamigdalitis y otitis media aguda).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio etnográfico, apoyado con una muestra de 24 madres mixtecas y 15 zapotecas, dando un universo total de 39 madres, entre 15 y 65 años de edad; seleccionadas de forma sistemática, una de cada 10 casas, a partir de un punto de arranque céntrico de cada comunidad. A las 39 madres se les aplicó un cuestionario semiabierto, traducido a la lengua de origen (mixteco y zapoteco), de forma oral, por medio de traductores nativos de las comunidades. El cuestionario se dividió en: a) Identificación con base en signos y síntomas de las siguientes IRA: Neumonía, bronquitis, resfriado común, faringoamigdalitis y otitis media aguda; b) Explicación comunitaria de las causas de las anteriores IRA; c) Identificación de prácticas terapéuticas empleadas para cada uno de los padecimientos mencionados; d) Exposición de dos escenarios clínicos imaginarios de una IRA, los cuales tenían como finalidad que la madre de familia identificara la enfermedad expuesta y qué haría ella ante tal situación. Los escenarios fueron los siguientes: Escenario 1, *“Juanito es un niño de seis meses de edad. Hasta ahora había sido un niño sano, que venía creciendo fuerte y sin problemas, pero hace dos días Juanito enfermó. Ha tenido catarro, calentura y presenta respiración rápida. Aún su mamá le da pecho. Su madre, la señora María pregunta qué piensa usted de su hijo. ¿Qué le aconsejaría usted que haga la mamá de Juanito?”*; Escenario 2, *“Marcelino es un niño que nació hace un mes. Su mamá, la señora Rufina, no lo ve bien. El bebé no quiere el pecho, se ve muy dormido y no despierta cuando su mamá lo carga. Respira con dificultad, pero la señora Rufina no sabe qué hacer. ¿Qué haría usted con Marcelino?”*. Finalmente, se hizo un muestreo aleatorio en 136 hogares, 52 viviendas mixtecas y 84 zapotecas (incluidas las viviendas de las mujeres de la muestra), para identificar factores asociados al desarrollo de las IRA, (número de personas por vivienda, número de cuartos, material de construcción, presencia de ventilación, exposición al humo de leña).

Áreas de estudio

Primera comunidad: La primera comunidad se llama San Martín Peras, ubicada en la Mixteca Baja del estado.

Ocupa el séptimo lugar de marginación a nivel estatal²² y las neumonías son la causa número uno de enfermedad y la tercera de muerte en menores de cinco años²³. Esta comunidad, que también es cabecera municipal, tiene aproximadamente 1,926 habitantes, de los cuales un alto porcentaje es población indígena monolingüe (mixteco), que se dedica al cultivo de granos básicos (frijol y maíz) para el autoconsumo, siendo su actividad económica principal la migración temporal hacia los estados del norte del país.

Esta comunidad está asentada en la parte alta de la Sierra por lo que es de difícil acceso. Su clima es frío y subhúmedo la mayor parte del año, habiendo un decremento considerable de temperatura durante los meses de septiembre a marzo con lluvias de junio a noviembre. En materia de recursos de infraestructura médica se identificaron una Clínica oficial del IMSS de primer nivel de atención, un Nanákuatú o *Mensajero de Dios*, 4 *Rezanderos*, 3 *Cantores* o curanderos y una Casa de Salud. La Casa de Salud, es un centro de atención médico no oficial, atendida por dos promotoras indígenas de salud, que tratan las enfermedades de la población con plantas medicinales, por lo que también se les conoce en la comunidad como *hierberas*. Es importante mencionar que la asistencia diaria a la Casa de Salud por parte de madres con niños enfermos es sobresaliente, incluso podríamos inferir que es el recurso de salud más solicitado por la población materno-infantil de San Martín Peras. Se localizaron cuatro tiendas, que además de vender artículos de primera necesidad (comestibles, ropa, artículos materiales, etc.) venden y recetan a la población medicamentos de patente (Aspirinas, Neomelubrina, Alka Seltzer, supositorios, XLDOL, etc.). En la comunidad, no se observaron carteles o murales sobre cuidados primarios de salud como lactancia materna, identificación de principales signos de la neumonía, vacunación, etcétera.

Segunda comunidad: Lleva por nombre San Juan, Coatecas Altas y pertenece al municipio de Ejutla de Crespo. Se localiza en la zona zapoteca de Valles Centrales, situada a dos horas de la ciudad de Oaxaca. Esta comunidad está clasificada con un nivel de marginalidad muy alto²⁴, las infecciones respiratorias y las parasitarias son el principal problema de salud en la comunidad. Coatecas Altas está conformada por 2,650 habitantes aproximadamente con un alto porcentaje de población indígena bilingüe (zapoteco-español). Al igual que en la comunidad anterior, la actividad económica principal de la gente es la migración temporal hacia los estados del norte del país. El clima es caliente con descenso de temperatura durante los meses de septiembre a febrero. En la comunidad también predominan los caminos de terracería, pero es de fácil acceso. En cuanto a los recursos médicos, se identificó una clínica de primer nivel del IMSS, 7 *curanderos*, 3 *parteras*, *hueseros* y *sobadores*. Se observaron en la comunidad murales sobre la importancia de la leche materna en los recién nacidos y la planificación familiar.

Ambas comunidades se dedican a la siembra de granos básicos (maíz y frijol) destinados al autoconsumo, por lo que el estado de precariedad de las dos es notoria; observándose

más pobreza en la comunidad mixteca, alejada de los principales centros económicos, políticos y sociales de la región.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de las 25 madres mixtecas de la comunidad San Martín Peras, Oaxaca

Perfil sociodemográfico

El perfil sociodemográfico de las 24 mujeres entrevistadas pertenecientes a la comunidad de San Martín Peras fue el siguiente: el 75% de las entrevistadas son mujeres jóvenes, pobres con ingresos económicos menores de 200 pesos mensuales por familia (75%), dedicadas al hogar, con un alto índice de analfabetismo, 75% (Tabla 1). Además, hablan únicamente su lengua materna (54%), lo que las limita a tener comunicación con personas que hablan español u otra variante del mixteco o lengua indígena. El número de nacimientos en este grupo resultó con una media de 5.6 hijos por mujer, considerando que la mayoría son mujeres jóvenes todavía en edad reproductiva; y el porcentaje de niños

mueritos antes de cumplir los cinco años de edad fue elevado con un 66.6%, como se muestra en la Tabla 1.

Las explicaciones otorgadas por las madres sobre los fallecimientos de sus hijos fueron diversas: *la vacuna le hizo daño, se murió de sarampión, mi niño se pudrió, empezó a tener mucho vómito, nació muerto, por envidia, le dio disentería*. Dos mujeres, de las 24 dijeron que sus hijos se les habían muerto por alguna infección respiratoria: *se me murió por el frío, porque le dio harta gripa, no paró de toser, hasta que murió*, 1 nació muerto y el resto, no supo la causa del fallecimiento.

Características de vivienda

Por tratarse de IRA, se tomaron como posibles factores asociados cinco variables: *Número de personas por vivienda, Número de cuartos por vivienda, Material de construcción de las viviendas, Presencia de ventilación y Material de combustión de uso doméstico*.

El grado de hacinamiento, como se muestra en la Tabla II, presentado en las viviendas fue alto, dado que el 82% de

Tabla I. Perfil sociodemográfico de las 24 y 15 madres de familia, correspondientes a las comunidades indígenas San Martín Peras y Coatecas Altas, Oaxaca.

Características	San Martín Peras N = 24 (%)	San Juan Coatecas Altas N=15 (%)
Edad	De 17 a 35 años 18/24 (75%) De 36 años en adelante 6/24 (25%)	De 17 a 35 años 4/15 (26.6%) De 36 años en adelante 11/15 (73.3%)
Ingresos monetarios familiares	\$50 pesos semanales 18/24 (75%) Más de 51 pesos 6/24 (25%)	\$50 pesos semanales 4/15 (26.6%) Más de 51 pesos 11/15 (73.3%)
Analfabetas No analfabetas	18/24 (75%) 6/24 (25%)	8/15 (55%) 7/15 (45%)
Origen étnico	Mixteco 24/24 (100%)	Zapoteco 15/15 (100%)
Lengua	Mixteco (monolingüe) 13/24 (54%) Mixteco-español (bilingüe) 11/24 (46%)	Zapoteco (monolingüe) 4/15 (26.6%) Zapoteco-español (bilingüe) 11/15 (73.3%)
Ocupación	El hogar 19/24 (79%) Comercio 5/24 (21%)	El hogar 11/15 (73%) Comercio 4/15 (26.6%)
Media de embarazos por mujer	5.6 embarazos por mujer	seis embarazos por mujer
No. de hijos muertos antes de cumplir los cinco años de edad	De 1 a 2 hijos muertos 15/24 (66.6%)	De 1 a 2 hijos muertos 6/15 (40%)

Tabla II. Descripción de las viviendas seleccionadas de forma aleatoria de las comunidades San Martín Peras y Coatecas Altas, Oaxaca.

Características de vivienda	San Martín Peras N = 52 (%)	San Juan Coatecas Altas N = 84 (%)
<i>No. de personas por vivienda</i>		
De 1 a 3 personas	17% (9/52)	38% (32/84)
De 4 a 6 personas	82% (43/52)	61.9% (52/84)
<i>No. de cuartos por vivienda</i>		
Uno	42% (22/52)	17.8% (15/84)
Más de uno	57.6% (30/52)	82% (69/84)
<i>Material de construcción</i>		
Paredes de adobe	80% (44/52)	58% (49/84)
Paredes de cemento	20% (8/52)	42% (34/84)
Techo de lámina y/ o carrizo	82% (43/52)	50% (42/84)
Techo de cemento	18% (9/52)	50% (42/84)
Piso de tierra	100% (52/52)	89% (75/84)
Piso de cemento	0% (0/52)	10% (9/84)
<i>Ventilación</i>		
Sin ventilación	84% (49/52)	20.2% (17/84)
Con ventilación	15.3% (9/52)	79.9% (67/84)
<i>Material de combustión (uso doméstico)</i>		
Leña	100% (52/52)	97.6% (82/84)
Gas		2.4% (2/84)
<i>La cocina se encuentra separada de la casa principal</i>		
Sí	80% (42/52)	86.6% (72/84)
No	20% (10/52)	13.3% (12/84)

las casas seleccionadas son habitadas con un promedio de 4 a 6 personas, y el 42% de éstas, están conformadas por un solo cuarto. Los cuartos por lo general son pequeños, con medidas de 3 x 4 m² con una altura aproximada de 1.70 x 2 m. Las viviendas en su mayoría están construidas con paredes de adobe (80.7%), techos de lámina o teja (82.6%) y con pisos de tierra (100%).

En relación con la ventilación, clasificamos a la *ventilación adecuada* como aquella vivienda que por lo menos tuviera una ventana por cuarto (por tratarse de casas pequeñas), y como *ventilación no adecuada*, aquella que careciera de cualquier tipo de ventana. Con base en este criterio se encontró que el 84.6% de las casas no presentaron ninguna ventana. La única forma de ventilación es la puerta de la entrada principal abierta durante el día.

Por tratarse de casas pequeñas y sin ventilación, la presencia de humo de leña fue relevante para el estudio, ya que el 100% de las viviendas seleccionadas utilizan la leña como material de combustión para uso doméstico, siendo las mujeres y los niños los que están más expuestos al humo,

con un promedio de 4 a 6 horas diarias, no obstante el 80% de las viviendas tiene la cocina separada del cuarto principal (Tabla II). Las cocinas son pequeñas, generalmente elaboradas con varas de carrizo o madera, empero la acumulación del humo no deja de ser importante, causando molestias en vías respiratorias, siendo la irritación de garganta y de ojos, así como el dolor de cabeza los más referidos.

Creencias y prácticas curativas locales frente a las IRA, identificadas por las 24 madres mixtecas de San Martín Peras, Oaxaca

La identificación de las IRA por las 24 mujeres entrevistadas fue el siguiente: como se observa en la Tabla III, las mujeres de la muestra sólo hacen alusión a las enfermedades respiratorias en vías altas como la tos, y el resfriado común o como ellas le llaman *la gripe*. El síntoma de la tos fue clasificada en tres categorías: *tos por enfriamiento*, *por susto* y *por polvo*. Por lo que cada padecimiento tuvo explicaciones y tratamientos terapéuticos diferentes. La tos por enfriamiento reconocida por 11 de las mujeres de la

Tabla III. Identificación de las infecciones respiratorias por las 24 madres mixtecas de la comunidad de San Martín Peras, Oaxaca.

Nombre	Síntoma	Causa	¿Es contagiosa?	Medidas preventivas	Práctica terapéutica
Tos por enfriamiento 11/24 (45%)	-tos con flema blanca 7/11	-transgresión de normas climáticas (frío-caliente) 2/11	-Sí 5/11 -No 2/11 -No sabe 4/11	-no darle alimentos o bebidas clasificadas como frías (guayaba, limón, sandía, etc) 6/11 -cubrir al niño de cambios de temperatura 3/11	-preparación de infusiones o bebidas con yerbas calientes (flores de bugambilia, hojas de chamizo blanco, etc) 9/11
Tos por susto 4/24 (15%)	-tos seca 2/4 -el niño está muy dormilón 2/4	-el niño se espantó 4/4	-No 3/4 -No sabe 1/4	-evitar llevar al niño donde hubo peleas, riñas o asesinatos 4/4	-llevar al niño con el rezandero o con el cantor 4/4
Tos por polvo 3/24 (15%)	-tos seca con ardor de garganta 2/3	-la tierra o polvo suelto 3/3	No 3/3	-nada 3/3	-nada 3/3
La gripe 6/24 (24%)	-estornudos, escurrimiento de moco amarillo, irritación de ojos 4/6 -el cuerpo se rompe (dolor de cuerpo) 2/6	-de persona a persona 3/6 -la lluvia y el frío 3/6	-Sí 4/6 -No 2/6	-cubrir bien al niño 3/6 -no dejar que el niño se moje 3/6	-combinación de medicamentos de patente (Aspirinas, XL DOL) con infusiones calientes (flores de bugambilia, canela) 5/6 -untar Vick Vaporub en el pecho del niño 1/6

muestra, fue asociada a cambios de temperatura. Lo que hacen es quitar el frío del cuerpo del niño con remedios calientes, por tanto en las medidas preventivas, dijeron que lo mejor era cubrir al niño del frío, para evitar los enfriamientos. La tos por susto, fue el padecimiento menos referido, identificado por dos síntomas *tos seca* y *el niño está muy dormilón*. Para este padecimiento, las cuatro mujeres dijeron llevar al niño con el *Rezandero* o *Naná-kuatú* o con el *Cantor* de la comunidad. La acción del *Rezandero* consiste en llevar al niño al lugar dónde se espantó para rezarle oraciones en mixteco y comunicarse con el Santo *San Miguel*, quién le dirá quién o qué le provocó la enfermedad al niño y cómo curarlo. Por lo general, la acción terapéutica se hace con un ritual celebrado en los cerros dónde se encuentran los *ídolos*. La labor del *Cantor*, consiste en llevar al niño a la Iglesia del pueblo y pedirle a Dios todopoderoso que lo cure. La tos por el polvo,

mencionada por tres mujeres de la muestra, fue relacionada con las condiciones geográficas de la comunidad, argumentando que para eso no se puede hacer nada, acaso como mencionó una de ellas *que pavimenten el cerro*. Por último la gripa, vinculada con el frío y la lluvia, fue identificada como *pegadiza* (contagiosa), por que dicen que *cuando alguno de la familia tiene gripa, luego y a todos se nos pega*. Al igual que la tos por enfriamiento, en la gripa, las medidas preventivas consisten en quitar o evitar el enfriamiento del cuerpo.

A estas mismas madres se les preguntó, en un lenguaje adecuado, si conocían o identificaban el siguiente grupo: Neumonía, bronquitis, otitis media aguda, y faringoamigdalitis. La Tabla IV muestra que sólo una mujer de las 24 entrevistadas mencionó haber escuchado hablar sobre la neumonía, pero al momento de que se le pidió identificara algún signo o síntoma, no lo pudo hacer. Cuando se les

Tabla IV. Identificación de la neumonía, bronquitis, otitis media aguda y faringoamigdalitis por las 24 madres mixtecas de la comunidad de San Martín Peras, Oaxaca.

Infección respiratoria (N = 24)	Identificación	Síntoma	Causa	Práctica terapéutica
Neumonía	-No 19/24 (79.16%) -Sí 1/24 (4.1%) -No contestó 4/24 (16.6%)	-no sabe 20/24 (85%) -no contestó 4/24 (15%)	-no sabe 20/24 (85%) - <i>un mal aire</i> 4/24 (15%)	-llevarlo a la Casa de Salud 14/24 (56%) -llevarlo con el curandero 1/24 -llevarlo a la clínica 9/24
Bronquitis	-No 20/24 (85%) -Sí 4/24 (15%)	- <i>ronquera de pecho</i> 3/4 -fiebre 1/4	-no sabe 24/24	-jarabes para la tos (comerciales) y <i>pastillas</i> (Mejorales, Neomelubrina, XL DOL) 15/24 -Té de flores de bugambilia y manzanilla 9/24
Otitis media aguda	-Sí 5/24 (20%) -No 15/24 (60%) -No contestó 5/24 (20%)	-dolor de oídos con pus 3/5 -zumbidos 1/5 <i>a veces no escucha bien</i> 1/5	-no sabe 5/5	-gotas de cal con agua 1/5 -Aspirinas 2/5 -hacer una <i>limpia</i> 2/5
Faringoamigdalitis	-Sí 2/24 (10%) -No 17/24 (70%) -No contestó 5/24 (20%)	-dolor de garganta al comer o tragar líquidos 2/2	-nada 2/2	-untar Vick Vaporub dentro de la garganta 1/2 - <i>meter la mano en la garganta para abrirla</i> 1/2

Tabla V. Identificación de las infecciones respiratorias entre las 15 madres zapotecas de la comunidad de San Juan Coatecas Altas, Oaxaca.

Nombre	Síntomas	Causas	Práctica terapéutica
<i>Bolas en el cuello</i> 7/15 (45%)	-los niños no duermen y se quejan 3/7 -les da ansia y calentura 4/7	-por que los niños no comen a sus horas 7/15	-llevar al niño con el curandero para que le <i>truene</i> las bolas 4/7 -untar sábila asada en el cuello del niño 2/7 -nada 1/7
Gripa 5/15 (35%)	-escurrimiento de moco o moco seco 5/5	-por el clima frío 5/5	-Desenfriol 2/5 -té de canela 3/5
Tos 3/15 (20%)	-tos seca o con flemas 3/3	-por bañar a los niños en las tardes 3/3	-jarabe para la tos 2/3 -nada 1/3

explicó a las 24 madres, en qué consistía la neumonía, cuatro de ellas dijeron que posiblemente era una enfermedad causada por un *mal aire*, el resto dijo no saber cuál sería la causa. De las 24, 14 mencionaron que llevarían al niño a la Casa de Salud para que le dieran algún té preparado con

plantas medicinales, y sólo 9 lo llevarían a la clínica. La bronquitis, fue reconocida únicamente por cuatro mujeres, siendo la ronquera de pecho y la fiebre los síntomas identificados, pero nadie supo decir cuál sería la causa de la enfermedad. Los tratamientos más empleados fueron los

Tabla VI. Identificación de la neumonía, bronquitis, otitis media aguda y faringoamigdalitis por las 15 madres zapotecas de la comunidad de San Juan Coatecas Altas, Oaxaca.

Infección respiratoria (N=15)	Identificación	Síntoma	Causa	Práctica terapéutica
Neumonía	-Sí 6/15 (35%) -No 7/15 (50%) -No contestó 2/15 (15%)	- <i>hervor de pecho y ansia</i> 4/6 - <i>silbidos</i> 2/6	-el frío y la humedad 4/6 -la suciedad 2/6	-llevar al niño a la clínica u hospital 6/6
Bronquitis	-Sí 9/15 (60%) -No 6/15 (40%)	- <i>silbidos y fiebre</i> 5/9 - <i>bolas en el cuello</i> 4/9 - <i>hervor de pecho y ansia</i> 2/9	-el agua fría 4/9 -cuando los niños no comen a sus horas 2/9 -porque los niños están flaquitos 1/9 -por un <i>mal aire</i> 1/9	-aplicación de Vick Vaporub en el pecho del niño o aceite de almendras o de garbanzo 5/9 -darles bebidas preparadas con flores de bugambilia, canela o manzanilla 3/9 -llevar al niño con el médico 1/9
Otitis media aguda	-Sí 12/15 (80%) -No 3/15 (20%)	-dolor de oídos y pus 9/12 -otros 2/12	-cuando entra el agua en el oído al bañarse 5/12 -el frío 4/12 -la mugre 2/12 -un <i>mal aire</i> 1/12	-gotas de té de flores de bugambilia 8/12 -aplicación de ajos calientes con alcohol 3/12 -llevarlo al médico 1/12
Faringoamigdalitis	-Sí 11/15 (75%) -No 3/15 (20%) -No contestó 1/15 (5%)	-dolor de garganta 11/11	-porque el niño no comió a sus horas 9/11 -la lluvia 2/11 -el frío 1/11	-mezcal con limón 4/11 -aceite de almedras 3/11 -Desenfriolo neomelubrina 3/11 -lo llevarían al médico 1/11

fármacos de patente. La otitis media aguda y la faringoamigdalitis sólo fueron identificados por cinco y dos mujeres respectivamente, señalando el escurrimiento del oído para la primer patología y el dolor de anginas para la segunda.

Características sociodemográficas de las 15 madres zapotecas de la comunidad Coatecas Altas, Oaxaca

Perfil sociodemográfico

El segundo grupo de mujeres que conformaron el estudio fueron 15 madres zapotecas de la comunidad San Juan, Coatecas Altas. Las características sociodemográficas presentadas por éstas, resultaron diferentes a las anteriores. Por un lado, como se observa en la Tabla I, el porcentaje de analfabetismo es menor (55%), siendo el tercer año de

primaria el grado de instrucción escolar más representativo de las siete mujeres que no son analfabetas. El 73% de las madres hablan español y zapoteco, permitiéndoles una mayor comunicación con el resto de la población. Los ingresos monetarios también resultaron superiores, con un promedio de 600 a 1,200 pesos mensuales por familia; además, el 26.6% de las mujeres ayudan con la economía familiar, dedicándose al tejido de la palma (petates, sombreros, canastos, etc.) para luego vender sus productos al mercado. Sin embargo, las familias fueron más extensas, porque se aprecia que las mujeres tuvieron más hijos, y la mortalidad de éstos antes de cumplir los cinco años de edad disminuyó, representada por el 40%. Las muertes de sus hijos fueron por diversas causas: dos nacieron muertos, uno de diarrea, uno de neumonía y el resto no supo de qué murieron.

Características de vivienda

La Tabla II muestra a diferencia de la primera comunidad, que el número de personas por vivienda aumentó; sin embargo, el número de cuartos también, pues más del 60% de las casas de la muestra presentaron más de un cuarto, siendo estas más amplias. El material de construcción fue de mayor calidad, las paredes de cemento o ladrillo (40.7%), techos de cemento (50%) y pisos de tierra (89%) los más representativos. También se observó una adecuada ventilación en los hogares (79.7%), con presencia de 1 a 3 ventanas. La leña igualmente es el material de combustión de uso doméstico y un alto porcentaje de las viviendas tienen las cocinas separadas (86.6%), no obstante se observó que el 60% de las cocinas estaban ubicadas en cuartos de adobe sin ventilación. Por otra parte, empieza la introducción de tanques de gas en la comunidad como material de combustión (2.3%).

Creencias y prácticas curativas locales frente a las IRA, identificadas por las 15 madres zapotecas de Coatecas Altas, Oaxaca

Las 15 madres zapotecas entrevistadas clasificaron a las infecciones respiratorias en *bolas en el cuello* (45%), *gripa* (35%) y *tos* (20%), como se muestra en la Tabla V. Predomina la identificación de las *bolas en el cuello*, enfermedad asociada a que los niños *no comen sus alimentos a la hora debida*, por lo que *se les cierra la garganta*. Los síntomas descritos fueron: los niños *no duermen y se quejan*, y presencia de *ansia* acompañada con fiebre.

La Tabla VI muestra que la neumonía fue reconocida por seis mujeres de las 15 que formaron la muestra. Los síntomas mencionados más importantes fueron *hervor de pecho* para referirse a los estertores, la *ansia* para respiración rápida y/o dificultad al respirar, y *silbidos* para sibilancia. Argumentan, que la neumonía se debe principalmente al frío, a la humedad y a la suciedad. Lo correcto dijeron, es enviar al niño a la clínica u hospital, porque es *muy peligrosa*. Con respecto a la bronquitis, sólo nueve mujeres la identificaron. Los síntomas fueron variados, siendo las *bolas en el cuello*, el *silbido* y el *hervor de pecho* los de mayor importancia. Las causas principales fueron el agua fría y la

Cuadro VII. Identificación de los escenarios 1 y 2 por las madres de la comunidad de San Martín Peras y San Juan Coatecas Altas, Oaxaca.

Escenario 1 y 2 (niños con signos y síntomas de neumonía)	Comunidades	¿La madre reconoció la presencia de la neumonía en alguno de los 2 escenarios?	¿Qué signo o síntoma reconoció?	¿Qué haría la madre con el niño enfermo?	¿Qué fue lo que pensó la madre sobre la causa de la enfermedad de los niños?
Escenario 1	San Martín Peras N = 24	-Sí 0/24 -No 24/24 (100%)	-Ninguno 24/24 (100%)	-Lo llevarían a la Casa de Salud 19/24 (12.5%) -Lo llevarían a la Clínica 3/24 (12.5%) -No sabrían que hacer 2/24 (8%)	-No contestó 18/24 (75%) -Un <i>mal aire</i> 8/24 (16.6%) -El frío 2/24 (9%)
Escenario 2		-Sí 0/24 -No 24/24 (100%)	Ninguno 24/24 (100%)	-Lo llevarían a la Casa de Salud 15/24 (62.5%) -Con el Naná <i>kuatú</i> 15/24 (20.8%) -A la Clínica 4/24 (16.6%)	-No contestó 19/24 (79%) -El niño se espantó 5/24 (20.8%)
Escenario 1	San Juan Coatecas Altas N = 15	-Sí 9/15 (60%) -No 6/15 (40%)	-Respiración rápida 5/15 (33%) -Dificultad al respirar 4/15 (16.6%)	-Lo llevarían a la Clínica 9/15 (60%)	-El frío 8/15 (53%) -La humedad 4/15 (16.5%) -La suciedad 3/15 (20%)
Escenario 2		-Sí 3/15 (20%) -No 12/15 (80%)	-Dificultad al respirar 3/15 (20%) -Ninguno 12/15 (80%)	-Lo llevarían a la Clínica 15/15 (100%)	-La mamá lo descuidó 5/15 (33%) -El frío 6/15 (20%) -No sabe 4/15 (16.6%)

ingesta de alimentos en un horario no debido. Los tratamientos, por orden de importancia fueron aplicación de pomadas calientes, ungüentos comerciales y/o caseros en el pecho del niño, preparación de bebidas calientes; y si ninguno de los tratamientos funcionaban, llevar al niño a la clínica. Las infecciones en el oído fueron identificadas por 12 (80%) de las entrevistadas. El síntoma del dolor fue el más significativo. El agua, el frío, y la mugre fueron identificados como las causas, y los tratamientos empleados consistieron en remedios caseros. Finalmente, la infección en la garganta fue reconocida por 11 mujeres, siendo el dolor de garganta el único síntoma. La causa principal reconocida fue que los niños no comieran sus alimentos a la hora debida. La utilización de remedios caseros fue el principal tratamiento.

Resultados de los escenarios 1 y 2 en San Martín Peras y Coatecas Altas

Los resultados de los escenarios clínicos imaginarios, aplicados a las 39 madres de familia se muestran en la Tabla VII en donde ninguna de las 24 madres de la comunidad de San Martín Peras identificó la presencia de neumonía en los escenarios imaginarios. Al momento en que se les preguntó qué harían ellas con los niños de los escenarios, en el escenario 1, 19 de las 24 entrevistadas lo llevarían a la Casa de Salud para que las hierberas le prepararan algún té medicinal, tres acudirían a la clínica y dos no supieron qué hacer. Para el escenario 2, 10 madres llevarían al niño a la Casa de Salud y 15 con el Naná-kuatú, porque identificaron síntomas de *susto* (*se ve muy dormido y no despierta con facilidad*). En la misma Tabla, pero correspondiente a las 15 madres de San Juan Coatecas Altas, nueve de ellas identificaron la presencia de neumonía en el escenario 1. Los síntomas identificados fueron respiración rápida y dificultad respiratoria. Las nueve lo llevarían a la clínica de la comunidad o al hospital regional perteneciente al municipio de Ejutla. En el escenario 2, solamente tres de las 15 entrevistadas reconocieron la neumonía. El síntoma identificado por las tres fue la dificultad al respirar. Dijeron que el niño estaba muy grave, por lo que era necesario llevarlo a la clínica.

DISCUSIÓN

Aunque la investigación realizada en el presente estudio fue limitada a sólo dos comunidades de Oaxaca, el hecho de que los informantes provengan de los principales grupos étnicos permite hacer del análisis de los resultados una aproximación hacia el resto de las regiones marginadas de Oaxaca, y nos acerca a un mejor conocimiento sobre las creencias, actitudes y prácticas de las poblaciones indígenas ante las IRA. México, de manera similar al resto de los países de Latinoamérica enfrenta el problema de mortalidad de los menores de cinco años de acuerdo a la estrategia diseñada por los expertos de la OMS. Un componente importante lo representan la mortalidad por IRA. De este conjunto de enfermedades, la neumonía representa el problema mayor. Los estudios retrospectivos postmortem muestran, hasta la fecha, que más del 60% de las muertes por IRA ocurren en

casa. Ante la imposibilidad actual de implementar acciones de prevención primaria exitosas, se recurre al manejo de casos como una medida de prevención secundaria, en donde es importante el reconocimiento temprano de la neumonía y su tratamiento oportuno. Para esto, no sólo se requiere conocer los aspectos generales de la enfermedad, más aún, se necesita un conocimiento preciso desde el comienzo de la enfermedad hasta su expresión grave. Asimismo, se requiere que no sólo los médicos o paramédicos atiendan a los niños, sino también se debe capacitar a los padres o responsables de los niños, para evitar las complicaciones por IRA.

Regresando a los resultados obtenidos en la investigación, es notorio el desconocimiento que tuvieron las 24 madres de la comunidad mixteca con respecto a las IRA graves, ya que sólo una de las 24 reconoció la neumonía, la cual comentó que la enfermera de la clínica había dado una plática, pero que no entendió porque *todo lo dijo en español*. Este dato resulta importante considerando que muchos de los programas de salud o pláticas impartidas por el personal paramédico de la clínicas oficiales, a veces no toman en cuenta la cultura de la población a la cual van dirigidos, sobre todo en poblaciones monolingües, por lo que las estas acciones se ven destinadas al fracaso. El conocimiento que tuvieron estas madres sobre la identificación de las IRA, se limitó a enfermedades respiratorias altas (resfriado común y faringoamigdalitis). Los agentes causales de la IRA, para estas mujeres, tuvieron un sentido más *tradicional* por que dieron una explicación *espiritual* y climática. Lo climático también comprende acontecimientos simbólicos como el *mal aire*, el cual se introduce en el cuerpo del pequeño y lo enferma. Por otra parte, las mujeres zapotecas mostraron más conocimiento en la identificación de las IRA sobre todo la neumonía, además fueron las únicas en identificar los padecimientos ejemplificados en los escenarios, y reconocieron síntomas como respiración rápida; incorporando a su discurso cotidiano conceptos locales paralelos a los occidentales como el *ansia* para la respiración rápida, los *silbidos* para la sibilancia y *hervor de pecho* para los estertores; pero, ninguna de las mujeres de ambas comunidades mencionó el *tiraje* como señal de neumonía. El conocimiento referido tendría que ver con el hecho de que la mayoría de las mujeres hablan el español y recibieron algún tipo de educación formal, como se mostró en la Tabla I.

Comparando estos resultados con otros estudios realizados en comunidades marginadas, éstos también, han mostrado que las ideas maternas acerca de las causas y la expresión clínica de las IRA son diferentes de los conceptos biomédicos occidentales^{13,25-29}.

El uso de prácticas curativas en los dos grupos de madres abarcó tres acciones: Tradicional, doméstica y automedicación con fármacos de patente que compran en las tiendas de la comunidad. Con respecto a las prácticas terapéuticas, nadie de la muestra mencionó el uso de antibióticos. Se limitaron a fórmulas antigripales y anti-piréticas, combinadas con remedios domésticos o caseros. Es importante señalar que la palabra *antibiótico* fue desconocida por las madres mixtecas; ellas, más bien,

asocian el antibiótico con la palabra *itshueukeeina*, que significa *inyección*. Además, destaca el hallazgo que la Clínica oficial de primer nivel de atención es el recurso médico menos utilizado. Solamente acuden a este servicio cuando perciben que la enfermedad del niño es de gravedad. Kundi y Anjum así como Sorensen y Delgado, al igual que Mull, encontraron en sus estudios una conducta similar en sus poblaciones de estudio²⁸⁻³⁰.

Con respecto a las medidas preventivas, ambos grupos se limitaron a proteger a sus hijos de los cambios de temperatura; sin embargo, en la realidad observamos que esto no sucede así, sobre todo en la comunidad mixteca, donde dejan jugar a los niños bajo la lluvia sin ningún tipo de vigilancia y protección. También, quitar el frío de cuerpo con remedios calientes fue lo más sobresaliente, explicándose en parte la gran demanda de hierbas (gordolobo, canela, flores de bugambilia, etc.) y medicamentos (pomadas o ungüentos, entre los que destacan el Vick Vaporub) clasificados como *calientes*. No mencionaron prácticas básicas, como darle leche materna al niño más de lo acostumbrado (las madres sólo amamantan a los niños cuando estos lloran o piden de comer), vacunarlos (el 80% de los niños menores de cinco años que formaron la encuesta presentaban las vacunas correspondientes a su edad) o limpiarles la nariz (las madres raras veces les limpian la nariz a sus hijos aunque presenten mucha congestión). Estos hallazgos coinciden con los mostrados en otros estudios en los que las madres sabían reconocer la dificultad respiratoria como signo de gravedad, pero no a la respiración rápida y ponían en práctica remedios tradicionales, antes que los tratamientos alopáticos; acudiendo tardíamente, o no lo hacían, a los servicios oficiales de salud^{10,29-32}.

Las condiciones socioeconómicas y ambientales presentadas en las dos comunidades (hacinamiento, ventilación no adecuada, presencia de humo de leña, cambios bruscos de temperatura, etc.) podrían ser consideradas como factores asociados para el desarrollo de enfermedades infecto contagiosas como las IRA. Singh y Nayar, en su estudio realizado en una comunidad de Nueva Delhi, encontraron que la incidencia de IRA se asociaba estrechamente con el nivel socioeconómico de la familia, así como a factores ambientales como el tipo de casa, ventilación y material de combustible utilizado para cocinar²⁹. Staneck y Wafula, en el estudio que realizaron en Kenya, encontraron que factores de la comunidad se asociaron únicamente con episodios moderados de IRA³¹.

CONCLUSIONES

Los estudios etnográficos permiten adentrarnos de manera detallada al proceso salud/enfermedad/atención de un grupo social determinado, para comprender mejor la forma de enfermar y de padecer. A partir de este conocimiento, se pueden diseñar o adecuar políticas o programas de salud a su realidad cultural y no querer como se ha venido haciendo durante años, implementar un modelo vertical y ajeno a ellos. El hecho de que las madres de las comunidades estudiadas tengan un conocimiento limitado sobre las IRA, podría explicarse en parte porque no hay una adecuada

capacitación en salud para estos grupos, tomando como obstáculo el lenguaje y la cultura. Esta limitación puede ser un factor, entrelazada con las condiciones de pobreza, para que se incremente la morbilidad y mortalidad de las IRA y de otras enfermedades en estas poblaciones. Asimismo, los estudios etnográficos en las comunidades indígenas son base fundamental para diseñar estrategias educativas adecuadas que contribuyan a impedir la presencia de muertes por IRA a través del manejo efectivo de casos.

Agradecimientos

Se agradece a las autoridades del INER y del Programa Nacional con Jornaleros Agrícolas del estado de Oaxaca y en particular al Ing. Ricardo Díaz y a la Lic. Estela Guzmán, así como a todos los promotores de salud indígenas de las Comunidades San Martín Peras y Coatecas Altas, (con agradecimiento especial a las promotoras Roberta, Alejandra y Carmela) por el apoyo recibido para la realización del presente trabajo.

REFERENCIAS

1. World Health Organization, 45th World Health assembly. *Implementation of the global strategy for health for all by the year 2000, second evaluation; and eighth report of the world health situation*. Document A45/3: 6 March 1992.
2. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Medicina Preventiva. *Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas*, 1996; 2, Año 2.
3. Monto A. *Acute respiratory infection in children in developing countries: Challenge of the 1990's*. Rev Infect Dis 1989; 11: 489-505.
4. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. *Encuesta Nacional Epidemiológica 1987-1988*. México, 1990.
5. *Programa Nacional de Prevención y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas, México*. Salud Pública Mex 1994; 36: 4.
6. Vaca-Marín MA, Sierra MP, Bernal AD. *Panorama epidemiológico de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años de los Estados Unidos Mexicanos. Comparación con cinco países del continente americano*. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 1999; 12: 120-128.
7. Dirección General de Epidemiología, INEGI. *Anuario de morbilidad*, México, 1996.
8. Secretaría de Salud, INEGI. Dirección General de Estadística e Informática y Evaluación. *Mortalidad 1993*. México DF, 1993.
9. Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Acción en favor de la Infancia. *Programa Nacional en Favor de la Infancia 1995-2000. Evaluación 1998*. México D.F., 1998.
10. Sáenz TS. *Manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en una comunidad kaqchiquel de Guatemala*. Panam Am J Public Health 1997; 1: 259-265.
11. Modena ME. *Madres, médicos y curanderos: Diferencia cultural e identidad ideológica*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México: Ediciones de la Casa Chata, 1990.
12. Menéndez E. *Familia, participación social y proceso de salud/enfermedad/atención*. En: Universidad de Guadalajara, editores. *Familia, Salud y Sociedad*. México: U. de G, 1993: 131-162.

13. Kresno S, Harrison GG, Sutrisna B, Reingold. *Acute respiratory illnesses in children under five years in Indramayu, west Java, Indonesia: a rapid ethnographic assessment*. Med Anthropol 1994; 15: 425-434.
14. Stewart MK, Parker B, Chakraborty B. *Acute respiratory infection (ARI) in rural Bangladesh: Perceptions and practices*. Med Anthropol 1994;15: 377-394.
15. Elorza E. *Tres procedimientos diagnósticos de la medicina tradicional indígena*. Alteridades 1996; 6: 19-26.
16. Abhay T, Bang RA, Bang O, Tale P, Sontakke. *Reduction in pneumonia mortality and total childhood mortality by means of community- based intervention trial in Gadchiroli, India*. Lancet 1990; 336: 201-206.
17. Martinez H, Suriano K, Ryan GW, Pelto. *Ethnography of acute respiratory illnesses in a rural zone of the mexican central highlands*. Salud Pública Mex 1997; 39: 207-216.
18. Mendoza Z. *De lo biológico a lo popular. El proceso salud, enfermedad, atención en San Juan Copala, Oaxaca*. [Tesis de Maestría] México: Escuela Nacional de Antropología e Historia, 1993.
19. Clark M. *Health in the mexican american culture. A community study*. Berkeley: University of California Press, 1970: 162-239.
20. Dirección General de Estadística e Informática, SSA. *Mortalidad 1996*. México, 1997.
21. Ysunza OA. *¿No que no? Una experiencia con promotores comunitarios de salud en Oaxaca*. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", 1996: 29-31.
22. Secretaría de Desarrollo Social, Programa Nacional de Jornaleros Agrícolas. *Análisis microrregional de San Martín Peras*. 1era parte, México, 1996.
23. Servicios de Salud de Oaxaca, Dirección de Prevención y Control de Enfermedades, Subdirección de Atención Médica. *Diagnóstico situacional municipios de Coicoyán de las Flores y San Martín Peras, Juxtlahuaca, Oaxaca*, 1999.
24. Embriz A. *Indicadores socioeconómicos de los pueblos indios*. Instituto Nacional Indigenista, México, 1993.
25. Mrigendra RP, Nils MP, Daulaire ES, Starbuck. *Reduction in total under-five mortality in Western Nepal through community-based antimicrobial treatment of pneumonia*. Lancet 1991; 338: 993-997.
26. Mull DS, Mull JD. *Insights from community-based research on child pneumonia in Pakistan*. Med Anthropol 1994; 15: 335-352.
27. Singh MP, Nayar S. *Magnitude of acute respiratory infections in under five children*. J Commun Dis 1996; 28: 273-278.
28. Van der Stuyft P, Sorensen SC, Delgado E, Bocaletti E. *Health seeking behaviour for child illness in rural Guatemala*. Trop Med Int Health 1996; 1: 161-170.
29. Kundi MZ, Anjum M, Mull DS, Mull, JD. *Maternal perceptions of pneumonia and pneumonia signs in Pakistani children*. Soc Sci Med 1993; 37: 649-660.
30. Mishra S, Kumar H, Sharma D. *How do mothers recognize and treat pneumonia at home?* Indian Pediatr 1994; 31: 15-18.
31. Stanek EJ, Wafula EM, Onyango FE, Musia J. *Characteristics related to the incidence and prevalence of acute respiratory tract infection in young children in Kenya*. Clin Infect Dis 1994; 18: 639-647.
32. Mikhail BI. *Hispanic mother's beliefs and practices regarding selected children's health problems*. West J Nurs 1994;16: 623-638.