



Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Lorena Pasarín

Proceso salud-enfermedad-atención de niños de 1 a 5 años de edad,
en la localidad de Arturo Seguí, Provincia de Buenos Aires

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría en Epidemiología, Gestión y
Políticas de Salud

Director de la tesis

Anahí Sy

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la
Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library
"Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Pasarín, Lorena. (2011). Proceso salud-enfermedad-atención en niños de 1 a 5
años de edad, en la localidad de Arturo Seguí, Provincia de Buenos Aires [en Línea].
Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria

Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaEGyPS/028523_Pasarin.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud
10^a cohorte (2007-2009)

Tesis para la obtención del título de Magíster

Título

**Proceso salud/ enfermedad/atención de niños de 1 a 5 años
de edad, en la localidad de Arturo Seguí, Provincia de
Buenos Aires.**

Autora

Lorena Pasarin

Directora

Anahí Sy

Fecha de entrega: 17 de diciembre de 2010.

CONTENIDOS // ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	- 3 -
RESUMEN	- 4 -
ABSTRACT	- 6 -
INTRODUCCIÓN	- 7 -
CAPITULO 1-CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y EL ÁREA DE ESTUDIO	- 13 -
LA POBLACIÓN	- 15 -
EL CENTRO DE SALUD	- 15 -
CAPITULO 2-MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL DE REFERENCIA	- 17 -
ESTUDIOS ANTROPOLÓGICOS SOBRE SALUD Y ENFERMEDAD.	- 17 -
ESTUDIOS DE LOS PROCESOS DE SALUD/ENFERMEDAD CON ÉNFASIS EN AMÉRICA LATINA	- 21 -
DEFINICIONES CONCEPTUALES	- 24 -
CAPITULO 3-METODOLOGÍA DE TRABAJO	- 29 -
DISEÑO DEL TRABAJO DE CAMPO	- 32 -
RELEVAMIENTO DE DATOS	- 33 -
<i>Primera Etapa. Prospección y relevamiento de documentación. Selección de categorías diagnósticas.</i>	- 34 -
<i>Segunda Etapa. Trabajo de campo: relevamiento de episodios de enfermedad</i>	- 36 -
MATERIAL EMPÍRICO OBTENIDO: CASOS E INFORMANTES.	- 37 -
PROCESAMIENTO, SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RELEVADA.	- 38 -
<i>Análisis de contenido</i>	- 38 -
<i>Análisis de redes sociales</i>	- 40 -
CAPITULO 4-DE CUADROS DIAGNÓSTICOS Y ETIOLOGÍAS, PRIMEROS PASOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL PSEA.	- 44 -
CUADRO DIAGNÓSTICO: DOS PERSPECTIVAS.	- 44 -
<i>Padecimientos respiratorios: cuadro diagnóstico y denominaciones de la enfermedad.</i>	- 46 -
<i>Padecimientos parasitarios: cuadro diagnóstico y denominaciones de la enfermedad.</i>	- 50 -
LA CAUSALIDAD O ETIOLOGÍA DE LOS PADECIMIENTOS	- 53 -
<i>Etiología de los padecimientos respiratorios</i>	- 53 -
<i>Etiología de los padecimientos parasitarios</i>	- 57 -
QUÉ DICEN LAS QUE SABEN DE QUÉ Y POR QUÉ SE ENFERMAN LOS NIÑOS.	- 59 -
CAPITULO 5-ITINERARIOS TERAPÉUTICOS Y REDES SOCIALES	- 63 -
ITINERARIOS TERAPÉUTICOS	- 63 -
REDES SOCIALES	- 71 -
<i>Características de las redes durante el PSEA</i>	- 72 -
<i>Estructura de las redes</i>	- 75 -
DE LOS ITINERARIOS A LAS REDES, ALGUNAS CONSIDERACIONES.	- 77 -
CAPITULO 6-RESPUESTAS TERAPÉUTICAS	- 79 -
TRATAMIENTO DOMÉSTICO	- 79 -
TRATAMIENTO PRESCRIPTO DESDE LA ATENCIÓN MÉDICA PROFESIONAL	- 86 -
¿Y CÓMO LO CURAMOS? RECAPITULANDO ACERCA DE LA TERAPÉUTICA.	- 88 -
CAPÍTULO 7-CONSIDERACIONES FINALES. LA IMPORTANCIA DEL ASPECTO RELACIONAL EN LOS PROCESOS DE SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN	- 91 -

DEL ESTUDIO DE CASOS Y DEL ARS COMO ESTRATEGIAS DE APROXIMACIÓN A LA COMPLEJIDAD DEL PSEA	- 94 -
BIBLIOGRAFIA	- 97 -
ANEXO 1-CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	- 113 -
ANEXO 2-PROSPECCIÓN Y RELEVAMIENTO DE DOCUMENTACIÓN DE LAS CONSULTAS PEDIÁTRICAS DE NIÑOS DE 1 A 6 AÑOS (AÑO 2007) (EN REGISTROS, FICHAS MÉDICAS E HISTORIAS CLÍNICAS DEL CENTRO DE SALUD Nº11-ARTURO SEGUÍ)	- 114 -
ANEXO 3-GUÍA DE ENTREVISTA A MADRE Y/O PADRE, U OTROS (TERCEROS)	116
ANEXO 4-CLASIFICACIONES DE ENFERMEDADES Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD.	119
<i>CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD (CIE-10)</i>	119
<i>CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA (CIAP2-E)</i>	120
<i>CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE PROBLEMAS DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA (CEPS-AP).</i>	120
ANEXO 5-ENFERMEDADES Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD DE LOS NIÑOS DE ARTURO SEGUÍ.	122
ANEXO 6-LISTADO DE CASOS E INFORMANTES.	125
ANEXO 7-ÁRBOL DE NODOS. DIAGRAMA DE ÁRBOL.	127
ANEXO 8-TRATAMIENTO REALIZADO SEGÚN CADA CASO.	133
ANEXO 9-MATRICES PARA ELABORACIÓN DE REDES POR CASO.	134
ANEXO 10-ANÁLISIS DE MEDIDAS DE CENTRALIDAD.	137

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Anahí Sy por sus enseñanzas y calidad humana, por guiarme y entusiasmarme paso a paso, por su paciencia y su amistad.

A la Laura Teves por su gran aporte teórico y metodológico a esta tesis, por sus valiosos consejos y su gran amistad.

A Horacio por su permanente incentivo y los conocimientos brindados.

A Caro, por todos sus valiosos aportes.

A Muriel y Julián, por su entusiasmo y la colaboración que me prestaron para terminar esta tesis.

A Marisa, por apoyarme en este trabajo y por su gran dedicación en su difícil pero gratificante tarea.

A cada una de las mamás con las cuales trabajé, sin cuya participación hubiera sido imposible hacer esta investigación.

A todos los trabajadores del Centro de Salud N°11.

A Hugo Spinelli, Marcio Alazraqui, Guillermo Macías y otros docentes que me iniciaron en este camino de la Salud Colectiva.

A Bibi y Agus, por aguantarme todos los días, por los aportes a esta tesis y por la lectura del manuscrito.

A mi familia por su apoyo incondicional, especialmente a mi tía Ale por la lectura del manuscrito.

A Emma por acompañarme y bancar mis ausencias, por su infinita paciencia y por todo el apoyo que me da día a día.

RESUMEN

Los procesos de salud/enfermedad/atención (PSEA) implican la interrelación de diferentes actores sociales, que pueden tener efectos directos en la salud de las personas. Asimismo, la mayor parte de la población recurre a diversas estrategias de atención de la salud, no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud, pudiendo generar una gran pluralidad de relaciones. Este estudio analiza -desde una perspectiva etnográfica- aspectos relacionados con la salud y la atención de la enfermedad en niños/as de 1 a 5 años de edad que son atendidos en el Centro de Salud N°11 de la localidad de Arturo Seguí. El objetivo de esta investigación es abordar la perspectiva de los actores sociales y las relaciones sociales generadas en torno a las estrategias de atención de la salud de los niños.

Partiendo de una metodología cualitativa, se utilizó el Estudio de Casos para abordar episodios de enfermedad reciente o en curso, realizando entrevistas semiestructuradas a los sujetos involucrados en su atención. Posteriormente, se realizó un análisis inductivo de las entrevistas y se aplicó el análisis de redes sociales (ARS) a la información relacional que refería a los vínculos específicos existentes entre los actores sociales involucrados en el PSEA de cada uno de los niños.

Entre los principales resultados, se halló que la resolución de problemas de salud no se encuentra circunscripta exclusivamente a los espacios oficiales de atención, sino que involucra prioritariamente al ámbito doméstico y extradoméstico, a través de diferentes actores sociales -con características y responsabilidades diferenciadas- destacándose el rol de las mujeres como las principales de cuidadoras del niño durante la enfermedad y el carácter multidimensional del rol materno.

Al poner en relación el discurso médico con el de los usuarios se encuentra en el relato acerca del diagnóstico, etiología, terapéutica de la enfermedad una convergencia de saberes y prácticas, presente tanto en la similitud terminológica utilizada, como en la identificación del medioambiente como productor/facilitador de enfermedad y en la atribución de alta eficacia terapéutica a los medicamentos de patente.

Esta investigación permitió profundizar en el conocimiento de las particularidades de los PSEA en contextos de atención primaria de la salud y las principales visiones y acciones desarrolladas por los actores sociales involucrados en este proceso. El enfoque relacional de la salud, a partir del cual se relevaron y describieron las relaciones desarrolladas por los actores sociales en su propia cotidianeidad, resultó un recurso de gran utilidad para visibilizar el potencial relacional de las familias y las acciones solidarias que se generan horizontalmente entre individuos, las cuales pueden ocurrir por fuera del sistema de salud.

ABSTRACT

The health/illness/care process implies a relationship among several social actors, who may affect directly the people's health. Also, most of the people look for different strategies of health care not only for different health problems, but for the same problem, generating a plurality of relationships. This study analyzes -from an ethnographic perspective- issues related to the health and disease care in children aged 1 to 5 years, who attend to the Health Center N°11 of the town of Arturo Seguí. The research was focused on the social actor's perspectives and the relationships generated around the health care strategies of the children.

From a qualitative methodology, a case study was used to address episodes of illness in the children by means of semi-structured interviews to their caregivers. Subsequently, an inductive analysis of the interviews, and a social network analysis (SNA) were performed in order to analyze the relational information associated with specific links among the social actors involved in the health/illness/care process around each children.

The main results of this research suggest that the resolution of health problems is not limited to the professional attention, but involves primarily the domestic and extra-domestic scopes, through different social actors -with different characteristics and responsibilities-, with a prominent role of women as the primary caregivers during the child illness, as well as the multidimensional nature of the maternal role.

It was also found a convergence of knowledge and practices of physicians and patients. This "closeness" on the diagnosis, etiology and treatment of the child was reflected both by the similarities in terminology, as the identification of the environment as producer/facilitator of disease, and by the great confidence in the therapeutic efficacy of patented drugs.

Finally, this research allowed a deeper knowledge of the peculiarities of the health/illness/care process in the contexts of primary health care and the main visions and actions of several social actors involved in this process. The relational approach of health, was a useful resource to make visible the potential relationships of the families, as well as the solidarity actions among individuals, which may occur outside the scope of the health care system.

INTRODUCCIÓN

Los **procesos de salud/enfermedad/atención** (PSEA) implican la interrelación de diferentes actores sociales. Estas relaciones, con pautas y valores particulares, tienen efectos directos en la salud, especialmente aquellas vinculadas con la búsqueda del tratamiento, el cumplimiento de actividades terapéuticas y la obtención de recursos (humanos, económicos y materiales) relacionados con el reestablecimiento de la salud, entre otros aspectos (Menéndez 1994, 2002; Enríquez Rosas 2000; Bronfman 2001).

Numerosos estudios señalan que la mayor parte de la población recurre a diversas estrategias de atención a la salud, no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud (Sturzenegger 1994; Haro Encinas 2000; Idoyaga Molina 2002; Menéndez 2003, entre otros). En este sentido, se plantea la necesidad de abordar en profundidad los contextos socioculturales en que ocurre la atención de la salud, contemplando los diferentes actores sociales que participan en el PSEA, así como las relaciones que se establecen entre ellos.

Estas **redes sociales** pueden afectar positiva o negativamente la salud de los individuos y las familias (Bronfman 2001; Sluzki 1996 citado en Enríquez Rosas 2000). En este sentido, se observa que múltiples tareas involucradas en el manejo de la enfermedad recaen fuertemente en miembros del grupo familiar y/o conocidos o allegados a quien padece una enfermedad, por ello existe la necesidad de explorar el conocimiento acerca de los modos en que se responde a diferentes enfermedades y las interpretaciones acerca de las mismas, desde la perspectiva de los propios actores sociales involucrados (Price 1997).

Las representaciones sociales en torno a la salud, llevan a las personas a tomar una postura ante la enfermedad y con ello sobre la forma en que debe ser manejada y atendida. Si los profesionales de la salud no tienen en cuenta estas representaciones es muy posible que sus propias representaciones en torno al padecimiento no coincidan con la de los enfermos y las de sus familiares, produciendo interferencias en la atención (Torres López 2002)

Identificar a las personas a las que se consulta por temas de salud, ayudará en la detección de los agentes más influyentes en una comunidad, facilitando que se puedan promover nuevas prácticas de salud entre poblaciones siguiendo sus propias pautas de interrelación, reduciendo así el "impacto de los

factores que atentan o afectan la salud” (Molina y Aguilar 2004; Maldonado, 2004, p.11).

Visualizar esta diversidad en torno a las representaciones y prácticas vigentes en la comunidad, posibilitará, a los actores sociales involucrados en la atención de la salud, actuar e interrelacionarse con respeto y comprensión de sus diferencias, resultando en una mejora del PSEA.

Por medio de la presente investigación se propuso analizar, desde una perspectiva etnográfica, aspectos relacionados con la salud y la atención de la enfermedad de niños/as¹ de 1 a 5 años de edad que habitan en la localidad de Arturo Seguí y asisten al Centro de Salud N°11 (Arturo Seguí), abordando esos aspectos desde la perspectiva de los propios actores sociales involucrados e indagando sobre diversas estrategias de atención.

La selección de la franja etaria se realizó, principalmente, teniendo en cuenta la importancia de los primeros años de vida en la salud de los niños y en la vida familiar. Desde el nacimiento hasta los 5 años, los niños se encuentran mayormente vinculados con su núcleo familiar y reciben la mayor parte de los cuidados de parte de este contexto, donde se reproducen las pautas de crianza propias de su cultura y donde el modo en que se utilicen los recursos colectivos influirá fuertemente en los niveles de nutrición, atención de la salud, educación y protección del niño (UNICEF 2007). A partir de los 5 años, los niños comienzan a participar de la escolarización formal, integrándose a otros espacios institucionales con prácticas diferenciales que influirán de otras maneras en su desarrollo. Asimismo, en cuanto a la atención de la salud, en Argentina existe una obligación de seguimiento mensual del niño durante el primer año de vida, en espacios profesionales de atención de la salud. Esta obligatoriedad disminuye la frecuencia de los controles de salud, a una vez por año en edades preescolares, dejando, a partir de la edad escolar, la responsabilidad de decidir su atención a las familias -ante la enfermedad o en ocasiones que así lo requieran-.

En este sentido, esta selección permitió acotar la búsqueda y centralizarla en un grupo considerado de gran importancia en la salud pública.

¹ En el transcurso de esta tesis se tomará el término genérico “niño” o niños haciendo referencia con esta expresión tanto a los varones como a las mujeres.

En cuanto al espacio de investigación, la elección de la localidad de Arturo Seguí estuvo motivada por dos circunstancias. En primer lugar, por el hecho de haber trabajado en ese Centro de Salud en otras oportunidades, lo cual favorecía el acceso al campo. En segundo lugar, por constituirse como una localidad con características diferenciales respecto a otros sectores del municipio, debido a su ubicación geográfica y particularidades de la comunidad.

Lo antedicho generó el desarrollo de los siguientes interrogantes para la investigación:

¿Quiénes son los actores sociales involucrados en el proceso de salud/enfermedad/atención del niño? ¿Cuál es la percepción de la enfermedad desde la perspectiva de cada uno de los actores sociales involucrados en torno al proceso de búsqueda de la salud? ¿Cuáles son los tratamientos considerados y los efectivamente utilizados en la atención del niño?.

En este contexto se delimitaron los siguientes objetivos de investigación:

General:

- Caracterizar el proceso de salud/enfermedad/atención de niños de 1 a 5 años de edad que asisten al Centro de Salud N° 11 (CSN°11) de la localidad de Arturo Seguí.

Específicos:

- Identificar y describir los diferentes actores sociales involucrados en el proceso de salud/ enfermedad/atención de niños de 1-5 años en la localidad de A. Seguí
- Describir y analizar las representaciones y prácticas en torno al cuidado de la salud y atención a la enfermedad de niños de 1-5 años en la localidad de A. Seguí.
- Identificar y describir las relaciones entre diferentes actores sociales vinculados al proceso de salud/ enfermedad/atención de los niños de 1-5 años en la localidad de A. Seguí.
- Describir y analizar la influencia de las relaciones entre diferentes actores sociales involucrados en el cuidado del niño enfermo en la toma de decisiones respecto al tratamiento.

Como corolario de este proceso de trabajo, que se extendió durante dos años, deriva este trabajo de tesis organizado en 7 capítulos que dan cuenta de los resultados alcanzados en relación con los objetivos propuestos.

En el **primer capítulo**, se realiza una breve caracterización del área de estudio, de la población y del centro de salud de Arturo Seguí describiendo sus características principales.

En el **segundo capítulo** se presentan brevemente ciertos antecedentes que permiten una aproximación al tema de estudio. En primer lugar, se aborda una revisión histórica de los estudios antropológicos sobre salud y enfermedad en antropología y las líneas teóricas que le dieron origen. Posteriormente se desarrollan las particularidades de los procesos de salud/enfermedad/atención, haciendo énfasis en distintos estudios realizados en América Latina. Luego, se presenta la definición de las categorías teóricas y operacionales utilizadas en este estudio, así como la relación entre ellas.

En el **capítulo tercero** se desarrolla la metodología de trabajo aplicada en la investigación, el diseño y realización del trabajo de campo, incluyendo sus fortalezas y debilidades. Asimismo se presenta el material empírico obtenido en el trabajo de campo y las técnicas implementadas para la sistematización de la información. Por último se muestran las estrategias analíticas utilizadas, aplicando el análisis de contenido y el análisis de redes sociales (ARS).

En los capítulos 4, 5 y 6 se concentran los resultados del análisis de los datos relevados en la investigación. Al final de cada uno de estos capítulos se incluye una breve discusión de los resultados, que luego se busca poner en diálogo con el cierre de la tesis. El **cuarto capítulo** se centra en los resultados del análisis de los discursos proporcionados por las entrevistadas, en relación a los signos y síntomas que identifican, los nombres que le dan a la enfermedad y la explicación sobre las causas que la motivan, presentando sus diferencias y similitudes. En el **quinto capítulo** se presenta la información analítica correspondiente a la secuencia de actividades realizadas para la resolución de los problemas de salud de los niños, describiendo los itinerarios terapéuticos realizados y la red social implicada. En el **sexto capítulo** se relata el análisis de los tratamientos considerados y los efectivamente utilizados en el PSEA.

A modo de cierre, en el **séptimo capítulo se** retoman los principales resultados de la tesis, volviendo a los objetivos propuestos y reflexionando sobre la utilidad teórica y metodológica del análisis de redes sociales y del estudio de

casos. Finalmente, se señalan los aspectos más importantes encontrados y se sintetizan algunas recomendaciones que servirán para delinear trabajos a futuro.

PARTE I:

ABORDAJE TEÓRICO-METODOLÓGICO

CAPITULO 1

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y EL ÁREA DE ESTUDIO

La localidad

Arturo Seguí se sitúa a 17,5 km. al noroeste del casco urbano de la ciudad de La Plata (Buenos Aires, Argentina), partido del cual forma parte.

El surgimiento de esta localidad se remonta a mediados de la década del '20 con la instalación de una estación del Ferrocarril General Belgrano, línea que unía las ciudades de La Plata y Avellaneda, actualmente sin actividad. En terrenos del ex ferrocarril se disponen los espacios públicos más importantes y concurridos de la localidad: la plaza de juegos y el predio de actividades de la Comisión de Fútbol Infantil. Frente a estos terrenos se encuentra la manzana educativa conformada por el Jardín de Infantes N°924, la Escuela de Educación Primaria N°32; la Escuela de Educación Secundaria N°31, la Escuela de Enseñanza Media N°7 y el Centro de Educación para Adultos. A pocas cuadras, se localizan el Centro de Salud Municipal N° 11, el Jardín de Infantes N° 2133 "Sagrado Corazón de María", la Sociedad de Fomento y el Centro de Estimulación Temprana (Dirección General de Estadística y Evaluación de Programas Especiales 2009).

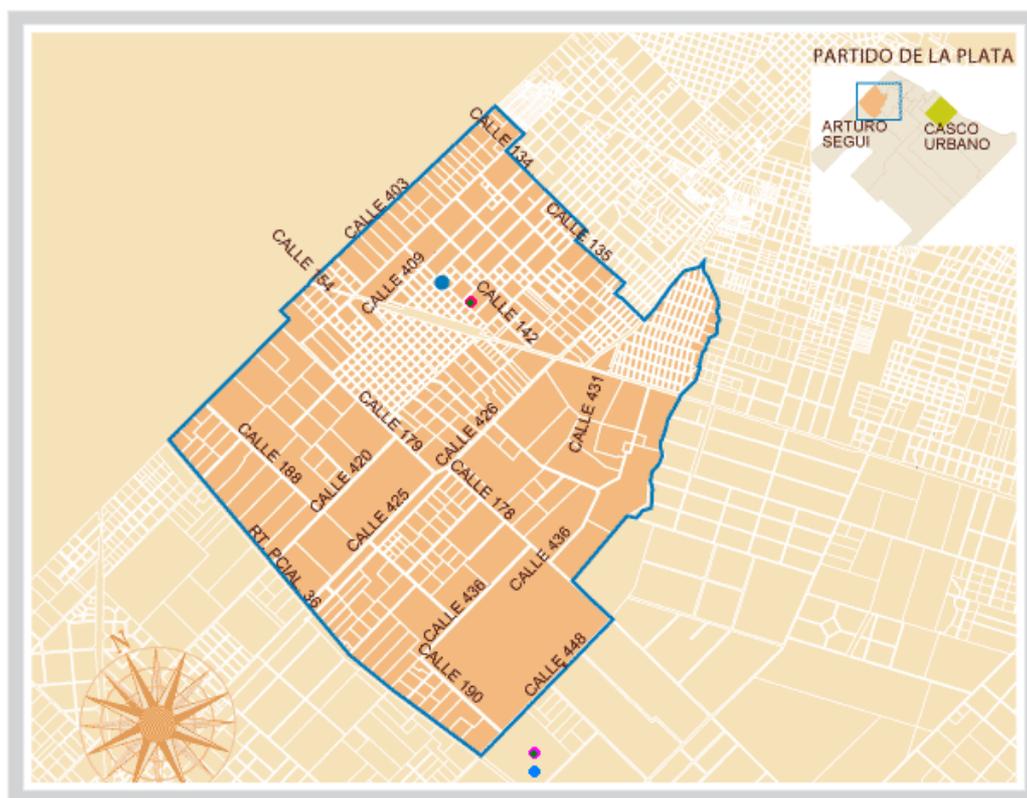
La población de esta localidad se dispone alrededor de la ex estación, la cual funciona como zona céntrica en torno a la que se instalan la mayoría de los comercios y residencias. Hacia la periferia pueden encontrarse dos sectores diferenciados: un sector de explotaciones de actividad primaria intensiva (floricultura y horticultura) con residencias asociadas, y un sector de concentración de población de bajos recursos económicos, apostada en casillas y ranchos ocupando pequeñas parcelas.

Arturo Seguí si bien cuenta con la provisión de energía eléctrica en toda su extensión, otros servicios como el gas natural, el agua corriente y los desagües

cloacales resultan prácticamente inexistentes en la mayoría de los hogares (Dirección General de Estadística y Evaluación de Programas Especiales 2009).

Respecto al servicio de agua corriente, si bien la zona cuenta con un tendido de la red oficial y algunas viviendas céntricas cuentan con acceso directo a la misma, las obras aún no han sido culminadas. Esto resulta en que la mayoría de la población sólo tiene disponibilidad a un caño madre con acceso restringido a las viviendas a través de conexiones provisionarias (mangueras) y escasa presión de agua, que obligan a realizar el consumo de agua de pozo a través de perforaciones para extracción del agua subterránea. Con frecuencia, estas fuentes de agua se encuentran muy cercanas a pozos sépticos, ocasionando su contaminación a través de filtraciones y colocando a la población en riesgo sanitario, especialmente por la adquisición de enfermedades gastrointestinales. Esta situación, entre otras, coloca a la población de Arturo Seguí en un nivel crítico, con un 31% de sus habitantes con las necesidades básicas insatisfechas (NBI) (Dirección General de Estadística y Evaluación de Programas Especiales 2001).

Figura 1. Plano de la localidad de Arturo Seguí



Fuente: Departamento Ejecutivo de la Ciudad de La Plata, 1999.

La población

Hasta el año 2001, la localidad contaba con 6.115 habitantes (Dirección Provincial de Estadísticas 2001). En los últimos 5 años, debido a la ocurrencia de migraciones provenientes del Conurbano Bonaerense, el número de habitantes de la localidad aumentó significativamente. Según referencias de la directora del Centro de Salud y la pediatra, se calcula el ingreso de aproximadamente 3000 personas que se asentaron, en su mayoría, en hogares muy precarios, ocupando terrenos fiscales y privados. Esto llevó a la aparición de un sector con gran hacinamiento poblacional aumentando los problemas sanitarios.

La población es predominantemente de nacionalidad argentina, aunque con un significativo porcentaje de residentes de origen extranjero (7%), provenientes de países como Perú, Paraguay y Bolivia. En general, la población activa se ocupa como obreros o empleados, aunque se registran también trabajos como cuentapropistas y trabajadores familiares². La mayoría de sus habitantes carece de servicios médicos por obra social, resultando en la concentración de la mayoría de las consultas en el Centro de Salud (Dirección General de Estadística y Evaluación de Programas Especiales 2001).

El Centro de Salud

El Centro de Salud N°11 de Arturo Seguí pertenece al ámbito de la Municipalidad de La Plata. Posee una estructura edilicia rectangular, con distribución en una planta. Cuenta con una sala de espera, cuatro consultorios, una administración, una enfermería-vacunatorio, un baño público, un depósito, un baño para el personal, una habitación para las guardias y una cocina. También se incluyen un patio y un garaje para los automóviles del personal.

En diciembre de 2008, comenzaron ampliaciones del centro que fueron culminadas en junio de 2009. Las mismas proporcionaron al Centro de Salud la

² Trabajador familiar, corresponde a una categoría ocupacional de la población ocupada descrito por el INDEC como aquella persona que realiza frecuentemente tareas de ayuda en la actividad de un familiar (CENSO 2001).

relocalización de espacios (mudanza de los consultorios de clínica médica y pediatría, la enfermería y la administración), la ampliación de la enfermería, la construcción de nuevos consultorios (pediátrico y clínico) y de una sala de entrevistas para la trabajadora social. Se añadió también una nueva sala de espera y un salón de usos múltiples para la realización de reuniones y charlas con la comunidad.

Respecto a la atención, de acuerdo a los carteles dispuestos en el lugar y a referencias de sus trabajadores, el Centro de Salud se encuentra abierto las 24 horas del día. De lunes a viernes cuenta con atención de consultorios y enfermería por la mañana y por la tarde; vacunación por la tarde y una guardia nocturna de enfermería para atención de emergencias y derivaciones al Hospital.

Los sábados por la mañana y por la tarde, cuenta con guardia médica y de enfermería. Los sábados por la noche y los domingos, sólo con guardia de enfermería.

Cada 15 días asiste al Centro, un móvil de la Municipalidad que efectúa extracciones de sangre y retira muestras para la realización de análisis clínicos.

El Consultorio Pediátrico está conformado por 2 pediatras de planta y la asistencia de 2-3 residentes del Hospital de Niños de La Plata, en rotaciones con permanencia de 1 a 2 meses. La atención se realiza de lunes a sábados, durante la mañana y la tarde, excepto los días jueves y viernes que se atiende en un solo turno (jueves por la mañana, viernes por la tarde) y los días sábados en que se atienden sólo emergencias.

El Consultorio de Clínica Médica es asistido por 2 médicos clínicos. Se atiende de lunes a sábados, generalmente durante la mañana, aunque algunos días también cuentan con atención por la tarde.

El Consultorio Odontológico es atendido por una odontóloga, con ayudantes ocasionales, y tiene atención de lunes a viernes por la mañana, excepto los días martes.

También cuenta con atención de un médico para el consultorio ginecológico y una obstétrica para la atención de las embarazadas. La consejería de una trabajadora social es ofrecida los días jueves y viernes por la mañana.

Durante el 2008, el Centro contaba con atención psicológica 3 veces por semana. En 2009, este servicio ya no se encontraba disponible.

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL DE REFERENCIA

Estudios antropológicos sobre salud y enfermedad.

Desde sus inicios, la antropología ha mostrado interés en estudiar las creencias y prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad. Sin embargo, el tema de la enfermedad se constituía como una cuestión marginal en los informes de los primeros antropólogos, ya que era considerado como un fenómeno natural externo a las culturas indígenas y era una cuestión de escaso interés para la etnografía, ya que su motivación se reducía a rescatar los aspectos exóticos de las "sociedades primitivas". Algunos investigadores como Tylor y Frazer, se centraron en el estudio de los sistemas terapéuticos indígenas asociándolos con el campo de las creencias, la magia y la religión, considerándolos productos de una mentalidad indígena errónea o imperfecta. Asimismo, la discusión teórica sobre los mismos era una cuestión ausente (Martínez Hernández 2008).

Rivers (1924) y Forrest Clements (1932) se constituyeron como los primeros antropólogos en discernir la existencia de sistemas médicos en las sociedades que estudiaban, distinguiendo distintas visiones sobre la etiología y el tratamiento de la enfermedad, y elaborando una tipología universal de las mismas. A fines del siglo XIX y principios del siglo XX, algunos antropólogos americanos como Bourke, Matthews y Regan desarrollan informes más detallados con descripciones de oraciones, cantos, ensalmos y recetas; pero que operan a manera de inventario y no discuten la funcionalidad en su contexto más amplio o su vinculación con el mantenimiento de las relaciones sociales (Martínez Hernández 2008).

En las década del '30 y '40, el estudio de la salud y la enfermedad cobra mayor interés para los antropólogos gracias a una visión sociohistórica proveniente de la medicina, a partir de la influencia de autores como Erwin H. Ackerknecht. Es en estas décadas que también surgen investigaciones sobre problemas psiquiátricos vinculados a los procesos de urbanización propuestos

desde la Escuela de Chicago, como por ejemplo los estudios de Robert Redfield. También ocurre un aumento e interés sobre los problemas de personalidad y carácter en el ambiente socio-cultural en que se manifiestan, resultado de la combinación de teorías psicológicas y los principios culturalistas propuestos por Franz Boas y desarrollados por algunos de sus discípulos como A. Kardiner, Ralph Linton, DuBois Edward Sapir, Margaret Mead. Estos antropólogos se ocuparon del estudio de temas como la enfermedad mental en los grupos indígenas, los usos culturales del alcohol, el chamanismo y la psicoterapia (Good 2003; Lasala Meseguer 2003).

Desde la década de los '30, los antropólogos son solicitados para la resolución de problemas provenientes de la medicina, ya sea formando parte de comités de asesoría en nutrición y salud en agencias nacionales e internacionales -como lo hicieron Ruth Benedict, Margared Mead y Audrey Richards- o participando en el desarrollo y planeamiento de programas de salud pública, ante el fracaso ocurrido cuando se intenta aplicarlos en países no industrializados (especialmente en poblaciones rurales) principalmente a causa del desconocimiento biomédico de las concepciones culturales y las prácticas médicas de las sociedades autóctonas (Caudill 1953).

Hacia fines de los años 60, el modelo desarrollista entra en crisis e impacta fuertemente en el campo de la salud pública latinoamericana, promoviendo el surgimiento de una corriente de pensamiento en el campo sanitario conocida bajo el nombre de Medicina Social, que estudia la salud y la enfermedad como una expresión de procesos sociales en su articulación con los procesos económicos, políticos e ideológicos de la sociedad (Iriart et.al. 2002). La causalidad es vista desde otro punto de vista, considerando que los modos de vivir en la sociedad pueden producir trastornos biológicos particulares llamados "enfermedad" (Laurell 1986). La noción de enfermedad como "anormalidad" sancionada oficialmente por la medicina científica comienza a discutirse, como así también quién establece esas normas que serían universalmente válidas y qué es lo deseable o adecuado (Sy 2008). Hacia fines de los 70 y principios de los 80, se desarrollan una serie de conceptos, propuestas teóricas y metodológicas de representantes de distintos paradigmas que evidencian un crecimiento académico en los campos disciplinarios de las ciencias sociales. Varios autores provienen de la medicina, como Fábrega, quien incorpora la idea

de la multicausalidad de la enfermedad distinguiendo entre dos planos: *disease* (enfermedad como realidad médica objetiva) e *illness* (expresión subjetiva de la *disease*). La *disease* corresponde a un nivel biológico y representa la capacidad de evaluar el mal o buen funcionamiento del organismo. La *illness* corresponde la expresión de los síntomas y del sufrimiento por quien la padece, desde su comprensión cultural. Si bien inicialmente esta distinción hallaba su correspondencia disciplinar, la primera como patrimonio exclusivo de la medicina científica y la segunda como patrimonio exclusivo de la antropología, posteriormente ambas serían reconocidas como categorías culturales susceptibles de análisis etnográfico (Comelles y Martínez 1993; Good 2003; Comelles 1997; Lasala Meseguer 2003; Martínez Hernández 2008).

Otro autor que se destaca en este periodo es George Foster que analiza los sistemas médicos no occidentales. En 1976 escribe su "*Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems*", artículo en el cual presenta la concepción etiológica de la enfermedad como criterio para comparar estos sistemas médicos. El autor describe dos tipos principales: las "*etiologías personalistas*" (causas relacionadas por la intervención intencional de un agente activo, humano o sobrenatural) y las "*etiologías naturalistas*"³ (causas relacionadas con un desequilibrio interno entre el medio natural y cultural). Las etiologías "*personalistas*" son parte de sistemas explicativos más comprensivos (más amplios), donde las enfermedades son un caso especial de explicación de toda la desgracia (enfermedad como sanción a la transgresión: mal dar). Mientras que las explicaciones "*naturalistas*" se restringen exclusivamente a la enfermedad (Foster 1976). También plantea la distinción de dos niveles de causalidad, correspondiendo al primer nivel la causa efectiva o eficiente (¿qué o quién ha hecho esto?) y al segundo nivel, la causa instrumental o inmediata (¿qué se le ha hecho?).

Otro gran aporte es proporcionado por Eduardo Menéndez, quien realiza una fuerte crítica al modelo biomédico al cual propone denominar "*Modelo Médico Hegemónico*" (MMH) (Menéndez 1978, 1979, 1983, 1984, 1988, 2005a). Este autor caracteriza este modelo enumerando una serie de rasgos estructurales como biologismo, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, pragmatismo, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del

³ Ambas expresiones se refieren a una traducción propia del original en inglés. "*personalistic etiologies*" y "*naturalistic etiologies*", respectivamente.

usuario, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, así como tendencias inductivas al consumo médico (Menéndez 1978, 1979, 1983, 1988). Planteando que estas características “tienden a excluir o limitar la incidencia y el reconocimiento de la importancia de los factores económico-políticos y socioculturales para la producción y solución de los problemas de salud/enfermedad” (Menéndez 1985^a, p.21).

La mayor parte de la década de los '80 y de los '90, se constituye como una etapa de surgimiento de diversas perspectivas teóricas y de gran debate académico, evidenciando el surgimiento de una mirada crítica en la antropología médica. Si bien continúa el interés por los temas desarrollados en décadas anteriores, se incorpora a la biomedicina como objeto de estudio de la antropología. Las instituciones médicas se convierten en objetos centrales para debatir problemas como el poder, la dominación y la biopolítica. También surgen otros intereses por temáticas como la aflicción y la corporalidad. Entre los autores más representativos pueden mencionarse a Kleinman, Good, Taussig, Young, Lock y Scheper Hughes, Menéndez, entre otros (Good 2003, Martínez Hernández 2008).

Arthur Kleinman (1980) se centra en la expresión subjetiva de la enfermedad, su narrativa e interpretación. Considera que la salud, la enfermedad y la atención son parte de un sistema que debe ser entendido a partir de sus relaciones mutuas. Otro aporte que realiza es la recombinação de la dualidad propuesta por Fábrega considerando a la *disease* en referencia a una disfunción de los procesos biológicos o psicológicos, incluyendo como modelo explicativo posible a las representaciones de la biomedicina. Por otro lado, relaciona el término *illness* con la experiencia psicosocial y el significado percibido de la enfermedad.

En la misma década, Taussig introduce la concepción de que la enfermedad y su tratamiento tienen un significado social y moral. Estudia la relación médico-paciente como una interrelación social que refuerza las premisas básicas de la cultura vigente, donde la enfermedad es un espacio óptimo para las disputas de poder, en el cual el profesional es quien tiene el conocimiento verdadero y el paciente es vulnerable e ignorante, originando una relación de carácter puramente instrumental y objetivo (Taussig 1992).

Por otro lado, Alan Young (1982) considera que los conceptos y categorías son culturalmente producidos y privilegiados. Hace una lectura crítica de lo que denominó “modelo explicativo del enfoque de la enfermedad” proponiendo

elaborar un enfoque alternativo que priorice las relaciones sociales “que producen las formas y distribuciones de padecimientos en la sociedad” (Young 1982 citado por Good 2003, p.80).

Byron Good (1992) critica el conocimiento y la práctica médica, explorando sus formas de significación y experiencia. Analiza las relaciones entre el sufrimiento humano y las representaciones culturales, así como las consideraciones morales y estéticas de la práctica médica (Good 2003).

Margaret Lock y Nancy Scheper Hughes (1996) se proponen estudiar los conocimientos que se relacionan con el cuerpo, la salud y la enfermedad como culturalmente construidos, negociados y renegociados en un proceso dinámico a través del tiempo y el espacio (Lock y Scheper-Hughes 1996). Junto a E.G. Mishler; M. Taussig y M. Singer, entre otros representantes de la Antropología Médica Crítica, señalan que los antropólogos deben orientarse hacia la búsqueda y análisis de la producción social de un proceso biológico. En este sentido explican cómo lo biológico se articula con procesos socio-históricos, económicos, políticos e ideológicos de grupos sociales particulares, en un momento dado.

En esta misma década y hasta la actualidad, un gran aporte teórico y empírico lo proporciona Eduardo Menéndez quien continúa con sus críticas al MMH y publica diversos artículos, producto de investigaciones sobre los sistemas culturales y/o ideológicos que operan en los padecimientos tradicionales; describiendo y analizando las relaciones económicas, sociales y culturales, trabajando con el concepto de *proceso salud/ enfermedad/ atención* (Menéndez 1990, 1991, 1992a, 1994, 1996, 1998b, 2005a, 2010 entre otros). Finalmente, la enfermedad comienza a ser considerada como parte de un proceso social, área de la vida colectiva donde se estructura la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas en las sociedades.

Estudios de los procesos de salud/enfermedad con énfasis en América Latina

Los procesos de salud/enfermedad han sido materia de estudio de diversas investigaciones de los últimos tiempos. Ya sea analizando de manera explícita o implícita este proceso, varios trabajos abordaron la problemática de la

enfermedad y los procesos individuales y colectivos implicados en ella. Un gran desarrollo de investigaciones en relación al tema puede observarse en América Latina, especialmente en México, Argentina y Brasil.

La mayoría de los autores analizados centra su interés en investigar las concepciones y prácticas relacionadas con la atención de la enfermedad dentro del ámbito doméstico, rescatando especialmente el punto de vista de los curadores tradicionales y los cuidadores (Mendoza González 1997; Sesia 1999; Osorio Carranza 2001; Idoyaga Molina 2003; Crivos 2003; Alarcón-Muñoz y Vidal-Herrera 2005; Coelho Gomes Da Silva 2005; Chamorro y Tocornal 2005; Peña Aristizábal y Romero Torres 2007; Sy 2008; Remorini 2009a, 2009b).

En México, Osorio Carranza (2001) investiga las formas de entender y curar la enfermedad de los niños en la comunidad rural de San Juan (Estado de México). Por otra parte, en contextos indígenas de San Lucas Ojitlán (Oaxaca, México), Paola Sesia (1999) analiza el sistema de clasificación etnomédico chinanteco alrededor de los padecimientos gastrointestinales para determinar como se define, enfrenta y responde a estas enfermedades en niños menores de cinco años.

En contextos urbanos de la ciudad de Bogotá (Colombia), Sara Peña Aristizábal y Martha Romero Torres (2007) desarrollan una investigación con el objetivo de conocer los saberes tradicionales y las concepciones de salud y enfermedad en relación a las infecciones respiratorias agudas y neumonía en los niños menores de cinco años.

En Pernambuco (Brasil) un estudio aborda la problemática de la esquistosomiasis manzónica en contextos rurales, planteando la necesidad de integrar la dimensión contextual en el abordaje de los problemas de salud, en relación a los procesos interactivos que se producen entre los agentes, la susceptibilidad y el medioambiente (Coelho Gomez Da Silva 2005).

En Chile, Chamorro y Tocornal (2005) analizan las concepciones del sistema salud/enfermedad y su terapéutica en comunidades indígenas del Salar de Atacama. Otro trabajo realizado en centros de salud de la región de la Araucanía (Chile) explora las dimensiones culturales en el proceso de atención primaria en los niños desde la perspectiva de las madres (Alarcón-Muñoz y Vidal-Herrera 2005).

En Argentina, Anátide Idoyaga Molina (2003) aborda las diferentes estrategias que llevan adelante campesinos del Noroeste Argentino (NOA) y Cuyo en su búsqueda de salud, basándose en sus vivencias, ideas y nociones. También en el NOA, Marta Crivos (2003) realiza su tesis sobre los procesos de búsqueda de la salud y la experiencia de la enfermedad en el contexto del modo de vida en los Valles Calchaquíes salteños. En otro contexto geográfico, Anahí Sy (2008) caracteriza el conocimiento y prácticas involucradas en los procesos de búsqueda de la salud ante enfermedades gastrointestinales en dos comunidades Mbya-Guarani (Misiones, Argentina), indagando en la situación de enfermedad tal como es experimentada por quienes la padecen e intervienen de una u otra manera en su tratamiento. En las mismas comunidades, Carolina Remorini (2009a) establece relaciones entre los procesos de salud/enfermedad y el ciclo vital desde la perspectiva Mbya-Guaraní, buscando identificar y analizar los factores y procesos socioculturales y ambientales que inciden en las representaciones y prácticas en torno al crecimiento, desarrollo y salud de los niños.

La cuestión del PSEA ha sido analizada también a partir del seguimiento de las trayectorias de enfermedad desde la perspectiva de los propios enfermos y/o sus familiares. Diversos trabajos afrontaron este proceso a partir del seguimiento de las trayectorias de enfermedades concretas. Por ejemplo, Álvarez Gordillo y cols. (2000, 2001) abordan las percepciones y prácticas de enfermos de tuberculosis en Chiapas (México) y la adherencia al tratamiento, rescatando que el desconocimiento sobre la enfermedad propicia la elección de diferentes alternativas para su atención. Por otro lado, Mariza Maria Serafim Mattosinho y Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva (2007) reconstruyen el camino terapéutico de los adolescentes con diabetes mellitus tipo I y sus familiares, vinculados a una institución de salud de Florianópolis (Brasil). En el mismo sentido, Silva et al. (2004) desarrollan el estudio de los itinerarios de personas con problemas respiratorios crónicos en Santa Catarina. Otras investigaciones estudian en poblaciones de bajo recursos de Paranaguá, Brasil (Gerhardt 2006) y de Salta, Argentina (Pereyra et. al. 2007), indagando sobre la percepción de los problemas de salud e identificando las estrategias individuales y colectivas y los significados de las mismas.

Por otra parte, entre la bibliografía disponible se hallan estudios en contextos institucionales, pero que en general abordan sólo una parte del PSEA. Algunos de ellos se ocupan de la calidad de atención, rescatando la opinión de los usuarios y/o sus familiares respecto del servicio brindado en las instituciones de salud, pero no se interesan sobre el proceso por fuera de las mismas (Moreno et.al. 1998; Retamal Gonzalez y Monge Jodra 2000; Días Grávalos 2001; Martín Araújo 2003; Ortiz Espinoza et.al. 2004).

A partir de esta breve revisión de la literatura puede vislumbrarse que, en general, aunque estos estudios se basan en el reconocimiento de la existencia de diversos modelos explicativos del proceso salud/enfermedad, se han centrado específicamente en uno de ellos, haciendo énfasis especialmente en la percepción de los cuidadores o de los propios enfermos, dejando de lado la opinión de los profesionales médicos respecto de los episodios de enfermedad. La particularización del estudio en una forma de atención, no permitiría establecer asociaciones significativas entre los distintos modelos, excluyendo la posibilidad de solapamiento o complementación de saberes y prácticas.

Definiciones conceptuales

En la biomedicina ha prevalecido, y continúa vigente, a pesar de las diversas críticas y aportes teóricos desarrollados, una concepción biologista o naturalista de salud/enfermedad, que plantea una oposición entre lo sano y lo patológico, donde la enfermedad se concibe como algo individual, resultado de la desviación de una norma estadística y resultado de un funcionamiento subnormal de alguno de los órganos o sub-sistemas del cuerpo (Christopher Boorse 1975). A partir de las prácticas clínicas, el médico reconoce las cadenas causales que operan a nivel biológico y, gracias a su formación académica, asigna un significado sintomático a este estado alterado fisiológico (Good y DelVecchio Good 1982). Sin embargo, la enfermedad no es una situación estática sino que constituye un proceso que involucra factores psicológicos, sociales y culturales que influyen la experiencia de los malestares o padecimientos, sus manifestaciones y la expresión de los síntomas e implican subjetividades,

interacciones y negociaciones entre los distintos actores involucrados (Good y DelVecchio Good 1982; Becker et.al 2009).

Es en este sentido que se toma el concepto de **proceso de salud/enfermedad/ atención** (PSEA), definido como un conjunto de representaciones, saberes y prácticas que generan los grupos sociales para entender, explicar, "enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos" (Menéndez 1994, p.71).

En primer lugar, estas **representaciones sociales** deben concebirse como formas de **conocimiento práctico** que son elaboradas y compartidas socialmente, resultado de procesos históricos y orientadas a posibilitar la comunicación, que deben ser entendidas dentro de los contextos sociales, materiales e ideativos en las cuales se producen (Jodelet 1985; Spink 1993, Menéndez 2002). En el campo de la salud/enfermedad/atención, estas representaciones serán generadas a partir de las experiencias personales y las compartidas, comprendiendo las nociones colectivas sobre el cuerpo y su funcionamiento, las señales que indican que algo se encuentra mal, la gravedad de la situación, la interpretación y su forma de atención. Estas representaciones y experiencias tendrán un efecto significativo en la elección de las formas de atención de los padecimientos y en la aceptación, rechazo o indiferencia sobre la forma de manejar la enfermedad prescrita por los profesionales de la salud (Torres López 2002).

Por otro lado, es necesario considerar que estos procesos operan en un campo sociocultural heterogéneo compuesto por técnicas, valores culturales e interpretaciones ideológicas diferenciales, que deben ser entendidos y analizados dentro del **campo relacional** del cual forman parte. Aunque el análisis se encuentre centrado en sólo uno de los niveles (de los sujetos, de las instituciones o de los conjuntos sociales) la articulación entre los mismos debe ser reconocida para una mejor comprensión de la problemática planteada (Menéndez 1994, 2002). Asimismo, a través de este campo relacional que se da a partir de los PSEA podrán vislumbrarse cuestiones que impactan más allá de esos procesos mismos.

Para la comprensión de los PSEA es necesario describir y analizar los procesos terapéuticos, individuales y colectivos, involucrados en la búsqueda de la salud. En estos recorridos se toman diferentes decisiones y se desarrollan

acciones que siempre se encuentran vinculadas al contexto en el cual se produce el "padecimiento", implicando cambios en la subjetividad del sujeto que padece "entendiendo por ésta aquella percepción que el sujeto tiene de sí mismo y la que otros tuvieran de éste incluyendo su posición social en el campo de relaciones de poder" (Veena Das y Kleinman 2000 citado por Sánchez Hernandez 2008, p.185)

Una forma de visibilizar y representar esta secuencia es a través de la descripción de los **itinerarios terapéuticos**, secuencia de actividades que son emprendidas en el proceso de búsqueda de resolución del padecimiento por parte de los propios actores sociales, constituyendo un indicador de los recursos utilizados (Kleinman y Psordas, 1996). La construcción de itinerarios permite comprender los discursos y prácticas expresados en diferentes lógicas, resultado de las propias experiencias (Bellato et.al. 2008).

En estos trayectos, el recorrido no es solitario sino que involucra también a las **redes sociales** de los individuos y/o de sus familias (Leite y Vasconcellos, 2006). Una red social está conformada por actores sociales, ya sean individuos, grupos, organizaciones, comunidades, etc., que se encuentran vinculados unos a otros a través de un conjunto de relaciones sociales que podrían afectar positiva o negativamente la salud de los individuos y las familias (Lozares 1996; Enríquez Rosas 2000; Sluski 2002; Bronfman 2001).

Estos actores podrán tener interpretaciones divergentes sobre la enfermedad y su resolución, como así también ocupar un rol específico dentro de una o más formas de atención. Así cualquier itinerario implicará la utilización directa o indirecta de diferentes contextos de **atención de la salud**, y es a través de la reconstrucción de los trayectos que puede accederse al reconocimiento de éstos. Al respecto, varios autores han discutido sobre los distintos modelos médicos y/o medicinas involucrados en la atención de la salud. Por ejemplo, Arthur Kleinman (1980) describe un sistema de atención de la salud compuesto por tres partes que se superponen parcialmente: el sector popular, que contiene las creencias y actividades de distintos niveles (individual, familiar, de la red social y de la comunidad); el sector profesional, que incluye las profesiones curativas organizadas; y el sector tradicional, que incluye las prácticas de curadores no profesionales, especialistas nativos o locales, que varían según regiones y grupos étnicos. Anatile Idoyaga Molina (2005) realiza una crítica de éste y otros modelos propuestos enfatizando en la necesidad de

describir la totalidad de la oferta de salud para abordar las preferencias y selecciones concretas de los usuarios teniendo en cuenta factores culturales, socioeconómicos, regiones geográficas, área de servicios médicos y tipos de dolencias. Propone una nueva categorización en la que considera para los sistemas locales de oferta médica la existencia de los siguientes categorías: biomedicina (medicina alopática y psicoterapias), medicinas tradicionales (curanderismo y shamanismos), autotratamiento (consumo de fármacos de laboratorio, remedios vernáculos preparados en la casa y ciertas terapéuticas rituales de raigambre católica). Incorpora las categorías de medicinas religiosas (prácticas curativas realizadas en el contexto de ceremonias, rituales y creencias del catolicismo, de las iglesias evangélicas y pentecostales y umbanda: imposición de manos, grupos de oración, contacto con el sagrario, exorcismos) y medicinas alternativas (la acupuntura, el reiki, la reflexología, la aromaterapia, el shiatsu, la cromoterapia, la terapia de vidas pasadas, la medicina ayurvédica, la astrobiología, entre otras).

Esta última propuesta parece ser suficiente, sin embargo, al igual que los otros modelos, no consideran la posibilidad de formas intermedias, por lo cual quedarían porciones por fuera de la descripción. Para los fines de esta tesis se propone la integración de las propuesta de Haro Encinas (2000) y Menéndez (2005), quienes proponen que la **atención de la salud** implica un sistema compuesto en el cual pueden distinguirse distintas formas de atención, que no constituyen modelos mutuamente excluyentes entre sí, sino que se solapan y complementan, admitiendo formas híbridas o intermedias. Entre estas formas pueden distinguirse:

- *Autocuidado/autoatención*: Alude a la dimensión personal o doméstica, donde se ejercen los cuidados más elementales para la promoción y reparación de la salud y para la prevención de las enfermedades. Incluye acciones centradas tanto en el individuo como en el grupo doméstico. Estas prácticas tienden a activar respuestas colectivas, que abarca tanto al grupo doméstico como a las redes sociales informales.
- *Atención Médica Profesional*: corresponde a la biomedicina y se refiere a la atención brindada por profesionales de la salud reconocidos por la comunidad científica y por el Estado. Incluye los sectores público y privado, desde el primer nivel de atención hasta el nivel de especialidades.

- *Atención de tipo "popular" y "tradicional"*: incluye aquellas formas especializadas de atención como curanderos, brujos, hueseros, shamanes, etc. Aquí se incluye ciertas figuras religiosas que también aparecen cumpliendo un papel curativo.
- *Atención alternativa*: incluye formas más modernas consideradas de la "Nueva Era", como la homeopatía, osteopatía, etc. sanadores bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitario, etc.
- *Atención devenida de otras tradiciones médicas académicas*: medicina china, ayurvédica, tibetana, mandarina, acupuntura, etc.⁴.

⁴ Haro Encinas, no separa estas tres últimas formas sino que las considera parte del mismo grupo.

CAPITULO 3

METODOLOGÍA DE TRABAJO

La metodología utilizada en esta investigación es cualitativa, ya que "es apropiada cuando el investigador se propone investigar la construcción social de significados, las perspectivas de los actores sociales, los condicionantes de la vida cotidiana o brindar una descripción detallada de la realidad" (Denzin y Lincoln 1994 citado por Wainerman y Sautu 1997, p.188).

Para el desarrollo de esta investigación se consideró especialmente adecuada la aplicación de la metodología del Estudio de Casos⁵ como fuente de información acerca de episodios concretos de enfermedad. Esta aproximación metodológica permite explorar respuestas alternativas a una misma enfermedad, reconocer variables socioculturales que intervienen en estos procesos y acceder a diferentes concepciones y estrategias en torno a los procesos de salud-enfermedad (Crivos 1999).

Si bien asume múltiples desarrollos (Merriam 1988; Yin 1989; Hamel, 1993; Stake 1994; Crivos 1999; Sy 2007a, 2007b, 2008); los autores coinciden al señalar que el estudio de casos representa el análisis de un "sistema limitado" en tiempo y espacio, mediante la recolección de múltiples fuentes de información ricas en contexto. El fenómeno de interés puede ser una persona, un proceso, evento, grupo, organización o una actividad. Las fuentes de información incluyen observaciones, entrevistas, materiales audio-visuales, documentos e informes. El contexto del caso involucra situarlo dentro del espacio físico o social, histórico o económico (Creswell 1998). Así, los casos están generalmente caracterizados, por una parte, por su carácter concreto y especificidad circunstancial, y por la otra, por su interés teórico o generabilidad (Creswell 1998, Schwand 1997).

⁵ Este término debe ser diferenciado de los estudios epidemiológicos de casos y controles, donde los denominados "casos", representan un grupo de sujetos (u otras entidades) caracterizados por presentar el evento o enfermedad que se desea estudiar y los compara con un grupo de "controles", que no presentan el evento. Mientras en ciencias sociales, los estudios de casos constituyen investigaciones de casos particulares, conducidos de una forma holística que incluyen observación, reconstrucción y análisis de los casos bajo estudio (Hamel 1993).

Robert Yin (1993) plantea que el estudio de casos es una forma esencial de investigación en ciencia social y el método apropiado cuando los investigadores desean (a) definir tópicos ampliamente, no estrechamente (b) cubrir condiciones contextuales y no solo el fenómeno bajo estudio y (c) depender de fuentes de evidencia múltiples, no singulares.

Así, el estudio de casos se presenta como un medio para la reconstrucción de la situación de enfermedad, las diferentes versiones en torno a los sucesos y los saberes y prácticas asociados a los procedimientos de diagnóstico, terapéutica y prevención (Crivos 1999).

En este sentido, se considera que la implementación de esta metodología resulta particularmente adecuada en tanto admite un abordaje de la situación de enfermedad desde la experiencia vivida. Esto permite acceder al conocimiento y las prácticas efectivamente involucradas en la identificación de enfermedades, las redes sociales que moviliza, los diversos factores involucrados en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, la asignación de causas, la significación de los signos, síntomas y recursos disponibles; la terapéutica, el seguimiento y los resultados del mismo (Sy 2008).

Respecto a la elección de los casos, la mayoría de los autores establece que los mismos no deberían ser elegidos por su representatividad: un caso es estudiado porque puede arrojar luz sobre un tema, concepto o problema particular predeterminado; incluyendo sus contextos y actividades habituales (Stake 1995).

En la presente tesis se trabajó con casos de enfermedad recientes o en curso; ya que a partir de los mismos sería posible "identificar todas o, por lo menos, la mayoría de las formas de atención que intervienen en un contexto determinado, lo cual sería difícil de obtener - por muy diversas razones - si partimos inicialmente de los curadores". (Menéndez 2003, p.187).

A partir de esta clase de relatos sobre el proceso de búsqueda de la salud, desde la experiencia de los individuos involucrados, es posible acceder a normas culturales, expectativas sociales, en general, y de la comunidad, en particular, contribuyendo a configurar su vivencia y el valor otorgado a la enfermedad (Cortes Duque et.al. 2005). Como lo señala Pirce (1997), la memoria de eventos

o sucesos temporalmente datados, esto es, la memoria episódica⁶, tiene un rol central en la construcción y refinamiento de los modelos cognitivos compartidos. En este sentido, las historias de enfermedad, sin excepción, codifican conocimiento cultural significativo. El relato de episodios concretos de enfermedad permite obtener información sobre ciertos comportamientos y perspectivas de los actores sociales que participan del proceso. Estas perspectivas subjetivas son consideradas como "situadas" temporal, espacial y socioculturalmente, ni verdaderas ni falsas en sí. "La utilidad que tiene (...) es que dan cuenta de alternativas posibles de comportamiento en un contexto dado y de formas posibles de representar la experiencia" (Remorini et.al. 2007, p.31).

Asimismo, para profundizar en el análisis de la información relacional, se aplicó el análisis de redes sociales (ARS). Este abordaje, surge como una estrategia para pensar la enfermedad dentro de un contexto relacional, a través de la descripción de los actores sociales involucrados en los PSEA de los niños.

El ARS se ha desarrollado como herramienta teórica y metodológica en diversas disciplinas (Wasserman y Faust 1994; Lozares 1996; Molina 2001). En cuanto a su utilidad metodológica permite medir y analizar los entramados sociales que emergen de las relaciones que ocurren entre distintos actores sociales (individuos, organizaciones, naciones, etc.), permitiendo aplicar un conjunto de técnicas específicas en el análisis de esas estructuras sociales (Rodríguez 1995; Scott 2000; Molina 2001).

Respecto de la utilidad metodológica y/o teórica de las redes sociales para el abordaje de las problemáticas en salud se han efectuado diversos estudios entre los que se distinguen investigaciones sobre: la organización de servicios de salud en Red (Rovere 1999, Johanson 2000, Ríos 2005, Benbenaste 2008); la incidencia directa de las redes sobre el nivel de bienestar durante el padecimiento de una enfermedad o en la resistencia a ciertas enfermedades y/o en las probabilidades de contagio; la vinculación entre la disponibilidad de apoyo social con la existencia de ciertos niveles de salud y enfermedad: efecto positivo o negativo de las redes sociales sobre la salud de los individuos y las familias (Sluzki 1996 citado por Enriquez Rosas 2000, Castro et. al 1997, Bronfman

⁶ Mientras la memoria semántica almacena el conocimiento más general acerca del mundo, la memoria episódica es básicamente autobiográfica y contiene conocimiento acerca de eventos temporalmente datados. (Price, 1997)

2001, Crivos et.al. 2003, Maldonado 2004; Pham-Kanter 2009; Pasarin 2009) y, el "trabajo en red" de instituciones, donde se parte de la institución y se recuperan los vínculos con otros actores, para fortalecer las redes y mejorar los recursos de las comunidades, las personas y las organizaciones (Dabas y Perrone 2006).

En particular para esta tesis, debido a la participación de diversos actores sociales en cada uno de estos procesos relacionados con la salud y la enfermedad, se hace necesario estudiar el papel que cada uno de ellos juega en este proceso. Un análisis de las relaciones sociales resulta significativo para su conocimiento, ya que las relaciones que se establecen entre diferentes actores sociales, a propósito del proceso de búsqueda de la salud, expresan pautas y valores vinculados a este proceso.

Diseño del trabajo de campo

Para desarrollar investigación en espacios institucionales de salud en la provincia de Buenos Aires, resulta un requisito indispensable contemplar ciertos criterios éticos enmarcados dentro de la Ley Provincial N° 11.044 de Investigaciones Científicas en seres humanos. Esta Ley refiere la protección de las personas que son sujeto de una investigación biomédica, psicológica y/o farmacológica; partiendo de la observación de ciertos criterios rectores que otorgan garantías, ajustados a valores y principios éticos universalmente proclamados como el Código de Nuremberg y la Declaración de Helsinki, entre otros.

Entre otros aspectos, la Ley reglamenta la obligación de contar con el aval de un Comité de Ética en Investigación para la realización de la pesquisa y el compromiso de obtener un consentimiento informado por escrito de cada sujeto que actúe como objeto participante de una investigación, informando sobre los objetivos, potenciales beneficios, riesgos e inconvenientes y asegurando la libertad de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

Por lo antedicho se solicitó, previa concurrencia al campo, el aval del Comité Institucional de Revisión de Protocolos de Investigación del Instituto de

Desarrollo e Investigaciones Pediátricas "Prof. Dr. Fernando E. Viteri" del Hospital de Niños de La Plata, para la realización de la investigación.

Para la confección del consentimiento informado se contemplaron diversos aspectos y antecedentes en antropología en Argentina y en otros países (Valero 2001; Domínguez Mon 2004; Rosenthal 2006; Seda 2007; Leach et.al. 2008; Mantilla 2008; Dixon-Woods et.al. 2009). Finalmente, se elaboró un consentimiento (VER ANEXO 1) que cumplía con los requisitos legales, planteándolo como instrumento negociable y revisable durante todo el proceso de la investigación, sensible a las situaciones cambiantes que ofrecía el campo (Morse et.al. 2003).

En segunda instancia se solicitó la autorización a la Directora y las pediatras del Centro de Salud N°11, planteando los objetivos de la investigación y cómo se iba a trabajar, notificando ellas mismas los motivos de la investigación a las autoridades municipales.

Simultáneamente, se diseñaron los instrumentos para el relevamiento de datos empíricos/o en terreno:

- Fichas para el registro de enfermedades a relevar en las historias clínicas de consulta médica de pacientes pediátricos del Centro de Salud N°11-Arturo Seguí (VER ANEXO 2).

- Modelo de entrevista semiestructurada para el relevamiento de información sobre los casos (VER ANEXO 3).

Relevamiento de datos

El trabajo de investigación estuvo integrado por 4 meses de trabajo de campo, realizados en 2 etapas. La primera etapa se desarrolló durante el mes de julio de 2008. La segunda etapa entre septiembre y octubre de 2008 y mayo de 2009.

Durante la primera etapa se realizó una prospección y relevamiento de documentación de las consultas pediátricas (historias clínicas) realizadas durante el año 2007 en el Centro de Salud N°11 de la localidad de Arturo Seguí, con el fin de seleccionar, entre el conjunto de categorías diagnósticas, aquellas

patologías más frecuentes, que permitieron definir el tipo de enfermedades a relevar mediante el estudio de casos.

En la segunda etapa del trabajo de campo fue seleccionada una muestra de casos, esto es: episodios de enfermedad de las categorías seleccionadas, ya fueran de comienzo reciente o en curso, en niños de 1 a 5 años. A partir de allí, se realizaron entrevistas semiestructuradas a sujetos involucrados en su atención. Paralelamente, se efectuaron observaciones del espacio y la dinámica de atención del centro de salud.

Primera Etapa. Prospección y relevamiento de documentación. Selección de categorías diagnósticas.

Se examinaron 350 historias clínicas correspondientes al año 2007, las cuales fueron elegidas al azar, extrayendo una de cada tres historias clínicas de un fichero donde las mismas son archivadas. En base a ello se pudieron relevar un total de 113 Historias Clínicas que cumplían con los criterios anteriormente mencionados. De cada una se extrajo la siguiente información:

- Número de Historia Clínica.
- Fecha de Nacimiento del niño.
- Enfermedad/es, mes de consulta.

Se transcribieron textualmente las categorías diagnósticas registradas. Solamente se exceptuaron aquellas consultas realizadas para control obligatorio de salud y las consultas por fiebre donde no se especificaba ninguna patología y/o diagnóstico. También fueron descartadas aquellas historias clínicas que resultaban ilegibles.

Con las Historias Clínicas (HC) relevadas se confeccionó una base de datos. En esta instancia se hallaron dificultades relacionadas con la ausencia de un único criterio de llenado en los registros de las HC para el campo que corresponde al "Diagnóstico" o a "motivo de la consulta". En algunas situaciones aparecía expresada una categoría diagnóstica de enfermedad, utilizando a veces términos técnicos o siglas que designan la patología. Sin embargo, en otras

situaciones, se registraban síntomas⁷ y/o signos⁸, sin asentar un diagnóstico tentativo. En ocasiones aparecía el registro de la medicación indicada, sin mencionar la enfermedad que se estaba tratando.

Al respecto se observó la presencia de un gran número de diagnósticos cuyo carácter general no permitió precisar el problema que estaba afectando al niño. Por ejemplo, se mencionaba "parasitosis" sin especificar de qué tipo o a qué órgano/sistema se encontraba afectando.

Para resolver esta cuestión, se buscó un criterio de agrupamiento y/o clasificación de la información obtenida de las historias clínicas a partir de un sistema proveniente del modelo médico. Se evaluaron las siguientes clasificaciones (VER ANEXO 4)⁹:

- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10) (OPS 2003).
- Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP2-E) (Comité Internacional de Clasificación de la WONCA 1999).
- Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria (CEPS-AP). (Ministerio de Salud y Ambiente 2005).

Volcando la información obtenida en las tres clasificaciones, las enfermedades respiratorias se presentaron como aquellas de mayor frecuencia. En segundo lugar, utilizando CIE-10 y CEPS-AP, se incluyeron las enfermedades infecciosas y parasitarias; mientras que para la CIAP-2E se encontraron las

⁷ Un Síntoma es, en medicina, la manifestación de una alteración orgánica o funcional a partir de una referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por un estado patológico o enfermedad. Por ejemplo: la distermia o sensación de tener un trastorno de la temperatura corporal (sensación de fiebre, escalofrío), el mareo, la náusea, el dolor, la somnolencia, etc. (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1979).

⁸ El signo clínico se corresponde con un dato objetivo y objetivable que reconoce o es provocado por el médico y es consecuente con una enfermedad o alteración de la salud, y que se hace evidente en la biología del enfermo. Ej: la fiebre, el edema, el enrojecimiento de una zona del cuerpo, son signos clínicos (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1979).

⁹ Cabe aclarar que la clasificación utilizada por la Secretaria de Salud del Municipio de La Plata no es incluida como parte de esta evaluación, debido a que al momento del análisis de las mismas se restringe el volcado de información a los "motivos de consulta". Ello da lugar a registros que no resultan precisos al momento de delimitar qué patologías están afectando a la comunidad, si bien presenta la ventaja de estar registrando por qué motivos consulta la gente. Esto último sería así siempre que el médico este registrando lo que dice el paciente sobre el motivo de su consulta y no la lectura médica de la "motivación" del paciente, dejando fuera problemas de salud detectados durante la misma. Así se produciría un subregistro de información respecto a múltiples patologías existentes en la población de Arturo Seguí. Esta afirmación es constatada a partir del acceso a las bases de datos del Municipio y la comparación con los registros obtenidos de primera mano en esta investigación. Sin embargo, es necesario mencionar que esta situación fue advertida por los responsables de las estadísticas de salud municipales, que han modificado en el año 2009 la forma de registro y clasificación.

enfermedades del Aparato Digestivo, que incluye las afecciones causadas por parásitos (VER ANEXO 5). Finalmente, por mayor frecuencia de ocurrencia se seleccionaron como categorías diagnósticas para trabajar con los casos:

- las enfermedades respiratorias;
- las enfermedades parasitarias que afectan el sistema digestivo¹⁰.

Segunda Etapa. Trabajo de campo: relevamiento de episodios de enfermedad.

Como estrategia metodológica, se decidió participar en la consulta pediátrica para detectar la ocurrencia de estas enfermedades (o sus síntomas), contando con el consentimiento expreso de las autoridades pertinentes, los padres y/o responsables de los niños y los pediatras que atendían el consultorio.

Una vez en la consulta, gracias a la colaboración de los médicos y a partir del diagnóstico de alguna de las problemáticas de salud objeto de la investigación (respiratorias o parasitarias), se conversó con los padres y/o responsables de los niños. En esta charla, se describieron los objetivos de la investigación y se solicitó su colaboración, explicitando en qué consistiría la entrevista que se le realizaría y requiriendo el consentimiento informado, donde se indicaba el carácter voluntario de participación en la investigación, garantizando la confidencialidad y el anonimato.

Posteriormente, la información sobre cada caso fue relevada a través de entrevistas semi-estructuradas, realizadas a cada una de las personas involucradas en el proceso de búsqueda de la salud del niño enfermo. A saber: madres y/o familiares de los niños con diagnóstico de enfermedad, profesionales de salud u otras personas que realizaron el diagnóstico y/o acompañaron en el proceso.

En general, las entrevistas fueron realizadas el mismo día o en días posteriores a la consulta, en el Centro de Salud o en los domicilios particulares de los informantes, según era consensuado con los entrevistados¹¹. Si el episodio

¹⁰ A partir de aquí se tomará “enfermedades parasitarias” o “padecimientos parasitarios” siempre en el sentido antedicho, refiriéndose a aquellas que afectan el sistema digestivo y excluyendo las que afecciones de piel u otras.

¹¹ En ocasiones se encontraron impedimentos para la concurrencia a los domicilios debido a la inseguridad de ciertas zonas de Arturo Seguí. Esta preocupación fue manifestada por las entrevistadas, quienes señalaban la necesidad de resguardar a la investigadora ante la posibilidad de exponerse a algún peligro en el trayecto hasta

de enfermedad era de inicio reciente, se realizaba un seguimiento del caso, presenciando las consultas al médico consecuentes a este momento, en la medida de lo posible, participando en conversaciones espontáneas en los pasillos y/o acordando una nueva instancia de entrevista.

La modalidad de entrevistas incluyó la realización de una serie de preguntas abiertas, siguiendo un eje temático, combinada con abordajes libres de los informantes acerca del tema propuesto (VER ANEXO 3).

Las entrevistas fueron registradas en grabaciones digitales del audio para obtener un registro textual del discurso de los entrevistados. Cabe aclarar que los nombres y apellidos de los entrevistados, como así también cualquier otro dato que permitiera identificarlos, fueron reemplazados por un código para garantizar la confidencialidad de los datos y preservar el anonimato.

Además, se observaron algunos de los eventos e interrelaciones pertinentes a cada caso, en el contexto de la consulta para obtener información accesoria que permitiera rescatar aspectos de las situaciones que los narradores descartan u omiten en las entrevistas, así como contextualizar la información obtenida mediante las mismas (Price 1997).

El relevamiento de datos estuvo basado en el criterio de saturación teórica, donde a medida que avanzaba el proceso se iban agregando sujetos a la muestra buscando incrementar la diversidad. El proceso terminó cuando las entrevistas con personas adicionales no producían ninguna información nueva o relevante para la comprensión del fenómeno (Vieytes 2004). En este tipo de muestreo lo más importante no es el número de personas entrevistadas sino la información que proporcionan para interpretar el tema de interés.

Material empírico obtenido: casos e informantes.

En el transcurso de la investigación se trabajó con información referente a la descripción de los PSEA de enfermedades respiratorias y/o parasitarias de 12 niños de entre 10 meses¹² y 4 años de edad (ver ANEXO 6). Se obtuvo

sus casas. Como estrategia de investigación, se decidió respetar la decisión de las mismas y en el caso de que permitieran la asistencia a su domicilio, se realizaba acompañada por ellas o por la enfermera del Centro.

¹² Si bien el rango elegido era de 1 a 5 años de edad, por la gran información que aportaba este caso y por el seguimiento que se hizo se decidió finalmente incorporarlo al corpus de esta tesis.

información relevante de 9 casos de enfermedades respiratorias y 3 casos de enfermedades parasitarias a través de **15 entrevistas** grabadas. En algunas entrevistas se relató la ocurrencia de ambos tipos de patologías, sirviendo para incrementar el volumen de información de la investigación.

Por cada caso se obtuvo el relato de 2 informantes, sólo en un caso se registró información de un tercero (tía). El relato de cada episodio era realizado por la madre del niño y una de las pediatras del centro de salud. Dentro de este grupo de mujeres entrevistadas se encontró una abuela (JEF.8) que cumplía funciones de madre, ya que la madre del niño había fallecido, y así fue considerada para todos los análisis.

Todas las entrevistadas fueron mujeres de 20 a 42 años de edad, con diferentes grados de experiencia en la maternidad (de 1 a 7 hijos). En general, estas mujeres no trabajaban fuera del hogar y se quedaban en su casa al cuidado de sus hijos. Quienes trabajaban afuera, realizaban tareas domésticas en casas de familia y de cuidado de adultos mayores o contaban con empleo en empresas de limpieza (ver ANEXO 6).

Procesamiento, sistematización y análisis de la información relevada.

Análisis de contenido

Inicialmente la información obtenida en las entrevistas fue transcrita textualmente y procesada en MS WORD.

Posteriormente se realizó un análisis inductivo de los datos, partiendo de las observaciones y de las entrevistas transcritas de manera textual y utilizando el software NVIVO¹³ como soporte para la sistematización y análisis de los datos.

El software NVivo es una herramienta de análisis cualitativo diseñada para manejar textos, información visual y de audio, en los que son necesarios profundos niveles de análisis. Este software ayuda a administrar, perfilar y darle sentido a la información obtenida, permitiendo combinar el almacenamiento de documentos con la exploración de datos e ideas para conducir a la búsqueda de respuestas a las preguntas de investigación, el sondeo de tendencias y la

¹³ Copyright © 2008 QSR International Pty Ltd. ABN 47 006 357 213.

elaboración y prueba de nuevas ideas e hipótesis. Al igual que su antecesor QRS NUDIST, el NVIVO permite organizar la información proveniente de diferentes fuentes –entrevistas, observaciones y registros biomédicos-, habilitando a la reconstrucción de la secuencia terapéutica correspondiente a cada caso - “colecciones de datos de la misma clase que se desea comparar y contrastar” (QRS NUD*IST 4 1997)- y favoreciendo la identificación de variables relevantes a su descripción y análisis comparativo. En este sentido facilita el proceso de codificación y recuperación de los datos codificados –categorías, su alcance y propiedades-, así como la comparación entre categorías, favoreciendo la aplicación del método de la comparación constante y de técnicas de inducción, deducción y verificación propias de la aproximación analítica que provee la grounded theory o “teoría fundada” (Glaser y Strauss 1967). Esta aproximación resulta especialmente adecuada al análisis de información cualitativa y la elaboración de hipótesis fundadas en los datos empíricos (Sy 2008).

Por medio de este software la información contenida en el corpus discursivo fue organizada seleccionando unidades textuales (en este caso párrafos) y vinculándolas a “nodos”, fichando simultáneamente de dos maneras:

- fichado de acuerdo a las categorías de búsqueda del proyecto, tomando en cuenta los tópicos con los que fue orientada la entrevista, y
- fichado de acuerdo a la categoría del sujeto entrevistado con las categorías que surgieron del discurso de los informantes.

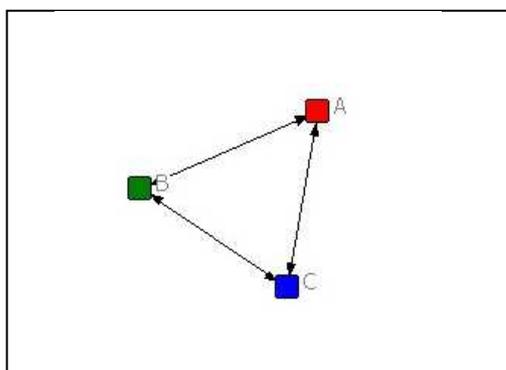
Por medio de este fichado se generaron nuevas categorías que fueron organizadas en un árbol de nodos ramificados para su análisis descriptivo (VER ANEXO 7). Luego, se procedió a comparar las categorías de los entrevistados para descubrir definiciones contextuales (aquellas que pertenecen a la cultura y son actualizadas por los sujetos y permiten definir sectores, géneros y/o grupos de edad), registrando recurrencias y diferencias en las apreciaciones y las opiniones de los entrevistados.

Análisis de redes sociales

En una segunda instancia, se aplicó el análisis de redes sociales (ARS) a la información relacional que refería a los vínculos específicos existentes entre los actores sociales involucrados en el PSEA de cada uno de los niños.

Para comprender la formalización propuesta por este análisis es preciso describir en esta instancia algunas características básicas. En primer lugar, para analizar una red social es preciso contar con datos relacionales, es decir, información sobre los vínculos específicos existentes entre un par de actores sociales (Wasserman y Faust 1994; Hanneman 2000). Estas relaciones pueden ser simbolizadas mediante un lenguaje matemático, proveniente de la teoría de grafos, en el cual los actores serán representados por puntos o nodos y los vínculos serán representados por líneas que conectan un par de nodos (Ver FIG. 2) (Scott 2000; Sanz Menéndez 2003).

Figura 2. Esquematización de una red.



Fuente: elaboración propia a partir de la bibliografía.

Para su análisis se realiza, en primer lugar, una descripción de las características de la red:

- Tamaño de la red: cantidad de contactos que se mantienen durante el evento a estudiar.
- Atributos de las personas involucradas (sexo/edad) (Molina 2005; Enríquez Rosas 2000).
- Tipo de relación mantenida con ese actor social, observando la manera en que se distribuyen sus miembros respecto a distintas áreas definidas por

los investigadores, por ejemplo familiar (por consanguinidad y/o alianza), vecinal, amistad, etc. (Enríquez Rosas 2000; Molina 2005; Bronfman 2001).

En segundo lugar, cada red social puede estudiarse más profundamente, más allá de lo que puede verse a simple vista, observando aspectos muy específicos. Para ello resulta útil analizar aspectos de la estructura de las redes relevadas, utilizando medidas específicas para representarlas (Rodríguez 1995; Requena Santos 1989, 2003; Enríquez Rosas 2000; Hanneman 2000; Bronfman 2001; Molina JL 2001, 2005). Entre las utilizadas en esta tesis se mencionan:

- *Rango* (degree): que representa el número de lazos directos que un integrante de la red posee, es decir, con cuántos otros actores se encuentra directamente conectado.
- *Grado de intermediación* (betweenness): que permite identificar a las personas que actúan como intermediarias entre otras dos personas del mismo grupo que no se conocen entre sí (lo que podríamos denominar "persona puente").
- *Cercanía* (closeness): es una medida que indica la cercanía de un nodo respecto del resto de la red y que representa la capacidad que tiene un nodo de alcanzar a los demás.
- *Índice de poder de Bonacich*: permite observar la centralidad de cada actor integrante de la red en relación a la cantidad de conexiones que tenga y las conexiones que tengan sus vecinos. Es decir, cuantas menos conexiones tengan sus vecinos, más poderoso es ese actor.
- *Densidad*: permite observar las conexiones existentes entre los integrantes de una red independientemente de la persona entrevistada. La densidad de las redes, presenta variaciones respecto al número de vínculos que existen dentro de ella, por ejemplo: una red que presenta todos sus nodos conectados tiene una densidad máxima, pero en redes donde los miembros se encuentran vinculados con algunos y no con todos, hay zonas de mayor o menor densidad (Requena Santos 1989).

Toda la información de redes fue analizada con el soporte del software UCINET¹⁴, un programa que permite analizar matrices sociales, calculando los indicadores del Análisis de Redes Sociales antedichos. Posteriormente, se visualizaron cada una de las redes obtenidas a partir del software NET_DRAW, que permite representar a los diferentes actores de las redes, con sus relaciones y características propias, en forma de grafos (gráficos de red) simples (2 dimensiones), permitiendo completar la lectura y el análisis de las mismas.

¹⁴ UCINET es un programa de análisis de redes sociales desarrollado por Steve Borgatti, Martin Everett y Lin Freeman. El programa es distribuido por [Analytic Technologies](#).

PARTE II:

RESULTADOS

CAPITULO 4

DE CUADROS DIAGNÓSTICOS Y ETIOLOGÍAS, PRIMEROS PASOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL PSEA.

Las ideas sobre el origen de una enfermedad, así como la identificación del cuadro diagnóstico y la forma de nominar el padecimiento, pueden ser muy diversas de acuerdo a la historia y cultura de los grupos sociales, constituyéndose lenguajes y categorías diferenciadas para ofrecer explicaciones e interpretaciones relativas a estos procesos. Por ello, el conocimiento médico oficial o académico, por incluirse dentro de un marco cultural particular, no puede ser aplicable universalmente a grupos sociales o culturas diferentes (De Miguel 1980). Sin embargo, estas ideas "profanas" y "expertas" pueden confluir en algunos símbolos y signos comunes, dando significados particulares a las experiencias vividas.

El objetivo de este capítulo es presentar las descripciones de las madres de los niños y la pediatra del Centro de Salud, en relación a la identificación de los signos y síntomas, la nominación de la enfermedad y la explicación sobre su causalidad, presentando sus diferencias y similitudes, observándose dos perspectivas contrastantes, aunque no por ello contradictorias.

Cuadro diagnóstico: dos perspectivas.

La detección del padecimiento es el primer hecho del PSEA y se encuentra relacionado con la identificación de una serie de trastornos que serán estructurados en un **cuadro diagnóstico**, que incluye a los signos y síntomas, que llevarán a reconocer la existencia de un problema de salud y a diferenciarlo de otros posibles padecimientos. A partir de ellos, se logra establecer un diagnóstico que determinará las decisiones a tomar y las actividades a desarrollar para su resolución (Osorio Carranza 2001).

De acuerdo al *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas* (1979), los signos son definidos como datos objetivos reconocidos por un observador que son consecuentes con una enfermedad o alteración de la salud, y que se hacen

evidentes en la biología de una persona enferma (Ej: la fiebre, el edema, el enrojecimiento de una zona del cuerpo), mientras que los síntomas son manifestaciones de alteraciones orgánicas o funcionales a partir de una referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que reconoce como anómalo (Ej: la distermia o sensación de tener un trastorno de la temperatura corporal (sensación de fiebre, escalofrío, el mareo, la náusea, el dolor, la somnolencia, etc.). Desde la biomedicina, la perspectiva del paciente o de la madre únicamente podría corresponder a lo denominado como síntoma, consiguiéndose una posible interpretación como signo sólo con la corroboración del médico profesional (Osorio Carranza 2001). En el caso de esta investigación, se tomará a signos y síntomas como conjunto en el cuadro diagnóstico, por la dificultad de clasificarlos en uno u otra categoría, aunque en la medida de lo posible se intentará diferenciarlos.

Las madres de los niños tomados como caso realizaron el diagnóstico de los padecimientos en algunas ocasiones *a priori* y en otras *a posteriori* de la visita al médico en base a la observación del cuadro diagnóstico. En general, antes de la visita a la pediatra del Centro de Salud estas mujeres ya contaban con una primer definición acerca de aquello que aquejaba a sus hijos, situación que se confirmaba generalmente luego de la consulta médica y que, en contadas ocasiones, se modificaba luego de la misma. Asimismo, para realizar el diagnóstico se reflexionaba sobre posibles causas que ocasionaran su desarrollo, cuestión que ayudaba a concretarlo.

En cuanto a la pediatra, el diagnóstico definitivo de los casos estudiados ocurría generalmente luego de dos visitas del niño al Centro de Salud y la consulta a sus madres acerca de la evolución de los síntomas observados. Esto se producía debido a que en ocasiones no podía asignarse un nombre específico a la signo-sintomatología del niño a primera vista, pero sí la sospecha del compromiso de algún sistema u órgano.

Padecimientos respiratorios: cuadro diagnóstico y denominaciones de la enfermedad.

Los cuadros diagnósticos fueron reconocidos por las madres a partir de algún conocimiento previo de enfermedad de alguno de sus hijos o por referencia a eventos previos del mismo padecimiento que se estaba sucediendo. Para realizarlo estas mujeres utilizaron, en su mayoría, términos biomédicos que permiten definir signos característicos de ciertas enfermedades o síndromes (fiebre, tos, catarro, mocos). Algunos síntomas mencionados se corresponden con patologías específicas y no con signos como, por ejemplo, gripe. También surgen referencias asociadas a observaciones de las madres respecto a cambios de conducta de sus hijos (Ver CUADRO 1).

"Yo porque yo estoy todo el día con él. Aparte ya, cuando no quiere jugar, ya se duerme más, ya sé... que se está enfermado" (SR.1).

" Sí. Porque los labios naturales no es tan rojo que digamos! En cambio, un color natural, rosaditos son los labios de ellos. Pero cuando empieza a enrojecerse mucho es porque va a tener temperatura. Y a la noche siempre tienen temperatura (EE.2)

"Si... está decaída. Aparte te das cuenta porque respira muy rápido y se le...ponete ahí, ponete ahí (DIRIGIENDOSE A SU HIJA)...se le hunde para adentro la parte de acá de las costillitas, para adentro (G.6).

Cuadro 1. Sintomatología de padecimientos respiratorios presentados por las madres.

CUADRO DIAGNOSTICO		PADECIMIENTOS RESPIRATORIOS						
		NEUMONIA Caso 1	GRIPE Caso 2	BRONCO- ESPASMO Caso 3	CATARRO Caso 6	DIFICULTAD RESPIRATO RIA Caso 4	BRONQUIO- LITIS Casos 9 al 12	ASMA Caso 8
Relacionados con cambios en el comportamiento del niño	"Está molesto"	X						
	"No viene tomando bien la leche"	X						
	"Se queja, se queja"	X					X	
	"Ya no quiere jugar"	X						
	"Ya se duerme más"	X						
	"No duerme bien a la noche"	X	X			X		
	"No quiere comer"	X				X		X
	Decaimiento- Desgano		X		X	X	X	X
	Mal humor		X				X	
	"No hablaba nada"							X
	"Se amaneció medio tristito"							X
Relacionados con cambios corporales del niño	Fiebre- Temperatura	X	X	X			X	X
	"Está agitadito"- "Respira rápido"	X	X	X	X		X	X
	Tos	X	X	X	X	X	X	X
	"Está más flaquito"	X						
	Catarros		X	X				X
	Broncoespasmos		X				X	
	Moquitos		X	X		X		
	Cara colorada		X					
	Labios colorados		X					
	"Tienen ruidos"		X	X				
	"Los pulmones están tapaditos"		X					
	"Sus ojos están medio caiditos"		X					
	"Le cuesta respirar"			X				X
	"Se le hundén la parte de acá, de las costillas"				X			X
	"Me doy cuenta en la caca"					X		
Otros	Crisis					X		

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

Para referirse a los padecimientos sufridos por sus hijos, las madres utilizaron los siguientes términos: **neumonía, gripe, broncoespasmo, dificultad respiratoria, bronquiolitis** (o como sinónimos: **bronquitis, asma y catarro**). Estas enfermedades se producían concurrentemente o podían presentarse una por caso. Como puede observarse todos los términos utilizados para denominar las enfermedades provienen del modelo biomédico y se refieren de modo indistinto a signos o patologías específicas (Ver CUADRO 2).

Por otra parte, la pediatra hace escasa referencia a los cuadros diagnósticos particulares de cada uno de los casos (ej: patología broncoespasmo, dificultad respiratoria, "reflujo que esté anormal") y directamente menciona el diagnóstico de la enfermedad padecida por el niño/a. Para los mismos casos, utiliza los siguientes términos: **Bronquitis broncoobstructiva, hiperreactor, neumonía, problemas respiratorios, crisis broncoobstructiva o cuadro broncoobstructivo**¹⁵ (Ver CUADRO 2).

En relación a los diagnósticos, la pediatra se refiere a los casos 11 y 12 de la siguiente manera:

"Los XX hay un... son en realidad... chicos que han tenido... ponele, AIO hizo una bronquiolitis y después de la bronquiolitis quedó como más... reactivo. Eh... no han tenido internaciones ninguno de los 2. Eh... JO hace también cuadros broncoobstructivos, está en sobrepeso, así que por ahí tampoco eso no la favorece demasiado..." (PD.0).

En referencia al caso 8 menciona:

"Sí. Porque no tiene ninguno de sus dos papás, ni la mamá ni el papá. FNB es un broncoobstructivo, que estaba en un mal medio. En realidad, porque tenía una mamá que era consumidora, drogadependiente... Y un papá alcohólico, que estuvo preso por robo... Fumadores los dos... Eh... y bueno, fallecieron y ahora se quedó con su abuela. Desde que está con la abuela tiene menos episodios, por ejemplo (Y qué es lo que tiene? Asma? Porque la abuela me dijo que tenía asma...) Es un hiperreactor, sí. Todavía por la edad uno no podría catalogarlo como asma, pero es un hiperreactor y tiene antecedentes de...por la parte de la mamá de otras hermanitas que son asmáticas. Así que lo más probable es que vaya a ser asmático" (PD.0).

¹⁵ Puede observarse nuevamente la aparición de una mezcla de síntomas y diagnósticos en los discursos de la pediatra, tal como se había observado en el análisis de las historias clínicas.

En cuanto al caso 6 menciona:

"Esa nenita tiene cuadros respiratorios... Nada... hiperreactora. Tiene una mamá excelente...supercuidadosa. (Qué es hiperreactor?) Hiperreactor es, en realidad el chico que de por sí tiene una reacción más exagerada ante algunos agentes extraños. Algunos porque han tenido ponele bronquiolitis o alguna patología respiratoria cuando es bebé, deja algún tipo de respuesta más exagerada. Otro porque es hiperreactor, o sea, está en la edad de ser hiperreactor: hasta los 5 o 6 años, el pulmón del chico madura. Pero uno no lo puede catalogar ni como asmático, ni como...En algunos casos, si además de esa patología respiratoria se acompaña de otra cosa, uno busca otro tipo de enfermedad. Qué se yo! Que haya un reflujo, que sea un fibroquístico o alguna otra cosa. Sino no" (PD.0).

Del caso 4 refiere:

"Cuadros broncoobstructivos? Sí. La vio neumonología y en realidad le pidió un par de estudios, que la mamá le hizo y no hubo nada más que sérica reactiva, que estaría dentro de lo esperable para la edad. Tuvo una internación...de un cuadro respiratorio. Pero bueno, no. Después no hubo ninguna otra intercurencia, digamos, que hiciera pensar en otra cosa. Pero bueno, es una nena que tiene un retraso madurativo importante. Fue pretérmino y todo pero...creo que pasa por otro lado (...)" (PD.0).

En estos discursos puede observarse que a partir de referencias como "es un broncoobstructivo", "es un hiperreactor", "que sea un fibroquístico o alguna otra cosa", la pediatra identifica al niño como que "es" o "fue" tal o cual enfermedad o problema y no como individuos que tienen una enfermedad o la padecen.

Cuadro 2. Terminología de los padecimientos utilizados por la madre y la pediatra.

CASO	DENOMINACIÓN PEDIATRA	DENOMINACIÓN MADRE
1	Neumonía-hiperreactor	Neumonía
2	Problemas respiratorios	Gripe
3	-----	Broncoespasmos
4	Hiperreacto-cuadros broncoobstructivos	Dificultad respiratoria
6	Hiperreactor	Catarro, asma
8	Bronquitis Broncoobstructiva-broncoespasmo	Asma
9	Crisis Broncoobstructiva complicada con neumonía de proceso viral.	Bronquiolitis
10	Crisis broncoobstructiva	Bronquiolitis
11	Bronquiolitis	Bronquiolitis
12	Cuadro broncoobstructivo	Bronquiolitis

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

Padecimientos parasitarios: cuadro diagnóstico y denominaciones de la enfermedad.

Dentro de los signos y síntomas característicos de parasitosis las madres mencionan la visualización directa del parásito, cambios en el comportamiento y cambios corporales en el niño (Ver CUADRO 3).

"Porque ella empezó un día a...querer devolver, devolver...y devolvía pero yo pensé que era del estómago. Y al otro día temprano...como a las 7 de la mañana, se despierta y empieza a devolver, pero ya con los bichos..." (R.7).

"(Y aparte del bichito vos te das cuenta por alguna otra forma de que tiene parásitos?) Y sí porque... las caras amarillas de las criaturas, caras pálidas tienen. Tienen ojeras, que se yo, no tienen ganas de jugar... es porque tienen bichos, las criaturas! Si no tienen ganas de comer, todas cosas dulces, es porque tienen parásitos" (EE.2).

"Y yo cuando está enfermo, así, cuando no tiene ganas de comer, digo algo tiene. Cuando tuvo parásitos también. Abuela me pica la cola, abuela me pica la cola. Le digo, bueno, vos cuando hacés caquita, yo te veo la caquita en laa... el bichito. Hizo caquita... abuela voy al baño. Bueno voy y le pongo la pelela, viste, se sienta... Ya hice abuela, ya hice abuela! Bueno, le lavo la colita, con un trapito con un poquito de jabón, así. Y dice

ya se me pasó la picazón abuela (Ah le picaban?) Le picaba, bueh, le vi y esos chiquitos así, bebé. Eran chiquititos. Caminaban los bichitos. Y vine de XX y le dije a XX mirá el nene tiene bichitos. Ah, sí, sí, sí. Y yo la toallita de él la tengo aparte. Lo que es de él es de él y lo que es de grande, es de grande. Les digo, ahora se tienen que tomar todos el remedio porque el nene tiene parásitos” (JEF.8).

Cuadro 3. Sintomatología de padecimientos parasitarios presentados por las madres.

CUADRO DIAGNOSTICO		PADECIMIENTOS PARASITARIOS			
		CASO 5	CASO 7	CASO 12	Otros informantes que refieren
Relacionados con cambios en el comportamiento del niño	“no tienen ganas de jugar”		X		X
	“no tienen ganas de comer”		x		
	“cuando dormía se quejaba”	x			
	Decaimiento		x		
Relacionados con cambios corporales del niño	vómitos				
	“baja de peso”			x	
	“rechinan los dientes”		X		
	“panza inflamada”	x			
	“dolor en la cola”			x	X
	diarrea	x			
	“dolor de panza”	x			
“caras amarillas, caras pálidas”				X	
Otros	Visualización del parásito en las heces	x	x	x	X
	Visualización del parásito en el vómito		x		

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

Estas mujeres identificaron este padecimiento como “parásitos”. Básicamente por su directa asociación con la visualización de las “lombrices” (posiblemente *Ascaris lumbricoides*) o “esos chiquititos” (posiblemente *Oxiurus*). Desconocen sus nombres pero los diferencian a partir de formas, colores o

tamaños: **"los parásitos esos largos, grandotes, alargados", "medio blanco y rosadito", "un bichito, blanquito"**. Aparece sólo un término biomédico para denominar un tipo de parasitosis, **giardias**, pero sólo para mencionar que el niño no tenía ese parásito.

"Porque cuando dormía se quejaba mucho, así, daba vueltas y vueltas... Y había encontrado los chiquititos, en la caca, pero después no...no me imaginé que semejante cosa iba a poder tener. Aparte ella que engorda y todo, que me iba a imaginar que iba a tener semejante... (M.5)

"Sí, devolvía por la boca. Entonces ahí yo la traje, la traje acá. Y de acá me la llevaron para el Gonnet y ahí ya... la dejan internada. (Así que devolvía los bichos, y como eran los bichos?) Blancos, grandes. (Blancos?) Sí. (Grandes?) Grandes, medio rosaditos. (Sí? Y como eran? Redondos, alargados? Cómo eran?) Alargados así... (Cómo qué?) Alargados, como si fuera una goma... largos...así. Y más o menos, un poquito más...no tan finos como los fideos... (Y eso, lo devolvió ella?) Sí. 2 veces.(Y era mucha cantidad? Cómo era?) No, de a 1 largaba (De a 1. Pobrecita! Y ella como estaba?) Ella estaba ya...ya no aguantaba más...devolvía todo el tiempo. (R.7)

Por otro lado, la pediatra engloba como *áscaris* el tipo de parasitosis padecido por estos niños. Sin embargo refiere que en la localidad también pueden encontrarse *giardias*, *oxiuros* y *toxocarás*. Los diagnósticos son realizados en base a referencias de las madres en cuanto a síntomas que observan en sus hijos y que el profesional asocia con la parasitosis intestinal. Entre ellos se mencionan: dolor abdominal, rechinar de los dientes durante el sueño, pérdida de peso, visualización de parásito en las heces. En general para confirmar el diagnóstico no es frecuente que se realice un análisis de sangre o de heces que corroboren estos diagnósticos, ya que debido a que se trata de una de las enfermedades con más prevalencia en la zona (sin considerar los subregistros), resulta suficiente con la asociación de síntomas y las referencias de la madre. Es decir, en términos de la pediatra se realiza un "diagnóstico empírico" y se comienza el tratamiento antiparasitario, requiriendo estudios adicionales si los síntomas persisten. Sólo en un caso, y probablemente asociado con una mayor gravedad, se solicita un estudio complementario para confirmar el diagnóstico: una ecografía que es realizada en el hospital para detectar una obstrucción intestinal por ovillamiento de parásitos.

"(La mamá me explicaba que le había hecho una ecografía y se veía como una bola...) *Sí, terrible... (De bichos?) Sí(Y eso que hace? Obstrucción?) Hace obstrucción...(En el intestino?)Porque son larguitos como fideos, imagínate. Y se ovillan, me entendés? Y entonces tapan el intestino, obstruyen*"(PD.0).

"(Y los parásitos? Las mamás consultan cuando ya ven el bicho?) *Cuando ven el bicho, si el chico rechina los dientes...porque tiene dolores de panza recurrentes... Entonces por ahí te dicen...no tendrá bichitos?*" (PD.0).

La causalidad o etiología de los padecimientos

Las explicaciones acerca de las causas de la enfermedad colaboran enormemente en la definición y/o confirmación de los diagnósticos, por lo cual su estudio resulta de vital importancia en la reconstrucción del PSEA.

Respecto a la causalidad o etiología de los padecimientos de los niños las madres ofrecieron diversas explicaciones basadas en:

- el conocimiento adquirido por una experiencia personal o de enfermedad previa de sus hijos,
- la referencia de otras personas de su entorno social o de los médicos del Centro de Salud y/o del hospital.

Etiología de los padecimientos respiratorios

Para todos los padecimientos respiratorios las madres refieren como principal causalidad el cambio de clima y/o la exposición del niño a bajas temperaturas, mencionando dentro de éstas el frío o el invierno, indistintamente. Estos tipos de padecimientos se hallan fuertemente vinculados a la noción "*de aire*", producto de un cambio brusco del clima al cual el niño se encuentra expuesto, cuando por ejemplo el niño sale de su casa (calor) hacia afuera (frío) sin el abrigo necesario.

La **Neumonía**, se asocia una conducta sobreprotectora materna que los volvería más enfermizos. Se menciona también la posible existencia de "*un mal*" que afecta al niño, por la envidia o celos, producto de relaciones de la madre o de la familia con otras personas.

"No, cuando hace un poquito de calorcito sí lo saco afuera (...). Pero igual no tengo lo tengo mucho afuera, a las 5 porá ya, o antes, nos metimos ya adentro (SILENCIO). (...) por ahí lo cuidás mucho, por ahí le pongo la estufa, viste, que mantenga caliente la pieza. Y mi hermana dice a veces: por lo que estás mucho encima de él, vos nomás lo enfermas; dice mi hermana" (SR.1).

"P.1: Como ser que al nene mío me lo habían hecho un mal, una piba... porqué no sé, ella me lo dijo... una chica, esta primera me lo dijo, la que lo llevabamos antes y fue así. Yo lo traje acá al medico y tenía neumonía... (Por ahí puede ser que cuando se enferman así los nenes es por un mal así, que te hacen?) P.1: Claro, hay gente mal y gente buena... por ahí no te quieren ver bien y buscan esos métodos para hacerte mal también. Hay gente que se presta para hacer mal también... (Y XX Ustedes que creen qué puede ser algo de eso o no?) P.1: Y sí! Puede ser... SR.1: Sí. Yo lo llevo al médico, a todos lados y... siempre igual! (...) (Y quien le puede haber hecho algo mal? Por vos o al nene?) SR.1: Pienso que por mí...P.1: Pasa que hay personas que tienen bronca o no pueden ver bien a alguien y... el arma de ellos es los chicos. Como decir, la mamá es de él... Por ahí, a uno grande, uno mismo, como ser... a mí varias veces me hicieron pero yo, dura, no...no..." (SR.1 Y P.1)

Para la **gripe**, las explicaciones se encuentran asociadas a agentes patógenos y a la idea de contagio, realizando una directa asociación entre el contacto del niño con una persona enferma y la adquisición de la enfermedad.

" Y puede ser, verdad, porque viste... ella está en el jardín y en el jardín hay muchos! Había uno que... 15 días creo que faltó su compañerito por razones de eso... de broncoespasmo. Yo digo que seguramente que por eso! Pue' amanece nomá' así!"(EE.2).

Respecto a la **bronquitis y bronquiolitis** se menciona como causalidad la posibilidad de obtener este tipo de padecimiento por movilizar al niño en demasía, sin especificar la razón acerca de por qué el movimiento lo enferma. Por otro lado, se menciona la posibilidad de contraer la enfermedad a través de *virus* que se encuentran en el ambiente y que son adquiridos por los niños. Otra causalidad asociada a este tipo de padecimiento es una conducta propia del niño/a que lo induce a contraer la enfermedad, mencionando que determinados comportamientos como "*andar descalza*" se encuentra directamente asociado a la adquisición de este padecimiento.

" Sí y después empezó XX. Estaba tosiendo hacía muy poco y con el trajinar parece lo hice enfermar a él más. Si... estaba... ahora está bastante bien. Lo cuido así, cuando empieza ya a toser y fiebre. Cuando tienen ya le traigo acá o sino lo llevo a guardia, o sino de acá lo llevo allá, o Gonnet o Niños..." (VC.9.10).

"No sé (RIE). No sé... Por ahí puede ser un virus, algo, sí. Sí, hay veces sí, cuando vengo me dicen que es un viral, que se va, sí. (Y esos virus de dónde se lo agarra?) Eh, no sé... de por acá (RÍE)" (VC.9.10).

"Bueno, aparte ésta, ésta; cuando anda así en zapatillas, zapatillas se las saca también, anda descalza. Por eso también" (LM.11.12).

Entre las causalidades mencionadas para la **dificultad respiratoria** se menciona la posibilidad de que el niño "sea propenso" por tener "problemas desde chico", asociado a eventos pasados de padecimiento de la enfermedad. Es decir, se asocia la misma con la capacidad inmunológica del niño y se señala esa situación como factor predisponente. A eso se agrega la posibilidad de que el padecimiento ocurra por contagio, donde otras personas son portadoras de la enfermedad y "se la pegan" al niño.

"(Pero... y por qué se enferma, por ejemplo, ahora? Vos por qué pensás que hace 10 días se enfermó?) Y yo... por no tener cuidado no es, porque yo a ella la baño, la seco el pelo...del baño no sale...sale con el pelo seco... re cambiada... No. Me parece que es propensa...propensa. Y por ahí...el papá... que ese yo...trae un mosquito. Viste que para uno es un mosquito y para ella es más grave, viste? Y...qué se yo, ella todavía duerme todavía en la misma habitación con nosotros y por ahí tiene que ver eso, por ahí se lo pegamos... Yo a veces le hecho la culpa a él!" (S.4)

Para el **catarro** y el **asma** se menciona la asociación con un problema crónico "desde que nació", que lo lleva a repetir el padecimiento frecuentemente. Para el asma se agregan conductas de riesgo como el hecho de que el niño "se desabriga" y así contrae la enfermedad o "transpira demasiado". También se menciona la posibilidad de contraer el padecimiento por la existencia de una predisposición familiar.

"(Y como se enfermó? Qué te parece que pasó?) Y ella desde que nació. Sería desde que nació quedó internada. Por el mismo de que no podía respirar, viste...se le iba la respiración. (Y vos te das cuenta que hay alguna causa, para que se enferme? Algo que pasa siempre para que se

enferme?) Y...de un día para otro. Porque desde que nació, después a los 15 días ya..." (G.6).

"Y ahora XX tiene los bronquios, tipo asma... desde que nació" (JEF.8).

(Y alguna otra cosa que usted piensa que pueda pasar? Para que se enferme?) Nooo, otra cosa no puede tener, mami. Si es eso, como tuvo mi hija, tiene él. Toda la familia tiene eso. (Todos así). La mayor tuvo eso..." (JEF.8)

Para los mismos casos, la **pediatra** ofrece otras explicaciones al describir la etiología de las patologías respiratorias. En primer lugar, menciona el medio en el cual vive el niño como primer factor desencadenante. Así, la mala alimentación, la convivencia con fumadores, la permanencia en una vivienda de condiciones precarias, los problemas familiares, la falta de cuidados o la permanencia del niño en ambientes faltos de ventilación o encerrados, son factores que influyen fuertemente en el desarrollo de estas enfermedades.

En segundo lugar, aparece como explicación etiológica la existencia de alguna patología previa como alergias, hiperreacción del niño (susceptibilidad a diversos factores desencadenantes), déficit inmunológico, parasitosis, síndromes genéticos no determinados o fibrosis quística. También menciona que puede deberse a la adquisición de algún virus o bacteria, por contagio a través del contacto con algún enfermo.

"(...)(Cuando uno se agarra alguna cuestión respiratoria es por virus, por bacterias, por las dos cosas?...) Puede ser por virus, o por bacterias. Hay otros cuadros respiratorios que obedecen a otro tipo de cosas: esto de ser alérgico... que haya un déficit inmunológico... por... algunas parasitosis producen también manifestaciones de lo que es un cuadro respiratorio. No es lo más común, no lo hace cualquiera, lo hace el que puede. Por ahí en un medio donde... No son, por ejemplo, en el caso de los XX, no son ninguno de los 2 fumadores... Da la sensación de que es una familia como muy cuidadosa, no hay tenido problemas de alimentación ni nada..." (PD.0)

"Hay síndromes que se asocian con determinada patología respiratoria o neurológica. Pero... así a grosso modo, las cosas que pudimos descartar, por ejemplo, es una fibrosis quística que sería una de las cosas importantes que teníamos que descartar. Bueno, eso se descartó. Eh...igualmente creo que XX tiene en contra el medio donde vive. Porque no lo ayuda. Con una mamá que si bien se ocupa, le falta y encima vive en un entorno terrible, donde nadie hace lo que tiene que hacer... mucha gente enferma. Los abuelos por empezar, que son los que sostienen

digamos la casa, tanto la abuela como el abuelo están internados, es un tema" (PD.0).

También recalca que el frío no es causante de enfermedades respiratorias, aunque destaca que de cierta manera es un factor predisponente por el hecho de que en determinadas épocas la presencia de bajas temperaturas colabora con una menor ventilación de los ambientes y, consecuentemente, con una mayor concentración de los gérmenes.

"(Te hago una pregunta, porque viste que hay todo como un... Como que uno siempre piensa que uno se enferma en invierno, de algo respiratorio, por el frío. En realidad es por el frío o por estar dentro de un ambiente cerrado o no ventilado... o sea, cual es la causa? Por el frío o..). El frío colabora porque, obviamente, te expone... lo expone a uno a gérmenes más frecuentes en determinada época. Que se yo, que haya un sicial respiratorio y que el chico venga y que esté en la sala de espera y demás, lo predispone. Pero tiene mucho que ver el medio donde viven (Pero es por estar en contacto con alguien, no es que por el frío uno se agarra algo...) No debería por qué...no...tiene que ver más que nada con eso, el hecho de que esté en un ambiente cerrado, que si usaste... No ventilas! Que... bueno, esto de la sala de espera que te digo... Que esté en contacto con muchos hermanitos que seguramente van a la escuela, vienen con mocos y se contagió. Pero no por el frío en sí. (No, porque hay una cosa así como...) Si, de que viene el frío y viene la gripe (...). No. Y si uno mantuviera la misma conducta haga calor o frío, con respecto a la diarrea, que es lavarte las manos y mantener la higiene de las cosas que utilizas, no tendría por qué influir. Pero bueno..." (PD.0).

Etiología de los padecimientos parasitarios

En la etiología de la parasitosis las madres reconocen que la adquisición de los parásitos intestinales pueden ser resultado de una "herencia" del embarazo, en ese caso la madre sería la portadora y quien transmitiría los parásitos a sus hijos durante la gestación.

"(...) Creo que eso también dice, cuando la madre tiene, los chicos heredan eso... o por ejemplo en tiempo del embarazo. (Si vos tenés parásitos se pasan al bebé?). SÍ pasan, se contagian por ello" (EE.2).

Cuando no se refiere a la herencia, las explicaciones sobre la causalidad de la parasitosis se encuentran asociadas a una mala higiene y/o al contacto del niño con agentes contaminantes como, por ejemplo, el contacto con la tierra y/o perros, "por algo que tocó en la calle", por la "mugre de la inundación" o "por ir al baño". Todas estas situaciones favorecerían la presencia del agente etiológico particular (lombrices, "bichitos blancitos"). Asimismo se plantea la posibilidad de adquirir los "bichos" a través de los alimentos y/o el agua, mencionando especialmente una asociación directa con el consumo de leche y golosinas.

"Acá la higiene siempre está, pasa que ellos... son una cosa...que nos pasó una catástrofe a todos (SE REFIERE A UNA INUNDACIÓN OCURRIDA EN LA LOCALIDAD UNOS MESES ANTES) Pero obvio, vinieron millones de pestes, no solo eso. Pero gracias a Dios no tuvieron ninguna. Pero bueno, uno sabe que en el agua, en la mugre... Después que estuviste en toda la contaminación... caminamos sobre la mierda, porque es así. Es algo inevitable que uno se pueda contagiar (EL PARÁSITO), me entendés? Porque hubo casos, un montón de mujeres que tuvieron problemas en la vagina y todo. Vinieron pestes de todas clases" (M.5).

"(vos por qué pensás que se puede haber agarrado el parásito?) Por tanto dulce! (El dulce? Come mucho dulce?) Sí! El padre les trae alfajor, que caramelos...así, que les encanta el dulce! De tanto dulce...(De comer dulces se pueden agarrar así parásitos?) Me parece que sí. Para mi es eso. Pero yo no los conozco así que no sé bien de que es, de que puede ser... Y yo le dije a mi marido, bueno, ese día que ella largó el parásito había comido alfajor. Y bueno, después ella le dijo que ya no... por ahí si quiere que coma 1 o 2 caramelos sí, pero no tanto. Igual que la azúcar y también está... como se llama? (Y eso que? Cómo es? Está en el alfajor el parásito?) No, no sé. (Pero es por comer dulces que le agarran los parásitos...) Me parece que sí. Se le hacen en la panza" (LM.11.12).

"(Y vos por qué pensás que le agarraron los parásitos a ella?) Ella, no sé. Eso no sé como... será de la leche o de la tierra..."(R.7).

Por otro lado, se concibe la posibilidad de que el parásito sea parte de la persona.

"Yo pensé de donde proviene el parásito, no sé si... de qué viene, de dónde uno se contagia. No sé si sale del cuerpo de uno...no sé..." (M.5)

También se menciona la adquisición de una parasitosis por asociación, es decir, se plantea que "tiene uno, tienen todos" con lo cual la enfermedad se vincularía a una cuestión ambiental o contextual.

En ocasiones no se hace referencia a ninguna etiología de la enfermedad, relatando que se desconocen las causas que la provocaron.

Entre las explicaciones que ofrece la pediatra prevalece nuevamente la noción de que el medio en el cual viven los niños favorece la adquisición de los diversos tipos de parásitos: precariedad del hogar, falta de higiene, presencia de perros (materia fecal que no se junta).

"(Pero en general Ascaris no son muy comunes en la zona, o no?) No, sí. Acá? (Acá sí. Por ahí son de zonas más de calor...) Sí, no es lo que...no es lo más frecuente. Sí (Te llama la atención a vos?) No. Con los perros que hay en la calle y demás, no, no me llama la atención. Y con las medidas de higiene que tienen en la casa, no. En absoluto, pensé que íbamos a tener mucho más de lo que hay" (PD.0).

"XX estuvo internada con una pseudo-obstrucción por áscaris. En realidad tiene un medio que no la favorece. Son muchos hermanitos, XX está sola y mantiene... O sea, tiene su papá pero el papá trabaja todo el día y ella también. Y están mucho solos esos chicos y viven en una casita re precaria...O sea, el medio la favorece..." (PD.0).

Concluyendo acerca de qué dicen las que saben de qué y por qué se enferman los niños.

Como corolario de este capítulo, se sintetizan aquellos elementos más relevantes. En primer lugar, en cuanto al cuadro diagnóstico, puede observarse un gran énfasis de las madres en la identificación de signos y síntomas en relación a la percepción médica. En su discurso la pediatra hace mayor énfasis en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, mientras que en los discursos de las madres se observan una mayor cantidad y variabilidad, identificando 27 signos y síntomas para padecimientos respiratorios y 14 para padecimientos parasitarios.

En cuanto al vocabulario utilizado se observa una terminología común para nominar los padecimientos. Madres y pediatra utilizan vocablos provenientes del modelo biomédico para nominar los padecimientos de los niños, aunque éstos no siempre son coincidentes caso a caso, excepto en los padecimientos parasitarios.

Es de destacar, que lo señalado por la pediatra en cuanto a los diagnósticos, presentando los casos y describiendo a los niños como problemas médicos y representándolos como el ámbito de la enfermedad más que como agentes, coincide con lo planteado por Byron Good (2003) en su estudio sobre la construcción del objeto en medicina. Este autor considera que esta forma de concebir a la enfermedad es producto de procesos formativos provenientes de la instrucción recibida por los médicos en su formación, donde "aprenden a construir personas enfermas y a convertirlas en pacientes, percibidos, analizados y presentados como apropiados para el tratamiento médico" (Good 2003, p. 149). En términos de Good (2003) se concibe la enfermedad residiendo en el cuerpo y el objetivo del médico es entender los fenómenos superficiales que observa, con referencia a órdenes ontológicos más profundos, vinculando los síntomas y los signos con una estructura o funcionamiento fisiológico. Sólo se considera al paciente como persona y actor cuando son considerados moralmente responsables de sus enfermedades (Good, 2003, p.161).

En cuanto a la etiología, las madres reconocen una multicausalidad en la consecución de ambos tipos de padecimientos, sin colocar en un solo factor las explicaciones causales de dichos problemas. Al respecto, es llamativa la diversidad de referencias que aparecen, con muy pocas coincidencias con los argumentos médicos.

Las explicaciones de las madres sobre las etiologías de las enfermedades tratadas pueden organizarse en tres niveles diferentes, de acuerdo a la clasificación propuesta por Osorio Carranza (2001): nivel del paciente o individual, nivel del mundo natural y nivel del mundo social (Ver FIGURA 2).

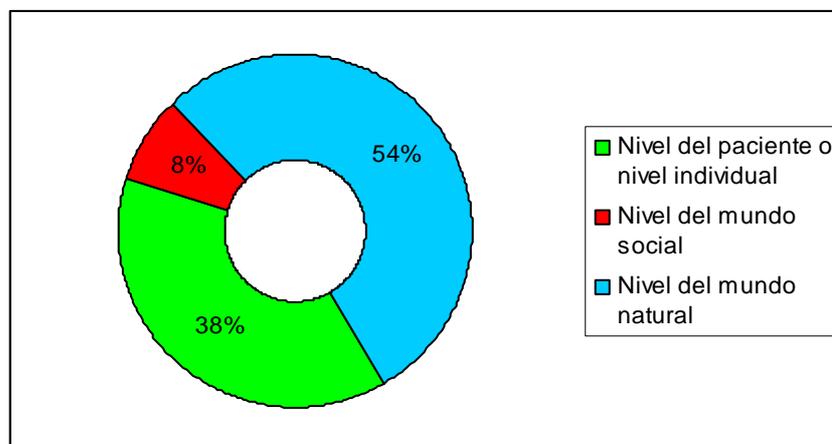
En los casos estudiados, las etiologías asociadas al nivel *del paciente o nivel individual* incluyen aquellas causas relacionadas con el estilo de vida ("*anda descalza*", "*se desabriga*"), la higiene (transpiración), la exposición a fríos o vientos ("*Del Aire*"), la vulnerabilidad personal -física o psicológica- ("*Tiene que ver con ese episodio que tuvo de chiquita*", "*Es propensa*", "*Desde que nació*", "*Tiene uno, tienen todos*"), la predisposición genética ("*Herencia del embarazo*"), la degeneración o desequilibrio orgánico ("*Sale del cuerpo de uno*").

En cuanto al Nivel *del mundo natural*, incluye elementos contaminantes y agentes patógenos ("*se lo pegamos*", "*mugre de la inundación*", "*Por los perros*", "*De la comida*", "*De la tierra*", "*De la leche*", "*De las golosinas*", "*Por ir al baño*", "*del agua*", "*un virus*", "*por algo que tocó en la calle*") o el clima ("*Por el*

tiempo”). La presencia de una noción de contagio de persona a persona o de agente/vector a persona se presenta claramente en los padecimientos parasitarios. Estas ideas se corresponden con la teoría del germen, surgida en la segunda mitad del siglo XIX, vigente en la actualidad aunque con grandes transformaciones. Esta teoría concibe la idea de la existencia de una causa específica para un evento específico, a partir de la demostración de que microorganismos son la causa de enfermedades y los individuos están expuestos a los agentes infecciosos (Uquía, 2006). En cuanto a los padecimientos respiratorios, es muy fuerte la mención del clima como principal factor desencadenante de los mismos, ya que este padecimiento ocurriría cuando el niño pasa de un ambiente cálido a uno frío, anda descalzo o no tiene la vestimenta apropiada en clima frío o húmedo.

Por último el *Nivel del mundo social*, se asocia a conflictos interpersonales derivados de la interacción social (“*Le hicieron un mal*”, “*Lo enferma la madre*”), violencias o estrés (“*por el trajinar parece que lo hice enfermar a él más*”). En relación a este nivel, se encuentra coincidencia con otros estudios cuando la madre o un familiar cercano tienen un problema con otra persona los niños son más vulnerables y susceptibles a adquirir una enfermedad (Cutting et al. 1981 y Isenalumhe y Oviawe 1986 citados por Sesia 1999; Remorini et.al. 2009). También el niño puede enfermarse a causa de un ambiente particularmente “*cargado*” a nivel emocional en el hogar o como un castigo indirecto para los padres, esto último especialmente observado en cosmologías indígenas (Remorini 2009a).

Figura 2. Niveles etiológicos para los padecimientos desde la perspectiva materna.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

En cuanto a las causalidades ofrecidas por la pediatra, ésta reconoce que las condiciones de vida en las cuales se encuentran los niños tienen directa relación con el desarrollo de los problemas de salud estudiados en esta tesis. Asume la existencia de un medio ambiente "patologizante" a partir del cual se desarrollan estas enfermedades específicas e incluye protagónicamente los factores sociales de dicho medio como predisponentes. En esta visión se encuentra vinculada claramente una idea de "riesgo", ya que coloca la posibilidad de ocurrencia de eventos o fenómenos vinculados a la salud a partir de determinadas exposiciones ambientales, como escenarios que favorecen el desarrollo de enfermedad (De Almeida Filho et.al. 2009).

Tales escenarios aparecen, de forma recurrente, en el discurso de la pediatra, como los contextos donde resulta inevitable la enfermedad. Sin embargo, la profesional no menciona, por lo menos en estas entrevistas, que en el radio de incumbencia del centro de salud se desarrollen estrategias que favorezcan su prevención, a partir de actividades que ayuden al reconocimiento por parte de la población de algunas medidas que permitan atenuar el contagio, sobre todo reconociendo la alta prevalencia del problema de las parasitosis en la zona y de las infecciones respiratorias agudas entre las primeras causas de muerte en la primera infancia.

CAPITULO 5

ITINERARIOS TERAPÉUTICOS Y REDES SOCIALES

En este capítulo se presentan las descripciones de los recorridos realizados para resolver el problema de salud de los niños. Para una mayor operabilidad en la presentación e interpretación de los datos se organiza la información de dos maneras:

1º Describiendo los itinerarios terapéuticos construidos a partir de los relatos de las madres para representar la secuencia efectuada, señalando los contextos en que ocurre la atención de la salud.

2º Describiendo los actores sociales involucrados en esta secuencia para visualizar la red social implicada.

Itinerarios terapéuticos

Las madres relataron los recorridos efectuados en relación a la enfermedad actual del niño, entrelazando estos relatos con narraciones de los caminos realizados en sucesos pasados. En los discursos de estas mujeres, se visualiza claramente que los episodios de enfermedad eran eventos conocidos por ellas dado que el niño, o alguno de sus otros hijos, habían padecido con anterioridad algún problema similar. Esta experiencia les proporcionó cierto conocimiento sobre el problema que las llevó a identificar los síntomas y percibirlos como un problema de salud, para luego realizar un primer diagnóstico sobre la existencia de una enfermedad y decidir los pasos a seguir.

En general, la decisión sobre el tratamiento de la enfermedad fue tomada en relación a la percepción de la gravedad de los síntomas. Si los síntomas eran percibidos como "leves", la atención era realizada, en primer lugar, por la madre del niño en la casa. Allí las madres proporcionaban algunos tratamientos indicados por un médico en eventos previos de enfermedad o aconsejados por algún pariente, dependiendo de la manifestación que ocurriera, y generalmente utilizando métodos preventivos de un problema mayor. Luego se observaba la evolución del niño, si los síntomas subsistían o empeoraban recurrían al pediatra

del centro de salud (1 a 3 consultas). Las mujeres mencionan que en otros eventos no realizaban otra terapia, además de la atención en el hogar, si observaban que el problema de salud estaba resuelto.

"Él, bueno... él le agarra, cada 2 por 3, bronquiolitis, se agita mucho... y bueno... Primero, cuando no tenía el puff le hacía...que ella...a ella era la primera que bueno, que nació que tenía así... le hacía nebulización. Cada vez que estaba agitada le hacia las nebulizaciones yo. Y bueno, después la traje acá y le dieron un... el puff. Y ya ahí, cada vez que veo que están agitados o tienen...están resfriados, ya empiezo con el puff" (VC.9.10).

"Y no, yo lo cuido así nomás porque yo siempre lo traigo al médico o no hago otras cosas, así que... que digamos... Algunos hacen la cura antes de traerlos, yo no, por ahí no. Le nebulizo cuando empieza a toser feo, le nebulizo y después traigo acá. Lo que me dicen le hago" (LM.11.12).

"Yo le tomo la temperatura y si no tiene 38 por ejemplo, si tiene 37 y un poquito más, 37 y 9, está teniendo... Yo tengo así para... el que viene... ranita sana sana, que dice poner, con ese le bajo la temperatura. O le baño con agua medio templadito, pero no frío ni tampoco caliente. Y si le pasa con eso, empiezan a jugar otra vez. A jugar... y después le tomo otra vez la temperatura y no tienen más, bueno, me tranquilizo. Y si a la noche le tomo otra vez cuando siento que tiene un poquito y tiene más de... cuando llega a los 38 y un poquito más ya le doy remedio, lo que siempre me dice su pediatra para que le de. Porque siempre tengo. Esta vez traje 2 frascos de remedios de...para la temperatura" (EE.2).

"Y entonces y...bueno, le mostré a mi marido. Le pregunté cómo eran los parásitos porque yo no los conozco (Ah, no los conocías? Nunca le habías visto a ella?) No, ni a ella ni al nene más grande, nada. Yo no sabía. Le pregunté a mi marido y tampoco sabía mi marido. Digo, bueno, como el martes lo tengo que traer a él, bueno, digo, lo llevo a él mañana y ya le pregunto a MS, le digo. Pero como no llegué a la mañana, entonces vine a la tarde con L (OTRA PEDIATRA). Entonces L agarró y le dio un remedio" (VC.9.10).

Para realizar la visita al centro de salud, siempre y cuando los síntomas eran percibidos como "leves", se tomaba en cuenta el día de la semana y horario en que se producían los síntomas. Por ejemplo, si los síntomas se presentaban durante fin de semana o en horas de noche, se realizaba la consulta al Centro de Salud durante la mañana del día hábil posterior de su aparición.

"No, vine al otro día, porque había empezado a la noche a estar así con fiebre, entonces al otro día nomás ya lo traigo. Yo los traigo nomás cuando empiezan con fiebre o lo veo agitadito, ya al otro día lo traigo, sino..." (SR.1).

Si la enfermedad se percibía como "grave", luego de la atención en el hogar se acudía en forma directa al hospital para su atención inmediata, al igual que si no se obtenían resultados positivos luego de la atención en el Centro de Salud o los síntomas ocurrían en horas de la noche o fines de semana (cuando no hay atención pediátrica en el Centro de Salud). También se concurría al Hospital cuando se realizaban derivaciones médicas desde el Centro de Salud debido a que los cuadros de enfermedad precisaban de una atención de mayor complejidad que el Centro no podía ofrecer (extracción de placas, análisis, internación, etc.).

"Porque empezó con... tipo con fiebre, que le subía la fiebre, que le subía la fiebre. Y bueno, agarré... llamé la ambulancia, lo llevé a Gonnet, y en Gonnet me dieron la... los pinchazos enseguida por vena, que estaba muy atacado. Me dijo: mamá, es la primera vez viene? Sí, digo, la primera vez, me agarró con él. Porque eso le pasaba con la mamá, pero conmigo nunca. Si es la primera vez esto. Y bueh, me dice, hay que tener paciencia mamá. Sí, le digo. Yo tengo una nena de... también mía, chiquita, que tiene ahora ya 20 años, que también le pasa lo mismo, desde que nació, tipo asma, asma, asma, y vivía con ella en el hospital, noche y día, sin dormir, así. Ahora me pasa con él (...). (Y por qué lo llevó al hospital? Usted qué vio...) Porque no había... acá doctora... de noche y me fui" (JEF.8).

"... No, le agarró una... Respiraba muy rápido y tosía, tosía... y la llevé a la guardia y sí, en un taxi a la guardia (La llevaste directamente al hospital?) Sí, porque no había acá... vine un día jueves acá y no, no había. Y después me fui un viernes allá...(Directamente) Sí. No, no, pero no pensé que la iban a internar yo...(Estaba más grave de lo que vos pensabas? Vos pensabas que no estaba...) Ehh, no, yo pensé que iba a volver, viste, yo me fui y no era para volver... (...). Sí y después empezó DT. Estaba tosiendo hacía muy poco y con el trajinar parece lo hice enfermar a él más. Si... estaba... ahora está bastante bien. Lo cuido así, cuando empieza ya a toser y fiebre. Cuando tienen ya le traigo acá o sino lo llevo a guardia, o sino de acá lo llevo allá, o Gonnet o Niños..." (LM.11.12).

"Sí, devolvía por la boca. Entonces ahí yo la traje, la traje acá. Y de acá me la llevaron para el Gonnet y ahí ya... la dejan internada" (R.7).

"No, no, no; esa vez no. Tenía fiebre, por eso le llevé. Porque si era gripe, gripe así nomás no le llevo. Ya tiene que ser con fiebre y tos, con catarro, y todo eso para que le lleve. Sino yo le hago lo que siempre me dicen los doctores para que le haga" (EE.2).

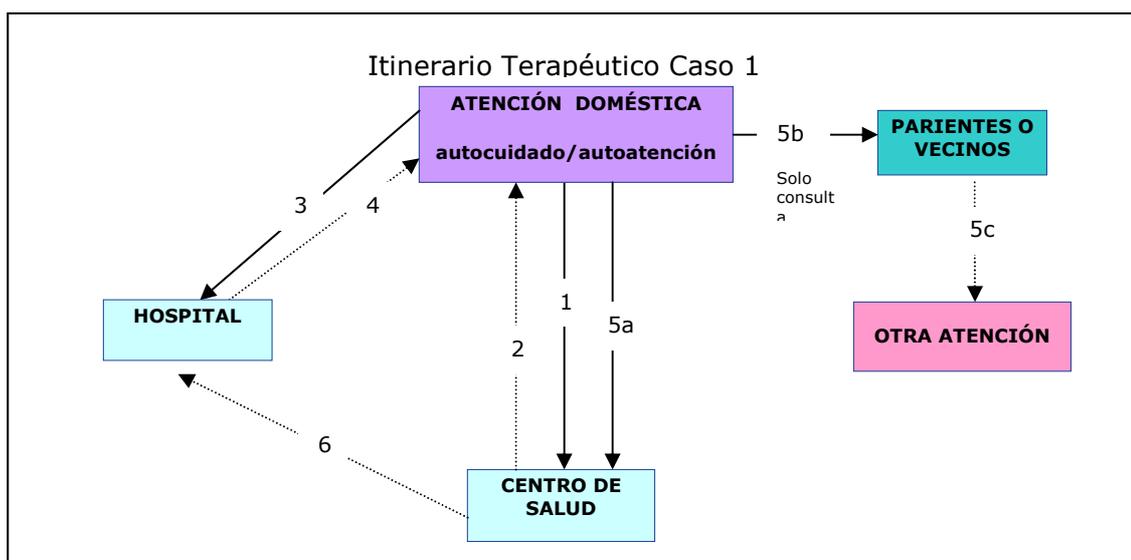
Sólo en un caso, por la ocurrencia de algunos síntomas específicos y la persistencia del problema, se realizó una consulta con otro terapeuta que se encontraba fuera del sistema oficial, en esta ocasión un curandero.

"Ayer, porque mi cuñada me jodía, decía: llevalo, llevalo. Pero yo tampoco no sé de mucho. Mi cuñada se enoja y dice, pero dice: a vos te tenés que salir un poco de los médicos, también. Y dice, por ahí es algo que los médicos no saben. Pero no, no me guío por eso mucho tampoco (...). Cuando lo vio nomás dijo, que estaba... por ahí estaba ojeado. Después de todo esto dijo que sí, que estaba re ojeado"(SR.1).

En cuanto al tipo de enfermedad, no se encuentran diferencias significativas en los itinerarios sucedidos para la resolución de los casos de enfermedades respiratorias y parasitarias.

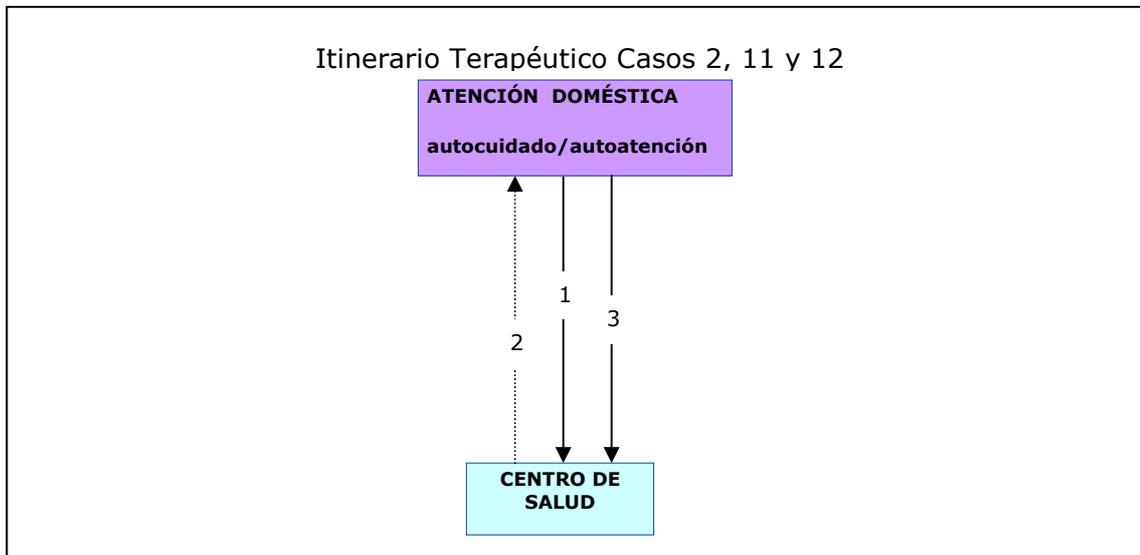
Para la representación del itinerario de cada caso se realiza una adaptación de los modelos propuestos por Bellato, Santos de Araujo y Castro (2008), pensando estos esquemas como mapas de los recorridos seguidos de forma que puedan representar los "trayectos" de búsqueda de cuidados (Bellato et. al. 2008, p.178). Estos diseños (ver FIGURAS 3 a 10) muestran el itinerario seguido por la familia desde su hogar hacia diversos recursos de atención de la salud elegidos. Estos esquemas sintetizan los recorridos de cada uno de los casos analizados indicando, a través de las flechas, la dirección del camino recorrido como las diversas trayectorias emprendidas por la familia, numeradas por la secuencia temporal de su ocurrencia (Bellato et.al. 2008).

Figura 3. Esquema que expresa el itinerario terapéutico realizado en el Caso 1.



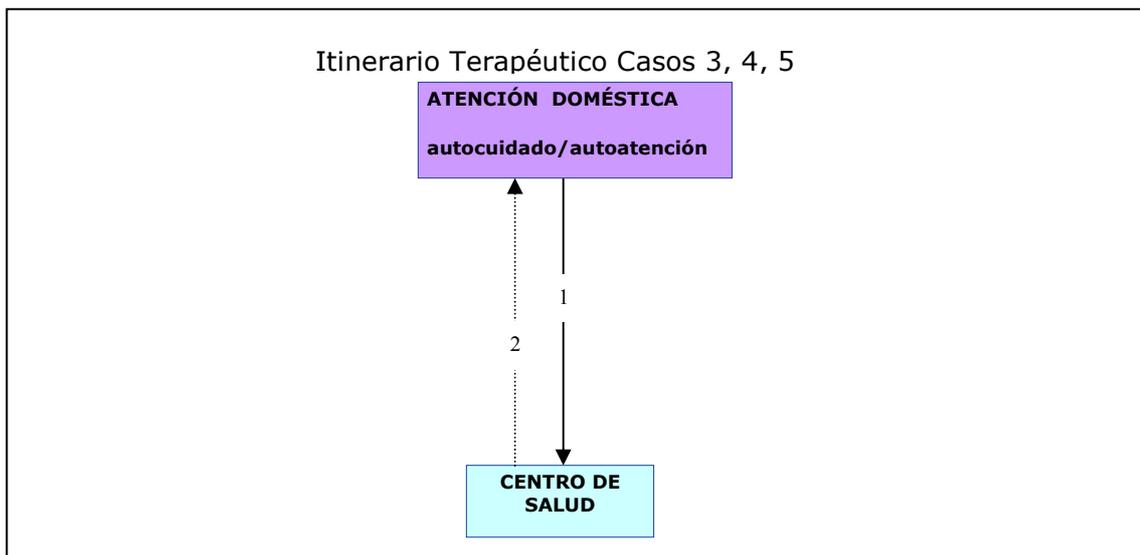
Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación, adaptación de los modelos de Bellato et.al. 2008.

Figura 4. Esquema que expresa el itinerario terapéutico realizado en los Casos 2, 11 y 12.



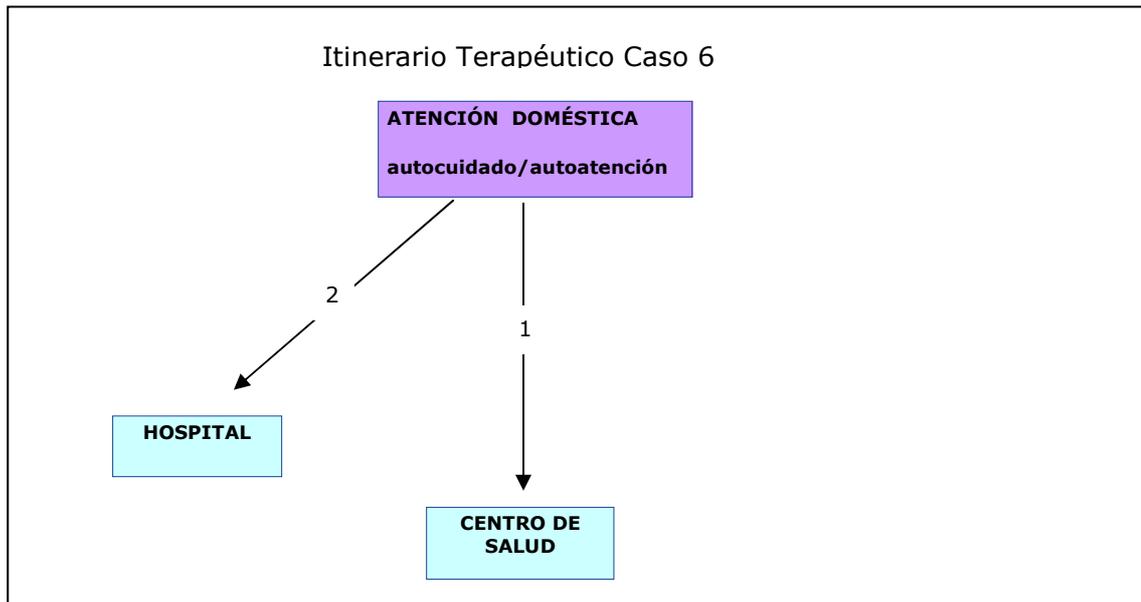
Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación, adaptación de los modelos de Bellato et.al. 2008.

Figura 5. Esquema que expresa el itinerario terapéutico realizado en los Casos 3, 4 y 5.



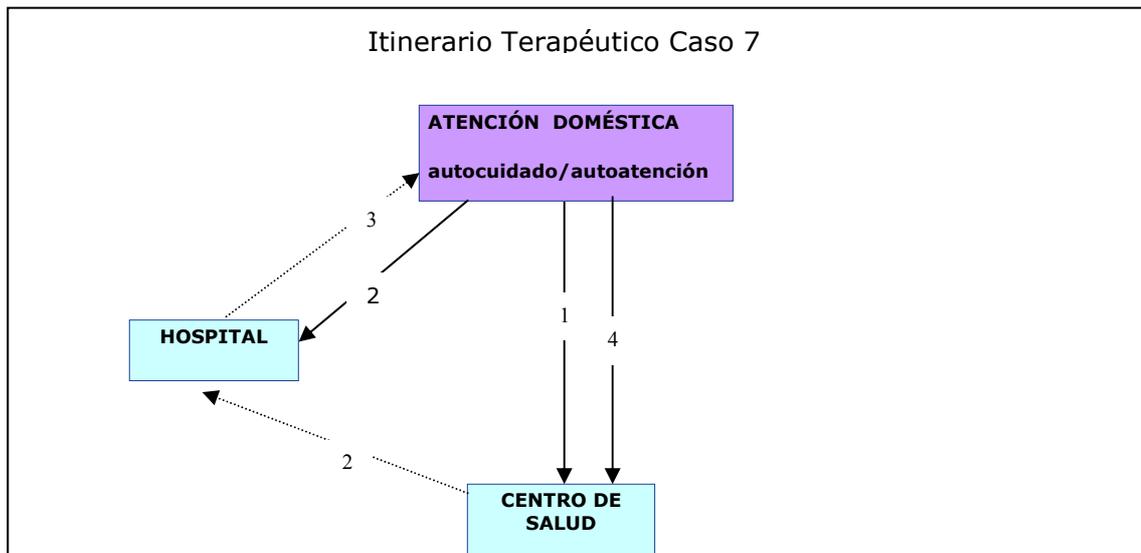
Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación, adaptación de los modelos de Bellato et.al. 2008.

Figura 6. Esquema que expresa el itinerario terapéutico realizado en el Caso 6.



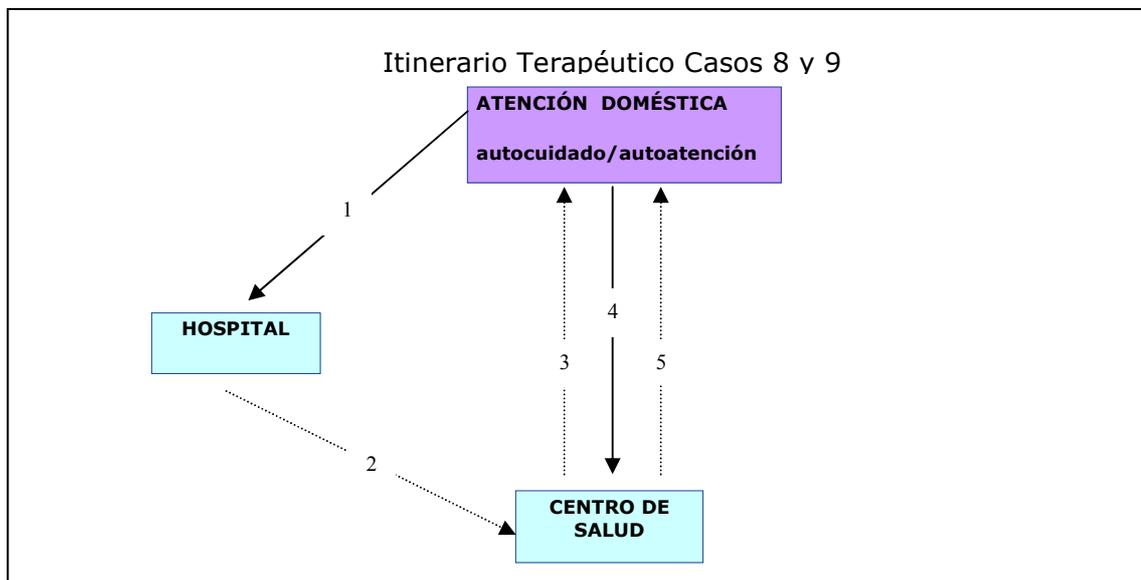
Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación, adaptación de los modelos de Bellato et.al. 2008.

Figura 7. Esquema que expresa el itinerario terapéutico realizado en el Caso 7.



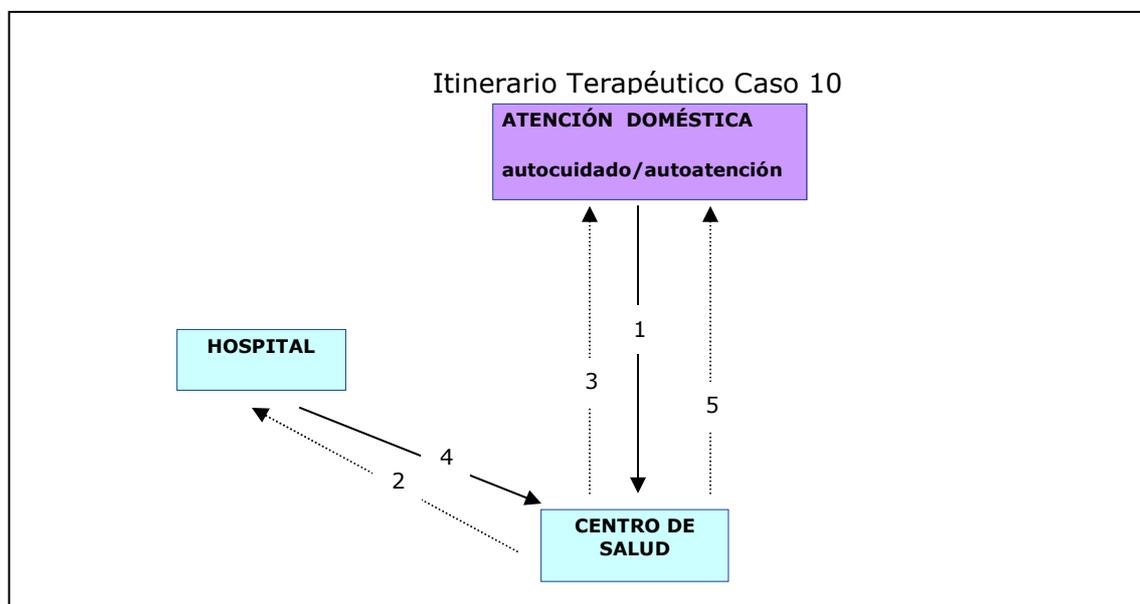
Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación, adaptación de los modelos de Bellato et.al. 2008.

Figura 8. Esquema que expresa el itinerario terapéutico realizado en los casos 8 y 9.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación, adaptación de los modelos de Bellato et.al. 2008.

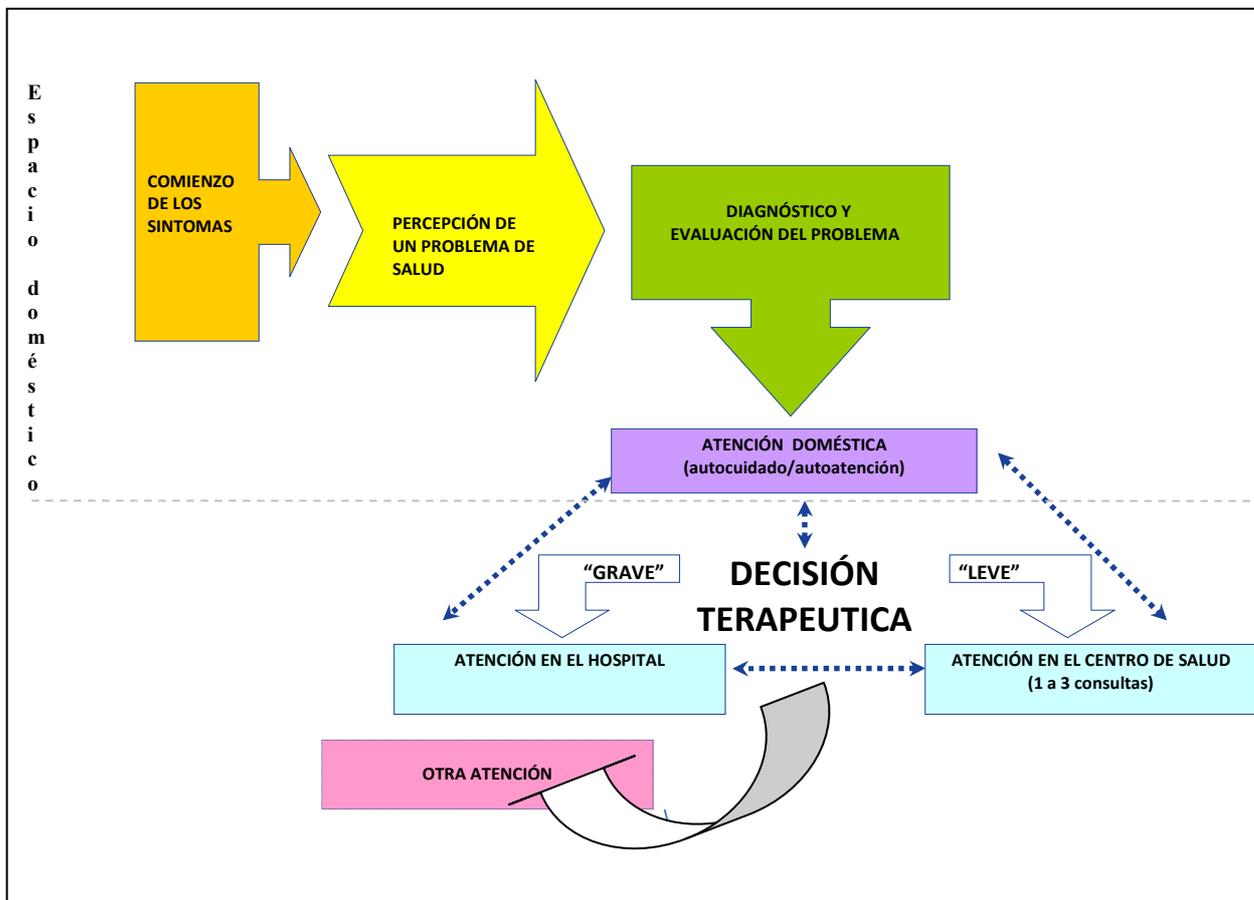
Figura 9. Esquema que expresa el itinerario terapéutico realizado en el caso caso 10.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación, adaptación de los modelos de Bellato et.al. 2008.

A continuación, se presenta un diagrama de flujo que muestra, en resumen, los itinerarios terapéuticos seguidos por los niños y sus familiares para la atención del problema de salud (Ver FIGURA 10).

Figura 10. Diagrama de flujo sobre los itinerarios terapéuticos en general



Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

Redes Sociales

A partir de la nominación de las personas que tuvieron participación en decisiones correspondientes al PSEA de cada niño fue posible acceder a las redes sociales, permitiendo asimismo identificar algunas conexiones entre estas redes y el uso de distintos recursos para la atención de la enfermedad. Debe aclararse que sólo se relevó información relativa a cada proceso que específicamente permitiera identificar a los diversos actores sociales que acompañaron al niño enfermo en su itinerario terapéutico.

Características de las redes durante el PSEA

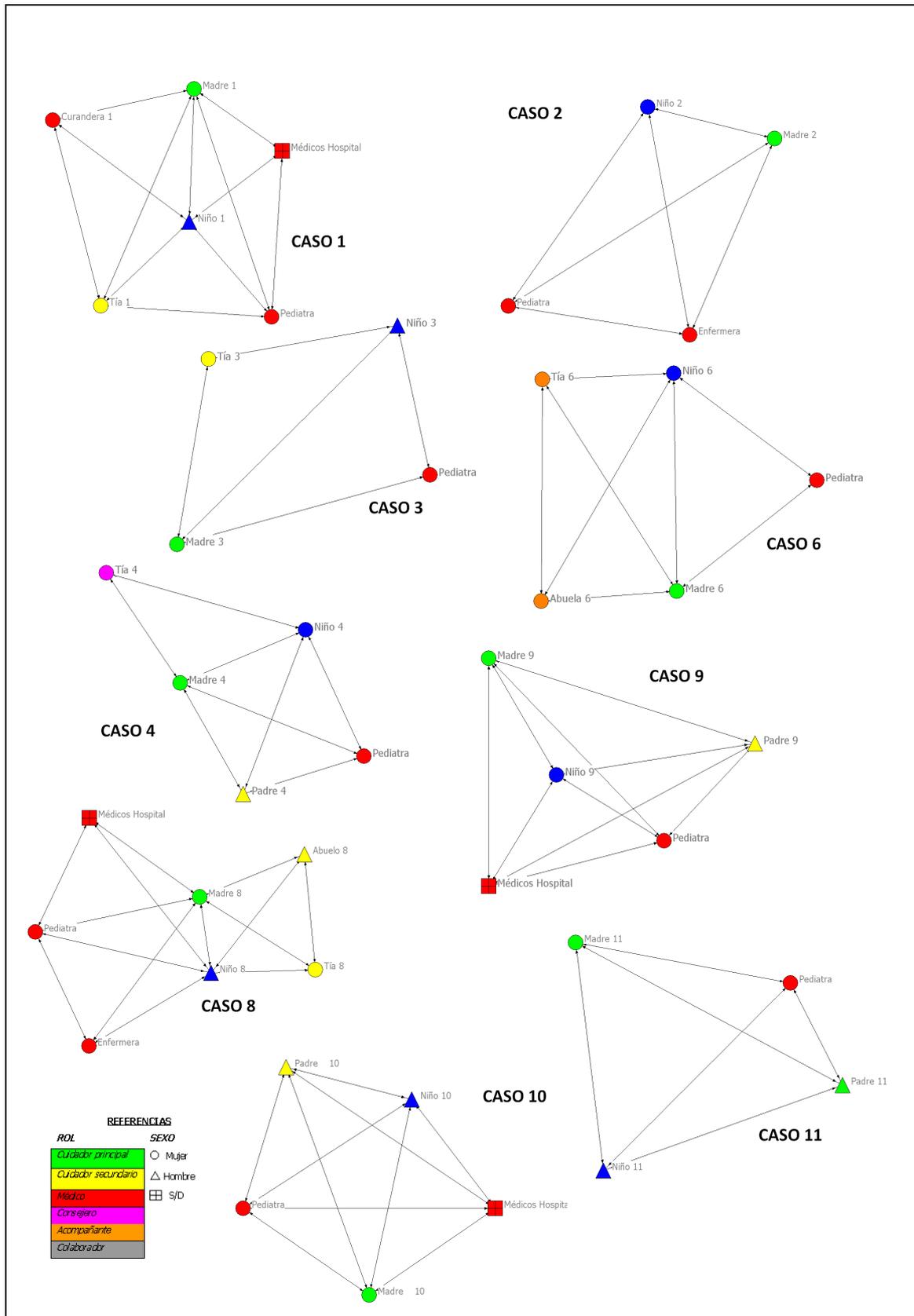
Se trataron específicamente los vínculos existentes entre los niños y las personas que se relacionaron a propósito de su enfermedad, constituyendo un total de 58 actores sociales que conformaron 196 relaciones.

En este estudio, las redes sociales desplegadas durante la trayectoria de enfermedad en los casos estudiados tuvieron un tamaño de 4 a 7 integrantes, distribuidos de la siguiente manera:

1. Autoatención: madre (12); abuela (3); tía (5); padre (5); abuelo (1), comadre (1).
2. *Atención Médica Profesional*: enfermera (1), hospital (1), pediatra (1).
3. *Atención de tipo "popular" y "tradicional"*: curandera (1)

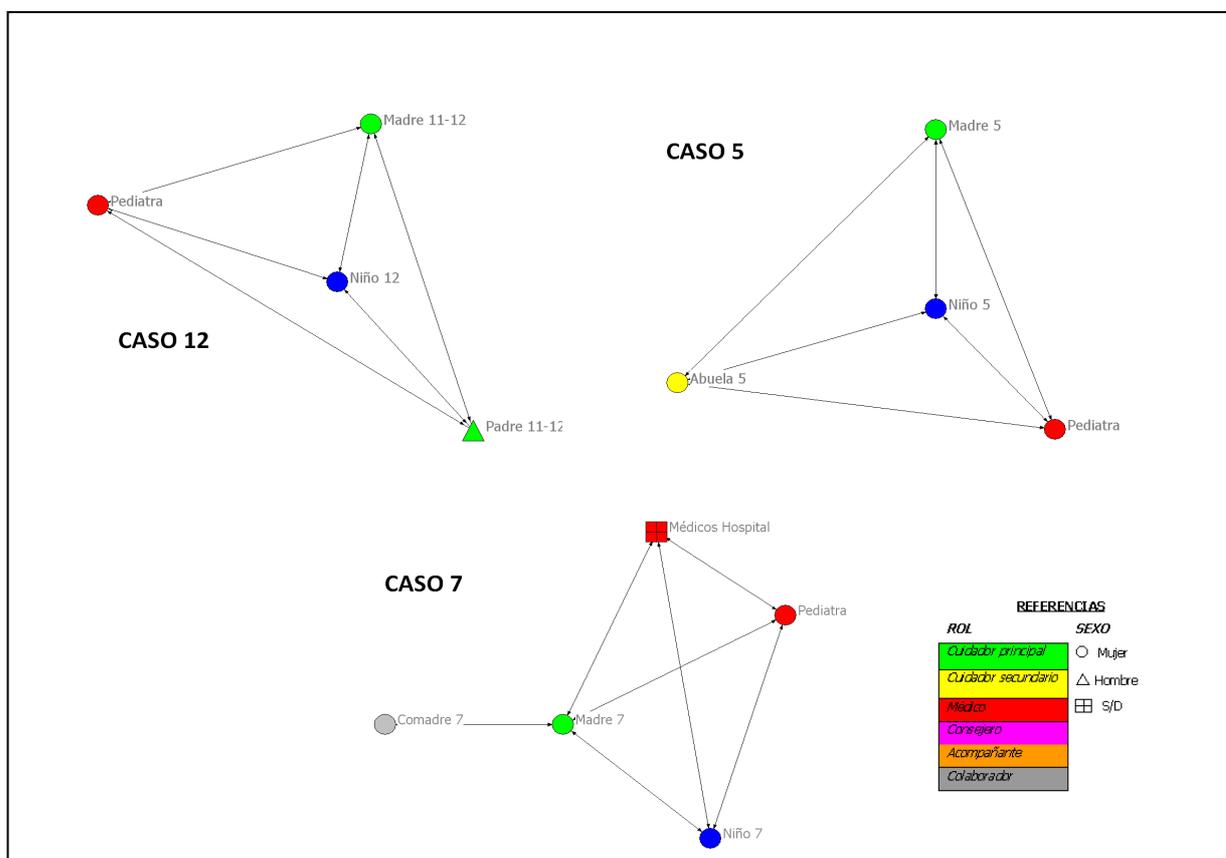
A continuación se presentan los gráficos de las redes obtenidas (ver matrices en ANEXO 9):

Figura 11. Redes de casos de enfermedades respiratorias



Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación, utilizando software UCINET 6.282 Copyright (c) 1992-2010 Analytic Technologies, con asesoramiento de la Dra. Laura Teves.

Figura 12. Redes de casos de enfermedades parasitarias



Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación, utilizando software UCINET 6.282 Copyright (c) 1992-2010 Analytic Technologies, con asesoramiento de la Dra. Laura Teves.

Como puede observarse, la red social desplegada para la atención de la enfermedad se concentró principalmente en el ámbito del hogar y en las relaciones de parentesco (84%). En segundo lugar, se observa la presencia de vínculos con personas o instituciones relacionadas con la salud (13%).

Respecto a la composición se observa cierta homogeneidad respecto al sexo, ya que sus integrantes son, en su mayoría, mujeres (78%).

A partir de la información relevada, al interior de cada una de las redes pudieron identificarse a los actores sociales involucrados asumiendo seis roles diferenciados, entre los que se encuentran:

- *Cuidador principal*: madre del niño, encargado de la toma de decisiones relacionadas con la búsqueda de atención, cuidado de la salud y bienestar del niño, desde el momento de la identificación de los primeros síntomas hasta la resolución del problema de salud.

- *Cuidador secundario*: persona con vínculo de parentesco (tía, abuelo, padre) que asume las funciones de complementación en el cuidado en el hogar del niño, mientras se encuentra enfermo.
- *Médico*: persona reconocida socialmente como especialista en el tratamiento de diversos problemas de salud (médico profesional/curandera). También es poseedor del recurso terapéutico (medicamento, tecnología que ayude al diagnóstico, etc.).
- *Consejero*: persona que brinda orientación respecto a la consulta que debe realizarse (tía).
- *Acompañante*: persona que concurre junto a la madre y su hijo a la consulta con el médico, pero que no tiene ninguna intervención en otro momento del PSEA (abuela, tía).
- *Colaborador*: persona que no tiene intervención directa en el PSEA del niño pero que ayuda a la familia en algún aspecto que resulta necesario (ej. cuidado de otros hijos) (comadre, abuelo, abuela, tía).

Es de destacar, con la identificación de roles que fue realizada, que al considerar el PSEA aparece como relevante no solo la relación médico-paciente sino también toda otra serie de actores sociales que se visualizan claramente en los esquemas.

Estructura de las redes

En primer lugar, se observó el rango (degree) (número de personas con las cuales un actor se encuentra conectado), dentro de las redes desplegadas para la atención de la enfermedad en los casos estudiados (Ver ANEXO 10). Los individuos más conectados son, en primer lugar, la madre y, en segundo lugar, la pediatra.

También fue analizado el índice de poder de Bonacich (centralidad de cada actor en cuanto a la cantidad de conexiones que posee en relación a las conexiones de sus vecinos), identificando que para las redes de enfermedad, los individuos más poderosos también fueron, en primer lugar, la madre y, en segundo lugar, la pediatra (Ver ANEXO 10).

Otro aspecto de gran interés fue el análisis del grado de intermediación (betweenness) (persona intermediaria entre dos personas del mismo grupo que no se conocen entre sí), donde la figura de la madre aparece presentando el mayor grado de intermediación, mientras que la pediatra fue la persona con menor grado en la mayoría de los casos (Ver ANEXO 10).

Por otro lado, fue analizada la cercanía (closeness) (que indica la proximidad de un nodo respecto del resto de la red y representa la capacidad que tiene un nodo de alcanzar a los demás) descubriendo que las personas que presentaban un mayor grado de cercanía fueron la madre y la pediatra (Ver ANEXO 10).

Por último, en las redes desplegadas para la atención de la salud de estos niños pudo encontrarse una densidad promedio de 0,50, lo cual expresa que existen 50 relaciones realizadas de cada 100 relaciones posibles (CUADRO 4)

Cuadro 4. Densidad de las redes durante la enfermedad.

CASO	Miembros de la red	Nº de relaciones efectivas	Densidad de la red
1 (PR)	6	24	0.80
2 (PR)	4	12	1
3 (PR)	4	10	0.83
4 (PR)	5	16	0.80
5 (PP)	4	12	1
6 (PR)	5	16	0.80
7 (PP)	5	14	0.70
8 (PR)	7	28	0.66
9 (PR)	5	20	1
10 (PR)	5	20	1
11 (PR)	4	12	1
12 (PP)	4	12	1
TOTALES	58	196	0,5

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

*Ref:

PR, corresponde a padecimientos respiratorios.

PP, corresponde a padecimientos parasitarios.

De los itinerarios a las redes, algunas consideraciones.

Reconstruir los itinerarios permite analizar los modos en los que se desarrolla el PSEA con la evidencia proporcionada por la propia experiencia de enfermedad vivida por los niños y sus familias. Por intermedio de ellos, se pueden identificar los elementos que direccionan las elecciones de atención y los factores que se conjugan para definir los recorridos.

En el caso de esta tesis, trabajar con los itinerarios proporciona un medio de gran utilidad para "analizar las facilidades, dificultades y limitaciones en la búsqueda en relación al acceso y los resultados encontrados" (Bellato 2008, p.181). Esto muestra que la búsqueda por los cuidados no se restringe al ámbito de los servicios de salud y sus profesionales, sino que involucra a diversos miembros de la familia del niño y, en menor medida, a otros miembros de la comunidad. De esta forma, permite visualizar quienes son las personas que se articulan con ellos y que funcionan como redes de apoyo para la resolución de sus problemas de salud (Bellato 2008, p.181).

En coincidencia con la bibliografía, el espacio doméstico se configura como la primera instancia para los cuidados de la salud (Leite et.al. 2006). Como puede observarse, los recorridos terapéuticos parten desde el sector doméstico hacia la búsqueda del recurso médico y regresan nuevamente al espacio doméstico. La decisión del camino a elegir depende principalmente de la percepción de la gravedad de la enfermedad (Leite et.al. 2006). En este recorrido, las familias emprenden un trayecto que no se restringe a los servicios de salud como espacio privilegiado, sino que involucra otros actores que son con frecuencia invisibilizados y que también proporcionan una estructura de cuidados específicos en relación al problema de salud, dando a la enfermedad una dimensión social donde puede ser contenida. Estas acciones se constituyen socialmente y parecen remitir a un mundo compartido de prácticas, creencias y valores (Alves y Rabelo 1999 citado por Leite et.al. 2006).

En cuanto a la red, como pudo visualizarse en los casos de referencia, tanto en padecimientos respiratorios como parasitarios, los recursos humanos preferidos y utilizados para la atención de la enfermedad resultaron fundamentalmente endógenos, centrados en sus parientes más cercanos. En segundo lugar, se elige el sistema de salud oficial, utilizando los recursos de

atención primaria de la localidad. La recurrencia a terapeutas tradicionales fue reportada sólo en un caso, mostrando la preferencia de recurrir al médico profesional para la resolución de este tipo de cuestiones que afectan la salud. Notablemente se relega la participación de compañeros de trabajo, amigos y vecinos, al punto de no existir ninguna mención a ellos en todos los casos analizados, lazos que se encuentran con fuerte presencia en otros estudios realizados en contextos similares (Bronfman 2001, Lomnitz 2003).

Por otro lado, es de destacar un mayor número de relaciones y recursos humanos involucrados en padecimientos respiratorios respecto a los padecimientos parasitarios, tanto fuera como dentro del círculo familiar.

En cuanto a sus características, las redes están compuestas por pocos individuos. Como lo señala Enríquez Rosas (2000), redes de estas características tenderían a ser menos efectivas, debido que se comportarían con menor eficacia en situaciones de sobrecarga o tensión de larga duración. Sin embargo, la presente investigación y otros estudios coinciden en demostrar que las redes sociales de pequeño tamaño se comportan efectivamente en la atención y resolución del problema de salud (Crivos 2003; Crivos, Teves y Sy 2003).

Otra característica que puede observarse, es que las mujeres se comportan como principales cuidadoras en los PSEA de los niños, adquiriendo gran centralidad la figura materna para la resolución de los casos de enfermedad, lo que coincide con la extensa bibliografía sobre la atención de la salud de los niños en Argentina y Latinoamérica (Databuit Godás 1992; Osorio Carranza 2001; Bronfman 2001; Digirolamo y Salgado de Snyder 2008; Remorini 2005, 2006, 2009b).

En cuanto a la conectividad, estas redes alcanzan una densidad media, conformando redes de tejido mediano o de conectividad media, es decir, con la mitad de sus individuos conectados. Esta densidad, favorece la máxima efectividad del grupo al permitir el cotejamiento de impresiones entre los miembros de la red (Sluski 1996 citado por Enríquez Rosas 2000).

Otro aspecto interesante que puede visualizarse a partir de la utilización del análisis de redes sociales, es la posibilidad de visibilizar actores que tradicionalmente no han sido considerados (como los tíos, abuelos, etc.) y que funcionan, ocupando diversos roles, como sostén en todo el PSEA, emergiendo a propósito de las necesidades que van surgiendo a lo largo del proceso.

CAPITULO 6

Respuestas terapéuticas

Para el alivio de los síntomas o la curación definitiva de los problemas de salud se han observado diversas respuestas terapéuticas. En este camino se emplearon recursos de diverso tipo -ya sea farmacológicos, higiénicos o físicos-, aplicados como tratamientos curativos o paliativos en el intento por alcanzar la resolución del problema de salud o atenuarlo.

En este capítulo se presentan los relatos acerca de los tratamientos realizados por las madres y por la pediatra para intentar solucionar el problema de enfermedad de los niños. Serán incluidos también sus saberes respecto a la terapéutica de estos padecimientos, más allá del caso específico por las cuales fueron entrevistadas.

Tratamiento doméstico

La terapéutica de los padecimientos respiratorios se encuentra asociada a la resolución y/o alivio de los síntomas presentados. Las madres utilizan distintos tratamientos conocidos con anterioridad y generalmente los aplican previamente a la consulta con los médicos del Centro de salud y/o el hospital¹⁶. Entre los más utilizados se encuentran antipiréticos, expectorantes, broncodilatadores y medios físicos (baños, paños fríos, vapor, aspiración, nebulizaciones con solución fisiológica) (ver ANEXO 8).

Para el tratamiento de la tos, o cuando sus hijos están agitados, las madres realizan baños de vapor, dan a los niños infusiones de flores de malva

16 Es necesario aclarar que las citas de especies vegetales para el tratamiento de algunas dolencias en base a bibliografía especializada, se realiza comparativamente a partir de la mención del nombre vulgar por parte de las entrevistadas; ya que no se ha realizado la recolección y determinación de las especies botánicas. Por ello existiría la posibilidad de que, aunque exista coincidencia en el nombre vulgar, no se trate de la misma especie.

blanca¹⁷ mezclada con leche (expectorante), o realizan puff¹⁸ con broncodilatadores (salbutamol) aplicados con aerocámara¹⁹ y/o nebulizaciones. En general, estos medicamentos de patente son aplicados sin consulta previa de ese evento al médico profesional, por conocimiento precedente de la madre.

"No, siempre traigo a consultar. O si por ahí está muy avanzada ya sé lo que tengo que hacer...(Y por ejemplo, qué haces cuando no puedes venir acá?) Y...puff!(Con qué?) Aerosol. (Y eso la alivia?) Sí.(Y eso cómo le hacés? Todos los días?)No, no no. Cuando está atacada" (G.6).

" Él, bueno... él le agarra, cada dos por tres, bronquiolitis, se agita mucho... y bueno... Primero, cuando no tenía el puff le hacía...que ella...a ella era la primera que bueno, que nació que tenía así... le hacía nebulización. Cada vez que estaba agitada le hacia las nebulizaciones yo. Y bueno, después la traje acá y le dieron un... el puff. Y ya ahí, cada vez que veo que están agitados o tienen...están resfriados, ya empiezo con el puff" (EE.2).

"Hay esas malvas blanca... en Paraguay hay muchísimo, verdad... los remedios que se hacen... Acá no encuentro tanto yo, verdad. Es medio seco lo que se compra acá. Y esa malva blanca, está la borraja... que tampoco la borraja le doy a ellos. Yo tomo! Porque es distinto de lo que yo conozco... la borraja viene acá en palitos y allá es la flor de la borraja. Es color lila... (...) (Y a ellos con la malva blanca qué haces?)Le pongo con

17 La Malva (Malva sylvestris) se utiliza regionalmente para el tratamiento de distintas afecciones como trastornos digestivos, tos, o estreñimiento. También se refiere un uso externo para afecciones inflamatorias dérmicas y ginecológicas. Para el tratamiento de la tos se utiliza especialmente en tos seca, ya que es rica en mucílagos, resulta ideal para suavizar las mucosas del aparato respiratorio. También para catarras, dolor en el pecho, etc. (Infusión durante 5 minutos de una cucharada de flores con dos hojas de eucalipto. Un par de tazas al día). (PRONAP 2005).

18 Aparato en aerosol de dimensiones pequeñas que proporciona a través de una boquilla la medicación en forma de spray en dosis exactas, la cual es inhalada a través de una aspiración profunda por medio de la boca.

19 Espaciador que sirve para el paso de la nube gaseosa de los inhaladores de algunos medicamentos, hacia las vías aéreas como son la boca, faringe, laringe, tráquea hasta llegar a los pulmones, dependiendo el medicamento, para cumplir su función correspondiente. Existen las que se utilizan con mascarillas (en niños habitualmente) o sólo con boquilla.

leche! Tampoco le doy tan puro! (Qué es? Como un té?) Como un té. Preparo como un té, tapo para que no se evapore y le pongo en la leche (Como viene la malva blanca?) Viene... yo compro en chiquitos así, de... por 100 gramos (Y qué trae? Las hojas, las flores?) Las flores... sí, acá es conocido eso! Porque hay un libro de medicina que tiene eso... la malva blanca... que yo había comprado acá un libro. En eso está la malva blanca, se conoce. (Y cuánto le ponés para hacer un té?) Un poquito, nada más que uno poco. Porque yo le pongo en mi mate, en la pava... y de eso le hago el té con... le pongo la leche. Como siempre toman leche, todos los días (Y eso cada cuanto le das?) No, a la mañana nada más (Todos los días o cuando está enfermo?) No! Todos los días no! Cuando tiene... cuando empieza a tener la tos. Pero con eso no le pasa, la única solución es que vaya a la sala.(Y eso para qué es? Para que se le pase la tos?) Es como un expectorante es. Hace de eso el expectorante! Es como un expectorante...Y también se le hace vapor a los chicos..." (EE.2)

Para bajar la temperatura corporal, producto de la fiebre, se realizan baños con agua templada, se administran antipiréticos (ibuprofeno) y/o se colocan paños fríos sobre la frente del niño.

"Yo le tomo la temperatura y si no tiene 38 por ejemplo, si tiene 37 y un poquito más, 37 y 9, está teniendo... Yo tengo así para... el que viene... ranita sana sana, que dice poner, con ese le bajo la temperatura. O le baño con agua medio templadito, pero no frío ni tampoco caliente. Y si le pasa con eso, empiezan a jugar otra vez. A jugar... y después le tomo otra vez la temperatura y no tienen más, bueno, me tranquilizo. Y si a la noche le tomo otra vez cuando siento que tiene un poquito y tiene más de... cuando llega a los 38 y un poquito más ya le doy remedio, lo que siempre me dice su pediatra para que le de. Porque siempre tengo. Esta vez traje 2 frascos de remedios de...para la temperatura. (Y qué te da?) Ibupirac. (Y ese cada cuanto le das?) Y cada 6 horas. Depende... cada 8 es lo que máximo se le da. Si es demasiado... (En jarabe o en pastillitas...). En jarabe. Tiene su vasito y le tengo que dar. Ese depende de la temperatura que tenga, si le para y enseguida le da otra vez cuando pase el efecto del remedio le tengo que dar cada 6 o de lo contrario cada 8. Antibióticos no

toman. Eso si. No toman ellos todavía. O sea que eso me lo recetan los doctores ahora... tiene que ser ya demasiado ya para que le de los antibióticos" (EE.2).

"Si, por ahí, cuando tengo jarabe para fiebre, por ahí de noche no saco así ratito. Viste, yo... Si tengo algo para fiebre le doy para fiebre algo y si no tengo con pañitos, algo, lo bajo... este... fiebre y después, esteee, nada. Después ya traigo al día siguiente" (VC.9.10).

Para el tratamiento de la gripe las madres administran jugos de cítricos exprimidos, como el pomelo o el limón, que se entibian y son ingeridos junto con una "aspirineta" (ácido acetilsalícico).

"Y la gripe y eso siempre se toman... como dicen, se hacen... jugo de pomelo, que el pomelo allá abundan. Y hay limones, que se le hace jugo, se le toma con una aspirineta o si es persona grande una bayaspirina. (Y le hacés eso a ellos también?) Y sí, porque eso recetan los doctores también. Como tienen vitamina c y eso entonces le ayuda. Allá todo se toma, en casa tenía todo eso: de limones, naranjas, pomelos... pomelos del blanco... acá no hay pomelos de ese blanco casi...solo el rosado" (EE.2).

En el tratamiento de la mucosidad y/o el catarro utilizan medios físicos como la aspiración del moco con pipetas, las nebulizaciones con solución fisiológica o el baño de vapor para "aflojar" la mucosidad. Respecto al último método, lo más frecuente es la utilización de una olla con agua caliente, donde se acerca la cara del niño sobre la misma, tapándolo con una toalla, manta o frazada para evitar la pérdida del vapor, así se produce el efecto de ablandamiento de la mucosidad. Se pueden agregar a este baño, gotas de salbutamol (droga farmacológica) u hojas de eucaliptus²⁰ para aumentar el efecto. También se menciona, el uso de una mecánica de golpeteo persistente en la espalda para la eliminación de la mucosidad.

20 *Myrtaceae Eucalyptus spp.* Es utilizado para tos, resfríos, congestión, gripe. (Arias Toledo, 2009). Suaviza la garganta, calma la irritación bronquial y la tos en las enfermedades respiratorias de origen bacteriano, incluida la tos ferina. Se utiliza como vahos con el cocimiento de un par de cucharadas por litro de agua

"(¿Y el vapor se hace para neumonía nomás?) No, cuando está... sí, cuando están... cuando tienen mucho moquitos, están así congestionados, se le hace. Primero para que también... alivie un poquito y se le aflojen los mocos (SR.1).

"(...) Y cuando yo le hago los remedios, yo le pongo así, porque ninguna madre le pone así, lo hago jugar con él, ¿eh? Y lo hago así (LE HACE AL NENE GOLPETEOS EN LA ESPALDA) y sí, le pongo un pañuelito acá y hace (UN RUIDO) y tira todo (Ahhh, mirá) Y ninguna mamá hace eso. No. Lo tienen ahí, sentado, no, tienen que hacer así, y él sabe que le hago así (En la espaldita?) Si (Y eso por cuanto tiempo le hace así?) No! Yo le hago lo que yo quiero, para que saque todo el catarrito, juego con él y después tira todo el catarro" (JEF.8).

"(cómo...le ponés algo al agua para que... se abran los pulmoncitos o algo?) No, por ahí el salbutamol en gotas (Adentro del agua?) Sí.(Y cuantas gotitas le pones?) 3, 3 gotitas.(Y eso hace como..) En sí algunas le ponen un poquito de sal, algunas... pero yo no, antes, al menos mi mamá antes si... ponía...pero no...(Y las gotitas se las ponés después de hervir el agua?) Claro, se las hecho al fuentencito, se las hecho" (P.1).

"Me hace bien a ese hacerlo, porque yo le hacía a mi hija así. Con eucalipto este, era el más (...) era mejor. Yo le hice ahora le dije ahora a MS, tené cuidado con la olla. Pero yo tengo cuidado, porque yo estoy sola con él... Le agarro así, como lo tengo acá, viste, las patitas pa'ca, y las manitas las tengo yo y le hago así y le hago. (Y cómo le hace el vapor?) Le hago con él. Le pongo una ollita chiquita y le hago, y le pongo una toalla. (Y eso le hace más moco dice usted?) Sí, saca más moco, sabés cómo saca! Y ese le hice a mi hija, yo mucho antibiótico no le daba. El antibiótico le hace muy mal también a veces. Como nosotros antes hacíamos casero, viste, mi mamá hacía las cosas... Yo le hago con eucalipto. Y es mejor. Yo estoy con un tarro viejo ahí así.(Y le pone algo al agua para que...) Sí, eucalipto (Eucalipto. Ahh cuánto le pone?) na hojita o dos, tres, para él nomás, solito le pongo y sale..."(JEF.8)

Algunas madres mencionan la realización de determinadas prácticas para prevenir estas enfermedades o para evitar el agravamiento de un padecimiento ya existente. Entre ellas plantean ventilar los ambientes, evitar que fumen en el hogar, no tirar aerosoles ambientales, alimentar con frutas a los niños y no sacarlos de la casa cuando hace frío. Aquí aparecen mixturadas distintas recomendaciones médicas junto con la propia percepción de las madres.

"(Y haces alguna otra cosa en tu casa así para aliviarlo a él? Alguna cosa así que hayas aprendido...que te hayan enseñado en tu casa...) Sí, lo de...tratar de que no fumen. Es una historia con mi marido, fuma! Así que es una lucha! Hay cosas que no se puede hacer en la casa! Tirar aerosoles...y todo por los pulmones, así que..." (N.3).

"(...) Y no tratarlos de sacarlos mucho, cuando hace mucho frío" (EE.2).

"(...) Por ahí cuando está lindo el día sí, abro las ventanas, todo. Saco todo, las frazadas, todo afuera (...)" (SR.1).

En el tratamiento de los parásitos no se realizan intervenciones previas en el hogar, prefiriendo la medicación proporcionada por los médicos del Centro o el Hospital ya que se considera que los remedios caseros son "*muy fuertes*" para ser consumidos por los niños. Sin embargo, existe conocimiento respecto a algunos remedios de preparación doméstica en forma de infusión y estos son mencionados como efectivos para el tratamiento de los parásitos. Entre ellos refieren: ajo con leche, "salmuera", té de quebracho blanco²¹, té de zuico²²,

21 En la bibliografía el quebracho blanco (*Aspidosperma quebracho-blanco*) se usa como antifebril y cataplasma en las curaciones de granos. Respecto a su acción parasitaria solo se usa para el ataque de piojos. Se emplea también como estimulante respiratorio en el efisema, en la disnea del asma y en la bronquitis crónica. Martínez Crovetto (1981) menciona que la infusión fuerte sirve para cortar cólicos.

22 El Zuico podría corresponder a una planta de la familia de las astaraceas *Tagetes minuta* sp., utilizada comunmente como desinflamante del estómago, insecticida, antifúngico, antiséptico.

hojas de sen²³ hervidas con leche. Para potenciar su efecto se espera que los mismos sean consumidos en ayunas.

"Sí. Y otras cosas, remedios caseros para los parásitos, es bueno es el... ajo con leche amanecido en sereno. Que yo nunca probé eso, porque no me gusta el ajo, es muy fuerte así...y... otro es la salmuera... bien pero bien salmuera, ¿eh?. No sal así chiquito. Eso también es bueno, pero en ayunas... Sabés lo que es en ayunas!" (EE.2)

"(¿Vos tenés...sabes de algún remedio... algo que sirva para los parásitos, algo que se haga en la casa... así caserito?) Lo único que yo... a mi me dicen que le de ajo ...con leche.(¿Y eso cómo se toma?) Eso es hacer hervir la leche con el ajo. Y le hacés tomar eso (Y después le sacas el ajo o se come también?) No. El mismo ácido del ajo hierva y queda en la leche... amarguito como el remedio (Y cada cuánto se lo das eso?)No y yo no le doy eso (Vos no le das?) Yo le estoy medicando con MS..." (R.7)

Por otro lado, se mencionan también algunos mecanismos preventivos, como por ejemplo el lavado de manos. Además se menciona la desparasitación de los perros como medio para reducir la posibilidad de adquisición de las parasitosis.

" Ya conozco. Mami, ¿puede ser? Sí mami; hay que lavarse las manos! Con lavandina o con Espadol o con cualquier cosa tienen que lavarse las manos. Porque eso vos no ves a dónde está ese bicho, le digo, es un bicho que anda por todos lados. Ay mami, me dice, sí, sí, sí. Ahora les compré un Espadol (JABÓN ANTIBACTERIANO) que lo tengan y lo usen. Después también, yo le lavo las manos. Tiene su toalla y todo. No, no, no... para eso... a mí no me gana nadie" (JEF.8).

"Todos dicen que tienen eso, los perros. Que tienen que darle el medicamento y ver después...(Y van a hacer el tratamiento ellos

²³ El Sen, *Cassia angustifolia*, cuya parte medicinal son los foliolos y frutos, es usada como laxante (Consolini et.al. 2007).

también?) Sí, le mezclas en la comida ahí (Y te dijo MS que le hagas a los perros también?)No, no, no. Yo antes les compraba las pastillas de los parásitos, les revolvió todo y les daba en la comida mezclada... O sino azufre, para los animales. Todo bien molido, con la comida (Y ahí tienen que largar los parásitos?) Sí" (R.7).

Tratamiento prescripto desde la atención médica profesional

Para extraer el "moco" la pediatra indica la aplicación en la nariz de una solución hipertónica²⁴ compuesta por cloruro de sodio (sal) envasada en cápsulas estériles. Esta terapéutica es recomendada para el alivio de los síntomas y no como terapia de curación, y sólo es indicada en los casos en que el niño no quiere/puede alimentarse o cuando tiene dificultad para respirar.

Para el alivio de mucosidades o de la tos, la médica desaconseja el uso de vapor, no por contraindicación terapéutica sino por los accidentes que pueden ocasionarse. En este punto, menciona antecedentes de quemaduras en manos, rostros y cuerpos de los niños debido a la utilización de ollas con agua caliente para producir el vapor, al no contar con ducha en el baño.

Para los cuadros respiratorios en general, las nebulizaciones en el hogar no son muy recomendadas por la pediatra, ya que irritan y humedecen las vías respiratorias y no resuelven el problema. Del discurso de las informantes surge que a pesar de esta recomendación, se realizan nebulizaciones con gran frecuencia ya sea por motivación propia o por indicación médica.

También se realizan nebulizaciones con oxígeno para el tratamiento de las enfermedades respiratorias. Sin embargo, la pediatra refiere que, aunque se utilizan mucho, solamente deberían realizarse cuando los niños presentan un cuadro de hipoxia o falta de oxígeno, mientras que para cuadros leves es preferible el uso de broncodilatadores en aerosol.

"(Y nebulización? Ayer te escuché que decías que no...) Trato que no. El tema de la nebulización es que a las mamás les encanta nebulizar a los chicos y de por sí uno perpetua el moco en las vías respiratorias. O sea, vos estas todo el tiempo irritando y humidificando las vías respiratorias. O sea, si no hace moco es porque es extraterrestre!(SE RÍEN) Claro, no hay

²⁴ Solución cuya concentración de sal o soluto es mayor que la concentración que tenga la solución en el medio.

otra. Y bueno, ya se vio y se estudió que la llegada del broncodilatador no tiene la misma llegada que con el aerosol. De alguna manera es prevenirle tantos cuadros respiratorios altos al divino botón. En los países civilizados ya no se usa más el nebulizador. En un momento era la panacea el ultrasónico y hoy se vio que al contrario, es más irritante que... por el tamaño de la partícula que emite que...(Y con oxígeno es lo mismo? No? Es distinto).No, son 2 cosas diferentes. Igualmente, no siempre... O sea, acá se nebuliza mucho con oxígeno pero no porque esté indicado. Uno nebuliza con oxígeno cuando el chico tiene realmente un cuadro de hipoxia o falta de oxígeno. Pero bueno, acá no hay un compresor adecuado ni nada como para que se hagan nebulización con otra cosa...Así que es lo que hay" (PD.0).

Respecto a la terapéutica farmacológica, se utilizan broncodilatadores de salbutamol en aerosol para todos los cuadros respiratorios presentados, excepto en el caso 2. Generalmente es indicado un puff cada 4-6 horas durante 48 horas.

Los corticoides inhalatorios (budesonide) sólo están indicados a manera preventiva si el niño ha tenido varios episodios anteriores o cuenta con antecedentes de bronquiolitis (3 casos).

El corticoide en gotas (predimisona, betametasona) es utilizado en la atención de la mayoría de los cuadros respiratorios aquí presentados, ya sea administrado directamente o en nebulizaciones. La cantidad de gotas dependen del peso del niño y generalmente se indica su consumo cada 6-8 horas, durante 48 horas.

Respecto a los antibióticos, si bien la pediatra sólo menciona la indicación en un caso (Trimetroprima Sulfametoxazol), por referencia de las informantes puede observarse que, en la mitad de los casos, se les ha realizado la indicación de esta medicación (por ej.: Claritromicina, Azitromicina, Amoxicilina).

Para los padecimientos parasitarios se menciona el uso de medicamentos antiparasitarios, como el mebendazol. Esta medicación debe ser consumida por el niño y todos sus convivientes una vez por día por el término de 3 días y repetirse el mismo tratamiento a los 14 días.

En ocasiones se indica el consumo de vaselina por vía oral para facilitar la eliminación del parásito. En casos más graves, según lo referido por la pediatra,

puede suceder una intervención quirúrgica que evite la perforación de los intestinos (peritonitis).

"XX estuvo internada con una pseudo-obstrucción por áscaris (...) (Y eso qué hace? Obstrucción?) Hace obstrucción... Porque son larguitos como fideos, imagínate. Y se ovillan, me entendés? Y entonces tapan el intestino, obstruyen (Y esos cómo se saca?) Y a veces lo podés tratar con tratamiento médico, o sea, darles antiparasitarios, se les da vaselina y lo eliminan. Y otras veces son quirúrgicos, porque perforan el intestino y hacen una peritonitis (Y el tratamiento cómo es?) El tratamiento? Vía oral. Con Mebendazol. 3 días y lo ideal es repetir a los 14 días. Que vos volvés a tener otra vez ciclo porque si depositan huevitos en el margen del ano, esos no los matan y vuelve a crecer otra vez. Entonces por ahí lo ideal es, a los 14 días, volver a repetir" (PD.0).

¿Y cómo lo curamos? Recapitulando acerca de la terapéutica.

La terapéutica aplicada en el ámbito doméstico resulta principalmente sintomática. No obstante se realizan algunos procedimientos tendientes a prevenir la aparición de la enfermedad o para evitar complicaciones de un padecimiento ya desencadenado. Se encuentra, al igual que lo referido por Osorio Carranza (2001), que el repertorio de los tratamientos conocidos es mayor a los efectivamente utilizados.

Existe prácticamente un tratamiento para cada uno de los síntomas de los padecimientos respiratorios, manejando, para el conjunto del padecimiento, una combinatoria de medicamentos y/o prácticas diferenciales, que pueden ser realizadas al mismo tiempo o en distintos momentos del PSEA. Esta combinatoria incluye el uso de prácticas domésticas y de terapias propuestas por el sector profesional. Respecto a terapias domésticas, el uso de plantas medicinales es escaso, siendo más frecuente el manejo de medios físicos como los paños fríos, pipetas y baños de vapor. La influencia de la biomedicina se evidencia en la realización de nebulizaciones y el uso de medicamentos de patente como los corticoides en aerosol y/o gotas y los antipiréticos.

En cuanto a los padecimientos de las parasitosis, es notable la utilización de medicamentos de patente recetados por el médico, en detrimento de los remedios populares que, si bien son conocidos, no son utilizados. Por otro lado, se encuentran presentes algunos mecanismos preventivos de su causalidad o reincidencia.

Como puede observarse, la automedicación cobra gran valor en las prácticas de autoatención de la salud de estos niños, constituyéndose en lo que Menéndez (1992b) llamaría una "supervivencia positiva". En este sentido, la biomedicina y el sector salud plantean dos cuestiones contradictorias. Por un lado, cuestionan y por otro, favorecen ciertos tipos de automedicación, reconociendo que estas prácticas, muchas veces, son decisivas para abatir o controlar determinados padecimientos (Menéndez 2003). Tal como lo plantea Menéndez, "el hecho de que la población utilice estos fármacos e inclusive autonomice su uso, evidencia que reconoce su eficacia y además (...) que en gran medida aprende dicha eficacia a través de la relación directa o indirecta con el personal de salud", evidenciando que "el sector de salud, el personal de salud, el médico enseñan a autoatenderse más allá de la intencionalidad de hacerlo" (Menendez 2003, p.205).

Respecto a la terapéutica empleada por la pediatra, se observa también un tratamiento básicamente sintomático. Es notable en su discurso el énfasis puesto en las prácticas que no deberían ser realizadas por las madres por su carácter de "riesgo", ya sea por accidentes que pudieran sucederse o por el empeoramiento del cuadro diagnóstico, como por su nulidad ante la resolución del problema.

Para el tratamiento de los padecimientos respiratorios, se indican mayormente medicamentos de patente como broncodilatadores en aerosol o gotas y antibióticos. Se relega a un segundo plano el uso de nebulizaciones. En cuanto al tratamiento de las parasitosis, la terapia indicada es realizada a partir de antiparasitarios y el consumo de vaselina, enfatizando fuertemente la utilidad de medidas de higiene como preventivas de una "sobreinfección".

PARTE III:

Discusión y Conclusiones

CAPÍTULO 7

Consideraciones finales. La importancia del aspecto relacional en los procesos de salud/enfermedad/atención

En la presente investigación se propuso como objetivo general *caracterizar el proceso de salud/enfermedad/atención de niños de 1 a 5 años de edad que asisten al Centro de Salud N° 11 (CSN°11) de la localidad de Arturo Seguí*. Su desarrollo permitió acceder a las particularidades de los PSEA en esta localidad, identificando los distintos momentos y las percepciones de los actores involucrados, obteniendo conocimientos relevantes que superaron lo esperado desde un inicio.

Pudieron identificarse los diferentes actores sociales involucrados en el proceso de salud/enfermedad/atención y la forma en que se relacionan entre ellos, aplicando una metodología para el análisis poco usual, como lo es el ARS, la cual demostró un enorme potencial para el estudio de los aspectos relacionales. De esta forma pudieron analizarse aspectos que hacen a los vínculos entre las personas en relación con las representaciones y prácticas en torno al cuidado de la salud y atención a la enfermedad de los niños, en un contexto particular, como la localidad de A. Seguí.

A continuación se retoman las preguntas que guiaron el desarrollo de la investigación presentando los principales hallazgos obtenidos.

¿Quiénes son los actores sociales involucrados en el proceso de salud/enfermedad/atención del niño?

Desde el principio se asumió que los PSEA no se realizaban en soledad ni involucraban un solo contexto de atención, por lo cual se planteó la idea de la existencia de diversos actores sociales involucrados en el cuidado de la salud y atención de la enfermedad de los niños.

Al trabajar con el relato de las experiencias de enfermedad mediante la reconstrucción –o construcción- de los itinerarios en torno a un evento concreto, fue posible acceder a información relativa a los contextos y actores involucrados

en ese recorrido. En el proceso de reconstrucción de estos itinerarios se diferenciaron claramente los espacios: doméstico y médico, siendo el primero el más utilizado y privilegiado en todos los casos analizados. Así se halló que la búsqueda de la resolución de problemas de salud no se encuentra circunscripta exclusivamente a los espacios oficiales de atención de la salud y a los profesionales que trabajan en ella, como los médicos y enfermeros sino que involucra también al ámbito doméstico y dentro de éste a familiares directos del niño y a otros contextos extra-domésticos, a través de actores sociales como la curandera y la comadre. Todos ellos funcionan como redes de apoyo en la resolución de los problemas de salud, actores que quizá por medio de otra forma de acercamiento hubieran permanecido invisibles.

Asimismo, se distinguieron los recursos humanos participantes con características y responsabilidades diferenciados, emergiendo las figuras de cuidador primario, médico, cuidador secundario, acompañante y colaborador; mostrando así la aparición de otras funciones accesorias a las que son generalmente contempladas en el estudio de los PSEA. Tales actuaciones emergen en la situación particular de enfermedad que se atraviesa y, en apariencia, se halla acotada a ese momento, vinculada a las relaciones que se establecen entre los diferentes actores sociales involucrados con un propósito específico.

La presente investigación refuerza lo hallado en diversos estudios que demuestran que son las mujeres, especialmente en su rol materno, quienes se desarrollan en el **rol principal de cuidadoras del niño** durante la ocurrencia de la enfermedad (Databuit Godás 1992; Osorio Carranza 2001; Bronfman 2001; García Calvente 2002 citado por Jofré y Mendoza 2005; Alarcón-Muñoz y Vidal-Herrera 2005, Jofré y Mendoza 2005; Menéndez 2005; Desai y Johnson 2005; Digirolamo y Salgado de Snyder 2008; Kannan 2009; Remorini 2005, 2006, 2009b). La madre también genera -a través de sus prácticas- **articulaciones** entre distintos sectores de atención de la salud y se presenta como el actor más central en este proceso. Se presenta, además, ejerciendo **mayor poder dentro de la red social de atención de la enfermedad** del niño en lo que respecta a la toma de decisiones, concordando con Desai y Johnson (2005) quienes remarcaron especialmente que son las mujeres las que concentran el mayor poder respecto a las decisiones relacionadas con el cuidado de la salud. Lo antedicho sugiere el **carácter multidimensional materno**, ya que la madre

resulta la encargada de diagnosticar el padecimiento, evaluar la gravedad o levedad del caso, decidir por su cuenta -o acordando con otros miembros de la familia- la demanda de atención, efectivizar y proporcionar el tratamiento, acompañando así al niño en todas -o en la mayoría- de las instancias (Menéndez 1992a, 2005, 2010).

En cuanto al resto de los actores, realizan sus actividades con la aprobación del cuidador primario, demostrando nuevamente el poder adquirido por la madre en la toma de decisiones. El cuidador secundario complementa el rol del cuidador primario, mientras que los otros individuos cubren acciones periféricas al PSEA, es decir, atienden otras necesidades derivadas, pero no directamente vinculadas al cuidado/atención del niño enfermo, actuando en tiempos breves pero brindando un apoyo efectivo. Entre esas acciones pueden destacarse el cuidado de los hermanos del niño enfermo, el acompañamiento al binomio madre/hijo durante la hospitalización o consulta al médico, o simplemente el ofrecimiento de consejos. Estos hallazgos son semejantes a los estudios de Robles Silva (2003) en ancianos enfermos, quien presenta la red social durante la enfermedad, destacando el rol asumido por estos "otros" actores como fuente de apoyo que intervienen en la periferia del cuidado.

¿Cuál es la percepción de la enfermedad desde la perspectiva de cada uno de los actores sociales involucrados en torno al proceso de búsqueda de la salud? ¿Cuáles son los tratamientos considerados y los efectivamente utilizados en la atención del niño?

Se partió de la idea que los diversos actores sociales involucrados en el cuidado de la salud y atención a la enfermedad de los niños presentarían diversidad de saberes y prácticas en torno al PSEA.

A partir de las entrevistas realizadas a las madres y la pediatra se visualizaron algunos contrastes. Sin embargo, también se encontraron convergencias en sus representaciones respecto a la enfermedad y a la forma de abordarla. En primer lugar, en cuanto al **diagnóstico** las semejanzas fueron notorias, especialmente en la terminología empleada para designar a los padecimientos. En esta instancia, en el discurso de las madres se enfatiza principalmente el reconocimiento de los síntomas y signos en contraste con

aquellos realizados por la pediatra quien los toma como un todo y los prioriza en cuanto le permiten realizar un diagnóstico certero.

En segundo lugar, en relación a la **etiología**, son las madres quienes proporcionan mayores explicaciones y dan detalles respecto a la causalidad de los padecimientos de los niños, proporcionando visiones que explican la etiología desde niveles individuales, naturales y/o sociales, según la clasificación de Osorio Carranza (Osorio Carranza, 2001). Por su parte, las explicaciones de la pediatra se centran mayormente en una concepción de riesgo, considerando que los niños conviven en un medio que favorece el desarrollo de diversas patologías (Feinholz Klip y Ávila Rosas 2001; de Almeida Filho 2009; Ayres 2009)

En tercer lugar, respecto a la **terapéutica**, los procedimientos preventivos no resultan de gran peso. Por el contrario, ambos tipos de informantes coincidieron en una forma de tratamiento principalmente sintomático. Las madres manejan múltiples tratamientos al combinar medicamentos y prácticas domésticas. En muy raras ocasiones se emplearon plantas o remedios medicinales caseros, aunque es notable el conocimiento que estas mujeres poseían respecto a ellos. Retomando a Menéndez (2010) esta automedicación no se realizaría sólo por un efecto mágico o de micropoder de la relación médico/paciente, sino que, a partir de las interacciones directas o indirectas de la madre (y sus redes) con el personal de salud, un determinado fármaco puede resultar eficaz o por lo menos más eficaz que otros productos alternativos (Menéndez 2003, 2010).

Las tres instancias posiblemente señalarían una convergencia de los saberes y prácticas, más a causa de un acercamiento de los "legos" hacia el "saber médico" que lo contrario. Esta aproximación resultaría de "una tendencia dominante a la medicalización de la práctica materna" (Osorio Carranza 2001, p. 200).

Del Estudio de Casos y del ARS como estrategias de aproximación a la complejidad del PSEA

Aplicar la metodología de casos en esta investigación proporcionó la posibilidad de indagar en diferentes formas de abordar un mismo tipo de padecimiento, dando la oportunidad de reconocer concepciones culturales de

este grupo. En particular, al acotar cada caso por el tiempo y lugar de ocurrencia, permitió delimitar la selección de las fuentes de información y reducir los tiempos de búsqueda. También permitió, al utilizar varios tipos de informantes, obtener un cuadro más completo de cada PSEA.

Asimismo, se convirtió en una estrategia de investigación adecuada para describir el PSEA en el contexto real en el cual ocurrió, partiendo desde la experiencia vivida por cada una de las personas entrevistadas. Esto facilitó la reconstrucción de los recorridos realizados y permitió un mejor acercamiento a los actores efectivamente involucrados en torno a los PSEA, visualizando la red social implicada.

Es en este marco, que el análisis de redes sociales (ARS) adquirió un valor original como herramienta teórico-metodológica para el análisis de la información relacional, la visualización de los vínculos y el abordaje heurístico en el estudio de los procesos de salud/enfermedad/atención (Pasarin 2009). En términos de Almeida Filho "el modelo de redes permite extraer de un conjunto de observaciones una estructura de explicación, es decir, crear un mecanismo explicativo" que permite dar cuenta, aunque todavía parcialmente, de la complejidad de los procesos o fenómenos de salud-enfermedad (De Almeida Filho 2006, pp. 134-137).

En el caso particular de este estudio, gracias al aporte del ARS, se accedió a estructuras más profundas del PSEA, mostrando tanto la presencia efectiva de distintos actores, como también la diferenciación de roles hacia el interior mismo de la red desarrollada en torno a cada caso de enfermedad. Esto concuerda con Robles Silva (2003) quien destacó la utilidad de estudiar cómo funcionan las redes sociales, para dar cuenta de la necesaria interrelación entre distintos actores sociales que responden a las necesidades de salud y operan como un "sistema de cuidado" donde responsabilidades y tareas son compartidas por distintos miembros de la familia.

En conjunto, se considera que utilizar el estudio de casos y ARS, permitió conocer y comprender la multiplicidad de relaciones (redes) que conectan al conjunto de actores sociales involucrados, las cuales ejercen distintas influencias sobre el PSEA. Partir de las relaciones interpersonales que ocurrieron en torno a los casos de enfermedad, permitió vislumbrar los mecanismos inter-individuales, y si se quiere, inter-organizacionales de esta población, revelando algunas características subyacentes como, por ejemplo, la ausencia de relaciones con los

vecinos y amigos para resolución de los casos de enfermedad y la preferencia a utilizar el círculo familiar más cercano en este momento crítico. El ARS puso de manifiesto la forma en que las redes sociales intervinieron en los comportamientos relacionados con la salud, distinguiendo los mecanismos intrínsecos de apoyo y las interrelaciones producidas, destacando el valor vital que adquiere el ámbito doméstico en la atención de la salud de los niños.

En síntesis, esta investigación permitió profundizar en el conocimiento de las particularidades de los PSEA en contextos de atención primaria de la salud de los niños de Arturo Seguí, las principales visiones de los actores sociales involucrados en esos procesos y las acciones desplegadas; realizando un abordaje descriptivo y analítico con un enfoque relacional de la salud, describiendo las relaciones desarrolladas por los actores sociales en su propia cotidianeidad. Partiendo como caso ejemplo de esta población, por el poder explicativo y analítico demostrado, el enfoque utilizado podría ser aplicado para el abordaje de otros padecimientos en la misma población, como así también utilizado en futuras investigaciones en otros grupos de edad y/o contextos poblacionales o geográficos.

Finalmente, se considera que conocer los actores sociales involucrados, los roles asumidos por cada uno de ellos y las relaciones sociales que se encuentran funcionando en los PSEA, resultan recursos de gran utilidad para visibilizar el potencial relacional de las familias y las acciones solidarias que se generan horizontalmente entre individuos, que pueden ocurrir fuera de los ámbitos de atención profesional de la salud que, en nuestra sociedad, se suponen prioritarios.

El desafío es, entonces, el desarrollo de estrategias inclusivas que superen el ámbito biomédico y atiendan la diversidad, generando políticas que incluyan activamente a todos los actores sociales involucrados en la atención de la salud para la prevención de la enfermedad, contemplando las propias pautas de interrelación de la comunidad y procediendo con respeto y comprensión de las diferencias, resultando así en una mejora de la salud colectiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón-Muñoz, AM y Vidal-Herrera, AC 2005, "Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres", *Salud pública Méx*, vol. 47, no.6, pp. 440-446, revisado 17 de Abril de 2009,
<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000600008&lng=en. doi: 10.1590/S0036-36342005000600008>.
- Álvarez Gordillo, GC, Dorantes Jiménez, JE y Molina Rosales, D 2001, "La búsqueda de atención para la tuberculosis en Chiapas, México" *Rev Panam Salud Publica*, vol.9, no.5, pp. 285-293.
- Alvarez-Gordillo GC, Alvarez-Gordillo JF, Dorantes-Jiménez JE y Halperin-Frisch D 2000, "Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México", *Salud Publica Mex*, vol. 42, pp. 520-528.
- Arias Toledo, B 2009, "Diversidad de usos, prácticas de recolección y diferencias según género y edad en el uso de plantas medicinales en Córdoba, Argentina", *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*, vol. 8, no. 5, pp. 389-401.
- Ayres, JRCM 2009, "Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas", *Saude soc*, vol.18, suppl.2, pp. 11-23, revisado el 12 de Noviembre de 2010
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003&lng=en&nrm=iso>.
- Becker, SG, Martins, RS, Manfrini, GC, Backes Marli, TS, Meirelles, BHS y Santos Sílvia, MA 2009, "Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon", *Rev. bras. Enferm*, vol. 62, no. 2, pp. 323-326, revisado abril de 2009
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200025&lng=en. doi: 10.1590/S0034-71672009000200025>
- Bellato, R, Santos de Araújo, LF y Castro, P 2008, "O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde", en Pinheiro, R, Gomes da Silvia, A y Araújo de Mattos, R

- (org), *Atenção Básica e Integralidade: Contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*, CEPESC IMS/UERJ ABRASCO, Rio de Janeiro, pp. 167-187.
- Benbenaste, V 2008, *Análisis de redes sociales de la Red Infanto-Juvenil de Salud Mental de Ciudad de Buenos Aires: Flujo de información y derivaciones de usuarios*, Colección Tesis CEDES-FLACSO, Buenos Aires.
 - Boorse, C 1975, "On the Distinction Between Disease and Illness", *Philosophy and Public Affairs*, vol.5, no.1, pp.49-68.
 - Borgatti, SP, Everett, M y Freeman, L 1999, *UCINET 5 for Windows*. Analytic Technologies and the University of Greenwich, Natick (MA).
 - Bronfman, M 2001, *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
 - Castro, R, Campero, L y Hernandez, B 1997, "La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos", *Revista de Saúde Pública*, vol 31, no. 4, p. 425-435.
 - Caudill, W 1953, "Applied Anthropology in Medicine", en Kroeber, AL (ed.), *Anthropology Today: An Encyclopedic Inventory*, University of Chicago Press, Chicago.
 - Chamorro, PA y Tocornal, MC 2005, "Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: Hacia una etnografía médica contemporánea", *Estud. atacam* no.30, pp. 117-134, revisado en febrero 2010 <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-10432005000200007&lng=es&nrm=iso>.
 - Coelho Gomes da Silva, D 2005, "Esquistossomose Mansônica: aspectos sócio-culturais em comunidades rural e urbana de Pernambuco", Tesis de Maestría, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.
 - Comelles, J 1997, "De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual", *Actas de las III Jornadas Aragonesas de Educación para la Salud*, Teruel, consultado en Agosto 2007, <<http://www.antropologia.com.ar/articulos/med01.htm>>.
 - Comelles, J y Martínez, A 1993, *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*, EUDEMA Ediciones de la Universidad Complutense, Madrid.

- Comité Internacional de Clasificación de la WONCA 1999, *Clasificación Internacional de la Atención Primaria. CIAP - 2*, 2da ed, Masson, Barcelona.
- Consolini, AE, Ragone; MI, Tambussi, A, Paura, A 2007, "Estudio Observacional del Consumo de Plantas Medicinales en La Provincia de Buenos Aires, Argentina, en el Periodo Diciembre de 2004-Noviembre de 2005", *Lat. Am. J. Pharm*, vol. 26, no.6, pp. 924-36.
- Cortes Duque, C, Uribe, CA y Vasquez, R 2005, "Clinical Ethnography and Illness Narratives of Patients Affected with Obsessivecompulsive Disorder", *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol.34, no.3, pp.190-219, revisado en Febrero de 2009, <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000200003&lng=en&nrm=iso>.
- Creswell, JW 1998, *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Traditions*, Sage Publications, London.
- Crivos, M 1999, "La enfermedad como problema práctico. La metodología de casos en la investigación etnográfica de las actividades medicas", *Revista Kallaway. Nueva Serie*, no.5, pp. 59-61.
- Crivos, M 2003, "Contribución al estudio antropológico de la medicina tradicional de los Valles Calchaquíes [Provincia de Salta]", Tesis de doctorado, Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP.
- Crivos, M, Teves, L y Sy, A 2003, "El análisis de redes en la consideración de las parasitosis humanas", Ponencia presentada en la *XXIII Conferencia Internacional de Análisis de Redes Sociales*, 12 al 15 de febrero de 2003. *REDES. Revista hispana para el análisis de redes sociales*, revisado el 30 de agosto de 2008, <<http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/parasitosis.doc>>
- Dabas, E y Perrone, N 2006, "Redes en salud", En: Dabas, E. (comp.), *Viviendo Redes: experiencias y estrategias para fortalecer la trama social*, Ed. Ciccus, Buenos Aires.
- Daltabuit Godas, M 1992, *Mujeres Mayas: Trabajo, Nutrición y Fecundidad*, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Autónoma de México, México.
- de Almeida Filho, N, Castiel, LD y Ayres, JR 2009, "Riesgo: concepto básico de la epidemiología", *Salud colectiva*, vol. 5, no.3, pp. 323-344,

- revisado el 27 de septiembre de 2010, <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-6529000300003&lng=pt>.
- de Almeida-Filho, N 2006, "Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones", *Salud colectiva*, vol.2, no.2, pp. 123-146, revisado el 27 de junio de 2010, <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000200003&lng=es&nrm=iso>.
 - De Miguel, M 1980, "Introducción al campo de la Antropología médica" en Kenny, M y De Miguel, JM, *La Antropología médica en España*, Editorial Anagrama, Barcelona, pp. 11-40.
 - Departamento Ejecutivo de la Ciudad de La Plata 1999, *Mapa Arturo Seguí*, <<http://www.estadistica.laplata.gov.ar/paginas/datosccASegui.htm>>
 - Desai, S y Johnson, K 2005, "Women's Decision Making and Child Health: Familial and Social Hierarchies", en Kishor, S, *A focus on gender: Collected papers on gender using DHS data*, ORC Macro, Calverton, Maryland, pp. 55-68.
 - Díaz Grávalos, GJ 2001, "Factores Relacionados con la Práctica de Educación Sanitaria por los Médicos de Atención Primaria de Galicia", *Rev Esp Salud Pública*, vol.75, no. 6, pp. 529-540.
 - *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas* 1979, 11ª ed., Editorial Salvat SA, Barcelona.
 - Digirolamo, AM y Salgado de Snyder, N 2008, "Women as primary caregivers in Mexico: challenges to well-being", *Salud pública Méx*, vol.50, no.6, pp. 516-522, revisado el 26 de noviembre de 2009, <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000600013&lng=pt&nrm=iso>.
 - Dirección General de Estadística y Evaluación de Programas Especiales, Municipalidad de La Plata 2001, *Centros Comunes. Partido de La Plata. Datos estadísticos*. Municipalidad de La Plata, La Plata, revisado noviembre de 2008, <<http://www.estadistica.laplata.gov.ar/paginas/CENTROS/Centros%20Comunes.pdf>>.

- Dirección General de Estadística y Evaluación de Programas Especiales, Municipalidad de La Plata 2009, *Centros comunales. Arturo Seguí*. Municipalidad de La Plata, La Plata , revisado en abril de 2010, <<http://www.estadistica.laplata.gov.ar/paginas/datosccASegui.htm>>.
- Dirección Provincial de Estadísticas (Provincia de Buenos Aires) 2001, *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001*, Ministerio de Economía de la Provincia de Bs. As., Buenos Aires, revisado en noviembre de 2008, <<http://www.ec.gba.gov.ar/Estadistica/Censo/nav.htm>>.
- Dixon-Woods, M, Suokas, A, Pitchforth, E y Tarrant, C 2009, "An ethnographic study of classifying and accounting for risk at the sharp end of medical wards", *Social Science & Medicine*, vol. 69, pp. 362-369.
- Domínguez Mon, A 2004, "Género, Ética y trabajo de campo Etnográfico", *Ponencia presentada en Jornadas de Ciencia, ética y Derechos Humanos*, Buenos Aires.
- Enríquez Rosas, R 2000, "Redes sociales y pobreza: mitos y realidades", *Revista La Ventana*, no. 11, pp. 36-72.
- Feinholz Klip, D y Ávila Rosas, H 2001, "Consideraciones sobre el concepto de riesgo en el campo de la salud" *El Cotidiano*, vol. 17, no.107, pp.13-20, revisado 16 de noviembre de 2010, <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=32510703>>
- Foster, G 1976, "Disease Etiologies in non-Western Medical Systems", *American Anthropologist*, vol. 78, no. 4, pp. 773-782.
- Gerhardt, TE 2006, "Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade", *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 22, no. 11, pp. 2449-2463. <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100019&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2006001100019>
- Glaser, BG y Strauss, AL 1967, *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*, Aldine, Chicago.
- Goldberg, A 2007, "Ser inmigrante no es una enfermedad. Inmigración, condiciones de vida y de trabajo. El proceso de salud/enfermedad/atención de los inmigrantes senegaleses en Barcelona", Tesis, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

- Good, BJ 2003, *Medicina, Racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*, Edicions Belaterra, Barcelona.
- Good, BJ y DelVecchio Good, MJ 1982, "Toward a Meaning-Centered Analysis of Popular Illness Categories: "Fright Illness" and "Heart Distress" in Iran", en AJ Marsella and White GM (eds.), *Cultural Conceptions 5 of Mental Health and Therapy*, D. Reidel Publishing Co, Dordrecht, pp. 141-166.
- Hamel, J 1993, "Case Study Methods", *Qualitative Research Method, Series 32*, Sage Publications, London.
- Hanneman, RA 2000, *Introducción a los métodos del análisis de redes sociales*, Departamento de Sociología de la Universidad de California, Riverside.
- Haro Encinas, JA 2000, "Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud", en E Perdiguero y JM Comelles (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Ed. Bellaterra, Barcelona, pp. 101-162.
- Idoyaga Molina, A 2005, "Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual", *Scripta Ethnologica*, vol. 27, pp. 111-147.
- Idoyaga Molina, A 2002, *Culturas, enfermedades y medicinas. Reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina*, Prensa del Instituto Universitario Nacional del Arte, Buenos Aires.
- Idoyaga Molina, A 2003, "Los pecados capitales y la noción de enfermedad en el noroeste argentino (NOA)", *Mitológicas*, vol.18, pp. 67-94.
- Iriart, C, Waitzkin, H, Breilh, J, Estrada, A y Emerson, EM 2002, "Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos", *Pan Am J Public Health* vol. 12, no. 2, pp. 128-136.
- Jodelet, D 1985, "La representación social: fenómenos, conceptos y teorías", en Moscovici, S, *Introducción a la Psicología Social vol.2*, Ed. Paidós, Barcelona, pp. 469-494.
- Jofre, AV y Mendoza, PS 2005, "Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales", *Cienc. enferm.*, vol.11, no.1, pp. 37-49, revisado el 11 de marzo de 2010,

- <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000100005&lng=es&nrm=iso>.
- Johanson, JE 2000, "Formal structure and intra-organisational networks. An analysis in a combined social and health organisation in Finland", *Scand. J. Mgmt*, vol. 16, p. 249-267.
 - Kleinman A, y Csordas, T 1996, "The therapeutic process", en: Sargent C, Johnson T (comps), *Medical anthropology: contemporary theory and method*, Praeger Publishers, Westport, pp. 3-21.
 - Kleinman, A 1980, *Patients and healers in the context of culture*, University of California Press, Berkeley.
 - Lasala Meseguer, A 2003, "Curarse en salud. Las medicinas como sistemas de transacciones", Tesis de Doctorado UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social, revisado agosto 2007, <<http://www.tesisenxarxa.net/TDX-0322106-090419/index.html>>.
 - Laurell, A 1986, "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina". *Cuadernos Médico Sociales* no.37, pp. 3-18.
 - Leach MA, Fairhead JR, Millimouno D y Diallo AA 2008, "New therapeutic landscapes in Africa: Parental categories and practices in seeking infant health in the Republic of Guinea", *Social Science & Medicine*, vol.66 , no. 10, pp. 2157-2167.
 - Leite, SN y Vasconcellos MPC 2006, "Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 13, no. 1, p. 113-28.
 - Lock, M y Scheper-Hughes, N 1996 "A Critical-Interpretive Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent", en Sargent CF y Johnson TM (eds.), *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, Westport, Connecticut.
 - Lomnitz, L 2003, *Cómo sobreviven los marginados*, Editores Siglo XXI, México.
 - Lozares, C 1996, "La teoría de redes sociales", *Papers* no. 48, pp.103-126.
 - Maldonado, A 2004, "Perspectiva de redes. Revista de Atención Primaria de la Salud", *Comunicando Salud* no. 1, pp. 10-12.
 - Mantilla, MJ 2008, "Hacia la construcción de una etnografía en un hospital psiquiátrico", *Revista (con) textos*, vol.2, pp.93-102.

- Margulies, S, Barber, N, Adaszko, A y Recoder, L 2003, "Acceso al sistema público de salud. Instituto de estudios e investigaciones", Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y Sección de Antropología Social, ICA, FFyL, UBA, Buenos Aires.
- Martín Araújo, JC 2003, "Opinión de los usuarios sobre la atención prestada en un Centro Ambulatorio de Atención a Drogodependientes", *Rev. ADICCIONES*, vol.15 no. 4, pp. 341-350.
- Martínez Crovetto, R 1981, "*Plantas utilizadas en medicina popular en el Noroeste de Corrientes - Tucumán, Argentina*", Min. Cult. y Educ. - Fundación Miguel Lillo, 85:86 - 139 pp.
- Martínez Hernández, A 2008, *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, Anthropos, Barcelona.
- Mattosinho, MMS y Silva, DMGV 2007, "El itinerario terapéutico del adolescente con diabetes mellitus tipo i y sus familiares", *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.15, no.6, pp. 1113-1119, revisado el 22 de febrero de 2010, <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600009&lng=en&nrm=iso>.
- Mendoza González, Z 1997, "¿Enfermedad para quién?: saber popular entre los triquis", *Rev Nueva Antropología* vol/año XVI, no. 53-52, pp 117-139.
- Menéndez, EL 1978, "El modelo médico y la salud de los trabajadores", en. Basaglia, F et al, *La salud de los Trabajadores*, Edit. Nueva Imagen, México pp. 11-53.
- Menéndez, EL 1979, *Cura y Control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*, Edit. Nueva Imagen, México.
- Menéndez, EL 1983, "Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud", *Cuaderno N° 86 de la Casa Chata*, México.
- Menéndez, EL 1984, "El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud", *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, vol.3, pp. 83-119.
- Menéndez, EL 1985, "Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina", *Revista Nueva Antropología*, vol. 7, no. 28, pp. 11-27.
- Menéndez, EL 1985, "Crisis del Modelo Médico Hegemónico". *Cuadernos Médico-Sociales*, vol. 33, pp.21-35.

- Menéndez, EL 1985a, "Centralización o autonomía". La "nueva" política del sector salud", *Boletín de Antropología Americana*, No. 10, pp.85-95.
- Menéndez, EL 1988, "Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria", *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, Buenos Aires, pp. 451-464.
- Menéndez, EL 1990, *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Ediciones de la Casa Chata, México.
- Menéndez, EL 1991, "Definiciones, indefiniciones y pequeños saberes", *Alteridades*, vol. 1, no.1, pp. 21-33.
- Menéndez, EL 1992a, "Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del 'teoricismo' al movimiento continuo", *Cuadernos Medico Sociales*, vol. 59, pp. 3-18.
- Menéndez, EL 1992b, "Auto-atención y Automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanente", en Campos, TIR (comp.), *La Antropología Médica en México*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Menéndez, EL 1994, "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?", *Revista Alteridades*, vol. 4, no. 7, pp. 71-83.
- Menéndez, EL 1995, "Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social", *Revista Dimensión Antropológica*, vol. 5.
- Menéndez, EL 1996, "El saber popular como proceso de transformación. Tipos de articulación entre la biomedicina y la medicina popular", en González JA y Rodríguez S (eds.), *Creer y curar: la medicina popular*, Diputación Provincial de Granada, Granada, pp. 31-61.
- Menéndez, EL 1998a, "Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural", *Natura Medicatrix*, vol. 51, pp. 17-22.
- Menéndez, EL 1998b, "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes." *Estudios Sociológicos*, vol. 16, no. 46, pp. 37-63.
- Menéndez, EL 2002, "El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad", en E Menéndez, *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, Ed. Belaterra, Barcelona, pp. 309-374.
- Menéndez, EL 2002, *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*,. Bellaterra, Barcelona.

- Menéndez, EL 2003, "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", *Revista Ciencia e Saúde Colectiva*, vol. 8, no. 1, pp. 185-207.
- Menéndez, EL 2005, "Intencionalidad, experiencia y función", *Revista de Antropología Social*, vol.39, no.14, pp. 33-69.
- Menéndez, EL 2005a, "El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores", *Salud colectiva*, vol.1, no.1, pp. 9-32, revisado el 11 de septiembre de 2010,
<http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652005000100002&lng=es&nrm=iso>.
- Merriam, SB 1988, *Case study research in education: A qualitative approach*, Josey-Bass, San Francisco.
- Ministerio de Salud y Ambiente, 2005, Clasificación estadística de problemas de salud, atención primaria, 2da edición, Buenos Aires. Disponible en: [http://www.remediar.gov.ar/ACM-Remediar47.nsf/899467b6142c4806832568e4005c02a3/4ddf28d808efaf0f0325742e0072b145/\\$FILE/CEPS-AP%202da%20Ed.pdf](http://www.remediar.gov.ar/ACM-Remediar47.nsf/899467b6142c4806832568e4005c02a3/4ddf28d808efaf0f0325742e0072b145/$FILE/CEPS-AP%202da%20Ed.pdf)
- Molina, JL 2001, *El análisis de redes sociales: una introducción*. Editorial Bellaterra, Barcelona.
- Molina, JL 2005, "El estudio de las redes personales: contribuciones, métodos y perspectivas" *Revista Empiria*, vol.10, pp. 71-106.
- Molina, JL y Aguilar J 2004, *Redes sociales y antropología: un estudio de caso (redes personales y discursos étnicos entre jóvenes en Sarajevo)*, En: Larrea, C y Estrada, F, *Antropología en un mundo en transformación*, Editorial Icària, Barcelona.
- Moreno, EM, Crivelli, V, Kestelman, M, Malé, N. Passarell, E, Schapira y Viñas, M 1998, *Calidad de la Atención Primaria. Aporte Metodológico para su Evaluación. Proyecto UNI - Tucumán*, Facultad de Medicina - UNT. Cátedra de Salud Pública, Tucumán.
- Morse, JM, Bottorf, JL (eds) 2003, *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*, Editorial Universidad de Antioquia, Medellín.
- Organización Panamericana de la Salud. 2003. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10ª. Washington, D.C. Reimpresión actualizada 2003. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/vol2_contenido.pdf

- Ortiz Espinosa, MR, Muñoz Juárez, S y Torres Carreño, E 2004, "Satisfacción de los Usuarios de 15 Hospitales de Hidalgo, México", *Rev Esp Salud Pública* vol.78, no. 4, pp. 527-537.
- Osorio Carranza, RM 2001, *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, CONCULTA-INI-CIESAS, México.
- Pasarin, L 2009, "Estudio antropológico de redes sociales de madres adolescentes durante el embarazo", *Avá*, no.14, pp. 213-225, revisado el 11 de mayo de 2010, <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16942009000100011&lng=es&nrm=iso>.
- Peña Aristizábal, SL y Romero Torres, M 2007, "Percepción de salud-enfermedad en los cuidadores intrafamiliares de los menores de cinco años en una localidad de Bogotá-Colombia", *Rev Paraninfo Digital* vol. 2, revisado el 8 de septiembre de 2009, <http://www.index-f.com/para/n2/sumario.php>.
- Pereyra, A, Hausberge, RM y Sacchi, M 2007, "Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta", *Salud Colectiva* vol. 3, no. 3, pp. 271-283.
- Pham-Kanter, G 2009, "Social comparisons and health: Can having richer friends and neighbors make you sick?", *Social Science & Medicine*, vol. 69, p. 335-344.
- Price, L 1997, "Ecuadorian Illness Stories", en D Holland & N Quinn (Eds), *Cultural Models in Language and Thought*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Programa Nacional de Actualización Pediátrica (PRONAP) 2005
- QSR, 1997. *NUD*IST 4 User Guide*, Qualitative Solutions and research Pty Ltd. Australia.
- Remorini, C 2005, "Mujeres Mbya: vida cotidiana y cuidado infantil". *Cuadernos 20 del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano*, pp. 301-316.
- Remorini, C 2006, "Las relaciones intergeneracionales en la vida cotidiana. Sobre el rol de los abuelos en las actividades de cuidado infantil en comunidades Mbya (Misiones, Argentina)", *VIII Congreso de Antropología*

Social, Simposio 14: Cultura y envejecimiento. Abordajes multi e interdisciplinarios. CD – ROM, Univ. Nacional de Salta, Argentina.

- Remorini, C 2009a, *Aporte a la caracterización etnográfica de los procesos de salud-enfermedad en las primeras etapas del ciclo vital, en comunidades Mbya-Guarani de Misiones, República Argentina*, Universidad Nacional de La Plata, La Plata.
- Remorini, C 2009b, "¿De qué y por qué se enferman los niños Mbya? Representaciones y prácticas en torno a la salud en contextos socioculturales y ecológicos vulnerables", en Drovetta R y Rodríguez ML (Comp.), *Medio siglo de padecimientos en grupos vulnerables en el interior argentino*, Centro de Estudios Avanzados. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- Remorini, C, Crivos, M, Martinez, MR y Aguilar Contreras A 2009, "El "susto": "síndrome culturalmente específico" en contextos pluriculturales. Algunas consideraciones sobre su etiología y terapéutica en México y Argentina". Paper presentado en el Vth International Congress Of Ethnobotany, UNLP-Universidad Del Comahue, Bariloche, 21-24 de sept.
- Remorini, C, Esnaola, F, Poccioni, T y Wagner, MA 2007 "*Hospitales públicos: la mirada de usuarios y trabajadores. Estudios preliminares*". Publicación de la Subsecretaría de Planificación de la Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Gobierno de la Prov. De Buenos Aires. Versión digital disponible en: http://www.ms.gba.gov.ar/programas/atencionComunidad/Programa_Mejora_Publicac.pdf
- Requena Santos, F 1989, "El concepto de red social", *REIS: revista española de investigaciones sociológicas*, no. 48, pp. 137-152.
- Requena Santos, F 2003, *Análisis de redes sociales. Orígenes, teorías y aplicaciones*, Colección Monográfica no.198, CIS, Madrid.
- Retamal González, A y Monge Jodra, V 2000, "Calidad Percibida por dos Poblaciones Adscritas a dos Centros de Salud de la Provincia de Cuenca", *Rev Esp Salud Pública* vol. 74, no.3, pp. 275-286.
- Ríos, R 2007, "Redes en Salud. Salud en Red. Desenredando la terminología", *Rev Chil Salud Pública*, Vol 11, no. 1, p. 28-37.
- Robles Silva, L 2003, "La red social del anciano durante la enfermedad: Un acercamiento cualitativo", *Simposio Viejos y Viejas Participación*,

Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile, jul 14-18.

- Rodríguez Justiz, F, Fernandez Nuñez, A y Baly Gil, A 2000, "Apreciaciones sobre la Clasificación Internacional de enfermedades", *Rev Cubana Hig Epidemiol*, vol.38, no. 3, pp. 215-219.
- Rodríguez, JA 1995, *Análisis estructural y de redes*, Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid.
- Rosenthal JP 2006, "Politics, Culture, and Governance in the Development of Prior Informed Consent in Indigenous Communities", *Current Anthropology*, vol.47, no.1, 119- 142.
- Rosenthal JP 2006, "Politics, Culture, and Governance in the Development of Prior Informed Consent in Indigenous Communities", *Current Anthropology*, vol.47, no.1, 119- 142.
- Rovere, M 1999, *Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*, Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte, Rosario.
- Sánchez Hernández, MJ 2008, "El proceso de salud/enfermedad/atención en el caso de los pacientes con anorexia nerviosa; Egilea", *XI Congreso de Antropología 'Retos teóricos y nuevas prácticas'*, Donostia.
- Sanz Menéndez L 2003, "Análisis de redes sociales: o cómo representar las estructuras sociales subyacentes", *Apuntes de Ciencia y Tecnología*, No.7, pp.21-29.
- Schwandt, TA 1997, *Qualitative Inquiry. A dictionary of terms*, Sage, London.
- Scott, J 2000, *Social Network Analysis*, Sage, Newbury Park CA.
- Seda, JA 2007, "Ética profesional y metodología con relación al trabajo etnográfico con personas internadas con retraso mental", *Ponencia presentada en las V Jornadas sobre Etnografías y Métodos Cualitativos, IDES*.
- Sesia, P 1999, "Los padecimientos gastrointestinales entre los chinantecos de Oaxaca: aspectos denotativos y connotativos del modelo etnomédico", *Alteridades*, vol. 9, no. 17, pp. 71-84.
- Silva, DMGV, Souza, S y Meireles, BS 2004, "O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos", *Texto & contexto enferm* vol.13, no. 1, pp. 50-56.

- Sluski, C 2002, "De como la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta la red social", en: Dabas, E y Najmanovich, D (comps.), *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*, Ed. Paidós, Buenos Aires, pp. 114-123.
- Spink, MJ 1993, "O conceito de representação social na abordagem psicossocial", *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 9, no. 3, pp. 300-308.
- Srinivasan, K 2009, "Social Networks and Decision Making: Women's Participation in Household Decisions", *MPRA Paper*, No. 13767, revisado el 17 de octubre de 2010, <<http://mpra.ub.uni-muenchen.de/13767/>>.
- Stake, R 1994, "Case studies", en Denzin, N y Lincoln, YS (Eds), *Handbook of Qualitative Research*, Sage Publications, London.
- Stake, R 1995, *The art of case study research*, Sage Publications, London.
- Sturzenegger, O 1994, "El camino a tientas. Reflexiones en torno a un itinerario terapéutico", *Suplemento Antropológico* vol. 29, no. 1-2, pp. 163-227.
- Sy, A 2007a, "La enfermedad en un contexto pluriétnico. Parásitos y enfermedad parasitaria en el Valle del Cuñapirú, Provincia de Misiones (Argentina)", en Idoyaga Molina (comp), *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad. La selección y combinación de medicinas en Argentina. Tomo I*, Espacio Editorial, Buenos Aires.
- Sy, A 2007b, "Una aproximación etnográfica al estudio de las estrategias medicas tradicionales en comunidades myba guarani de la provincia de Misiones, Argentina", *Actas XI Congreso Italo-Latinoamericano de Etnomedicina "Carlo L. Spegazzini"*, La Plata.
- Sy, A 2008, "Estrategias frente a la enfermedad en dos comunidades Mbyá Guaraní (Kaaguy Poty e Ivy Pyta, Provincia de Misiones). Aporte del estudio de casos a la investigación Etnográfica de los procesos de salud-enfermedad", Tesis de doctorado en Ciencias Naturales, Facultad de Ciencias Naturales y Museo. Universidad Nacional de La Plata.
- Taussig, M 1992 "La reificación y la conciencia del paciente", en Taussig, M, *Un gigante en Convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*, Gedisa, España, pp. 110-143.
- Torres López, TM 2002, "Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales", *Revista*

Universidad de Guadalajara, no. 23, revisado en marzo de 2009, <<http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug23/art4dossier23.html>>

- UNICEF 2007, *Estado Mundial de la Infancia 2007*, Unicef, Nueva York.
- Uquía, M 2006, *Teorías dominantes y alternativas en Epidemiología*, Ediciones de la UNLa, Remedios de Escalada.
- Valero, A 2001, "El doble filo de la confidencialidad", *Ponencia de las III Jornadas sobre Etnografía Métodos Cualitativos. Centro de Antropología Social del Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES)*, Buenos Aires.
- Vieytes, R 2004, *Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad*, Ed. De las Ciencias, Buenos Aires.
- Wainerman, C y Sautu, R 1997, *La trastienda de la investigación*, Ed. de Belgrano, Buenos Aires.
- Wasserman, S y Faust, K 1994, *Social Network Analysis*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Yin, RK 1989, *Case Study Research. Design and Methods*, SAGE, Londres.
- Yin, RK 1993, *Applications of Case Study Research*, SAGE, Londres.
- Young, A 1982, "The anthropologies of sickness and illness" *Annual Review of Anthropology*, vol. 11, pp. 257-285.

PARTE IV:

ANEXOS

ANEXO 1

Carta de Consentimiento informado

Estoy realizando entrevistas a madres y padres de niños de 1 a 6 años y a otras personas involucradas en el cuidado de la salud y en la atención ante la enfermedad de esos niños. Me interesa conocer quiénes son las personas que realizan diferentes prácticas de curación de las enfermedades y cómo las efectúan; como así también quiénes colaboran y cómo en el cuidado de la salud de estos niños.

Usted tiene la posibilidad de elegir participar voluntariamente en este estudio y tiene también libertad plena de no aceptar participar sin que ello lo afecte de alguna forma; como así también de retirarse del estudio en cualquier momento. Si acepta participar le voy a hacer algunas preguntas, tardaremos alrededor de 1 hora en realizarlas. Es probable que hagamos una nueva entrevista en otro día que ambos acordemos.

La información que usted dé es confidencial y anónima, o sea que todos los datos de carácter personal que permitan identificarla/o a usted o a otras personas que mencione van a ser eliminados.

Los resultados del estudio van a ser presentados en informes científicos y puede ser que se publiquen en revistas científicas; o sea que no la/lo van beneficiar directamente pero van a servir para que los servicios de salud sepan qué cosas tienen que mejorar.

Si tiene alguna duda puede ponerse en contacto conmigo que soy la responsable de este estudio. Mi nombre es Lic. Lorena Pasarin y el teléfono XXXXXXXXXXXXXXXX.

Firma del participante

Firma del testigo.

Aclaración de firma y DNI.

Aclaración de firma y DNI.

Firma del investigador principal.

Nombre y Apellido del investigador principal.

DNI _____

Dirección (lugar de trabajo) XXXXXXXXXXXXXXXX.

ANEXO 2

PROSPECCIÓN Y RELEVAMIENTO DE DOCUMENTACIÓN DE LAS CONSULTAS PEDIÁTRICAS DE NIÑOS DE 1 A 6 AÑOS (AÑO 2007) (en registros, fichas médicas e historias clínicas del Centro de Salud N°11-Arturo Seguí)

Cuadro 5. Grilla para relevamiento de enfermedades en las Historias Clínicas.

Nº	Nombre de la enfermedad/patología	Tipo (A: Aguda, C: Crónica)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Fuente: elaboración propia.

Cuadro 6. Grilla para relevamiento por tipo de enfermedades según rango de edad.

EDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 a 2 años																				
2 a 3 años																				
3 a 4 años																				
4 a 5 años																				
TOTALES																				

Fuente: elaboración propia.

ANEXO 3

Guía de Entrevista a madre y/o padre, u otros (terceros)

A) Nombre del niño, Edad, Sexo, Procedencia, Genealogía.

B) Enfermedad:

- Denominaciones de la enfermedad: ¿Ud. llamaría a esa enfermedad de otra manera? ¿Por qué?
- Descripción de síntomas: ¿qué es lo que tiene?
- Ocurrencia de la enfermedad:
 - Momento: ¿Cuánto hace que está enfermo?
 - Lugar: ¿Dónde contrajo la enfermedad?
 - Causa: ¿Cómo se enfermó? ¿Por qué?
- Trayectoria de la enfermedad: ¿Cuáles fueron los pasos que siguió desde el diagnóstico hasta la cura, a quiénes consultó?,
 1. Percepción de la enfermedad: ¿Quién se dio cuenta que estaba enfermo? ¿Por qué? ¿Quién tomó la decisión de que había que hacer? ¿A quiénes consultó? ¿Qué hicieron?
 2. Diagnóstico:
 - Personas intervinientes: ¿Quién hizo el diagnóstico?
 - Métodos: ¿Cómo se hizo?.
 3. Tratamiento:
 - Personas intervinientes: ¿quién indicó el tratamiento? ¿Quién lo ejecutó?
 - Tipo de tratamiento: ¿Qué tratamientos se realizaron? ¿Cómo era el tratamiento? ¿Qué remedios utilizó?, ¿Qué nombre tiene? ¿Con qué fin se usa? Cantidades, dosis, formas de hacer el remedio y de utilizarlo. Rituales asociados?.
 - Pasos realizados.
 - Cuidado: ¿Quién lo cuida/ba? ¿Por qué? ¿Quién administraba los medicamentos y/o realizaba las curaciones?
 4. Resultado:
 - Evolución del niño ¿Cuándo se curó? ¿Cómo? ¿Por qué?

-¿Cómo evalúa la efectividad del tratamiento realizado? Qué opinión le merece el tipo de tratamiento? ¿Hubiera elegido otro? ¿Cuál? ¿Por qué?

-¿Conoce otros casos similares? ¿Qué hicieron? A quiénes consultaron?

-¿Existe en el barrio algún curandero/a? ¿En qué circunstancias se consultan? ¿Hay curanderos especializados en ciertas enfermedades?

C) Redes sociales involucradas:

Preguntar para cada persona antes nominada:

- Edad, sexo, lugar donde vive.
- Para qué lo consultó específicamente.
- Tipo de relación con esa persona.
- Valoración de la relación/conocimiento.
- Frecuencia de las consultas para el caso específico.

D) Indagar sobre:

- Actitud ante la salud y la enfermedad.
- Noción de contagio.
- Conocimiento de condiciones epidémicas o endémicas.
- Creencias sobre el origen y causas de la enfermedad.

Reconstruir la "carrera del paciente", consultar a todos los involucrados que quieran participar y hacer más o menos las mismas preguntas.

(Re) construir la red social involucrada en cada uno de los casos, y también la red de la comunidad.

Guía de entrevista a médico/s/as.

A) Nombre del niño, Edad, Sexo.

B) Enfermedad:

- Denominaciones de la enfermedad.
- Síntomas
- Ocurrencia de la enfermedad:
 - Momento: ¿Cuánto hace que está enfermo?
 - Lugar: ¿Dónde contrajo la enfermedad?
 - Causa: ¿Cómo se enfermó? ¿Por qué?
- Trayectoria de la enfermedad:
 1. ¿Quién realizó la consulta?
 2. ¿Qué tratamiento se indicó? ¿Cree que la familia cumplió con lo que le indicaron? ¿Por qué? Remedios usados, dosis, formas de prepararlo. Cuidados. Frecuencia de consulta.
 3. Resultados.

ANEXO 4

Clasificaciones de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud.

Clasificación estadística internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud (CIE-10)

Esta clasificación es elaborada y utilizada por la Organización Panamericana de la Salud y se encuentra vigente desde el año 1993. Aplicada mundialmente, es utilizada principalmente como instrumento estadístico y epidemiológico para el registro sistemático, análisis y comparación de datos de morbilidad y mortalidad recolectados en diferentes países y/o áreas. Mediante esta clasificación se convierten los términos diagnósticos y otros problemas de salud a códigos alfanuméricos (6 caracteres) para permitir el almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información. Sin embargo, resulta muy extensa y demasiado específica.

Una de las críticas realizadas a esta clasificación es que no cuenta con un criterio único de clasificación, sino que utiliza diferentes ejes para definir las patologías:

- clasificación por etiología de la enfermedad;
- clasificación por afectar un sistema específico del cuerpo;
- clasificación según periodo particular de la vida.

Otro cuestionamiento es realizado respecto a la imposibilidad de la CIE-10 de integrar las necesidades del primer nivel de atención de la salud, ya que gran parte de la demanda de asistencia primaria no puede ser descripta en términos de enfermedades, debido a que "muchos elementos son expresados en términos de síntomas y signos o sus combinaciones (síndromes), lo que no facilita su categorización en una clasificación basada principalmente en la enfermedad (...). Siguiendo un esquema puramente biologicista que no ofrece un análisis global de los problemas de salud" (Rodríguez Justiz et.al. 2000: 217-219) ²⁵.

Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP2-E)

Esta clasificación es realizada por el Comité Internacional de Clasificación de la Wonca (World Organization of Family Doctors). Permite registrar la actividad que se realiza en Atención Primaria de forma integral, recogiendo y analizando el "episodio de atención". Incluye la razón de consulta expresada por el paciente, los problemas de salud detectados por el profesional y las intervenciones realizadas o proceso de atención.

Se basa en códigos alfanuméricos de tres dígitos. El primer dígito es una letra que representa un aparato o sistema orgánico (en 17 "capítulos" de esta clasificación). El segundo y tercer dígitos los forman números, denominados "componentes", que se relacionan específica o inespecíficamente con: signos o síntomas; procedimientos administrativos, diagnósticos, preventivos o terapéuticos; resultados de pruebas complementarias; derivaciones, seguimiento y otras razones de consulta; o enfermedades y problemas de salud (Comité Internacional de Clasificación de la WONCA, 1999).

Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria (CEPS-AP).

Esta clasificación es elaborada por la Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades (CNCE) de la República Argentina, en respuesta a "la necesidad de disponer de una clasificación especial para los problemas de salud que se presentan en el primer nivel de atención" (Ministerio de Salud y Ambiente, 2005), realizando dos ediciones (2001 y 2005). La estructura fue realizada tomando como base la estructura de la CIE-10 y la terminología de la CIAP-2E. Permite clasificar enfermedades y traumatismos dentro de un diagnóstico formal, incluyendo otros problemas y razones para entrar en contacto con los servicios de salud (signos, síntomas, hallazgos anormales, quejas y circunstancias de tipo social que puedan ocupar el lugar del diagnóstico en los registros de salud) del primer nivel de atención.

Se utiliza un código numérico de tres dígitos. Contiene categorías que agrupan los problemas de salud, pero a diferencia de la CIE-10, no se abren

subcategorías. Se observa la misma carencia de un eje único para la clasificación. Se incluyen en esta clasificación términos frecuentes que responden a modalidades locales para la denominación de los problemas de salud.

ANEXO 5

Enfermedades y Problemas relacionados con la salud de los niños de Arturo Seguí.

Entre las categorías que aparecían en los diagnósticos de las Historias Clínicas se destacan:

Cuadro 6. Tabla para ordenamiento de la información encontrada en las Historias Clínicas.

Diagnóstico de Enfermedad		Síntomas y signos		Por sistema afectado	
Bronquiolitis	1,92%	Crisis Broncoobstructiva o Broncoespasmo	15,77%	Respiratorio	8,08 %
Neumonía	0,77%	Tos	4,23%		
Faringitis	6,92%	Diarrea	2,31%		
Faringoamigdalitis	4,62%	Vómitos	1,15%		
Anginas	3,08%	Eritema	0,77%		
Otitis	6,92%	Prurito	1,92%		
Resfrío	0,38%	Escoriaciones	0,38%		
Dermatitis	1,54%				
Micosis	1,92%				
Varicela	1,54%				
Parasitosis	14,23%				
Conjuntivitis	2,31%				
Celiaquía	0,38%				
Impétigo	11,92%				
Urticaria	0,77%				
Herpes	0,38%				
Gastroenteritis	4,62%				
Escabiosis	1,15%				

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

En la siguiente tabla se expresa cómo aparecerían clasificados los problemas de salud relevados, según los diferentes criterios estándar:

Cuadro 7. Tabla que expresa categorización de enfermedad según distintas clasificaciones.

CIE-10 y CEPS-AP	CIAP-2E
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (74 consultas)	Problema General Inespecífico (4 consultas)
Enfermedades del sistema digestivo (1 consulta)	Aparato Digestivo (56 consultas)
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoide (17 consultas)	Aparato Auditivo (17 consultas)
Enfermedades del Sistema Respiratorio (117 consultas)	Aparato respiratorio (117 consultas)
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (43 consultas)	Piel y faneras (52 consultas)
	Ojos y anexos (6 consultas)

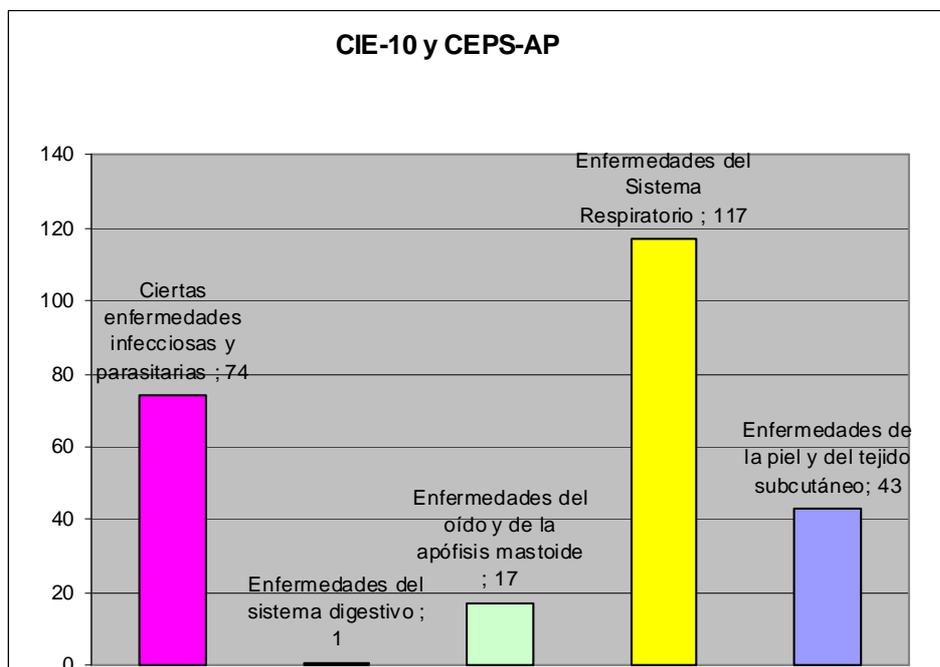
Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

Como puede observarse, las enfermedades respiratorias se presentan con mayor frecuencia en las tres clasificaciones. En segundo lugar, se incluyen las enfermedades infecciosas y parasitarias, para CIE-10 y CEPS-AP; y las enfermedades del Aparato Digestivo para la CIAP-2E, que incluye afecciones causadas por parásitos.

Finalmente, a partir de los resultados obtenidos por el análisis de las historias clínicas se seleccionaron como categorías diagnósticas para trabajar con los casos:

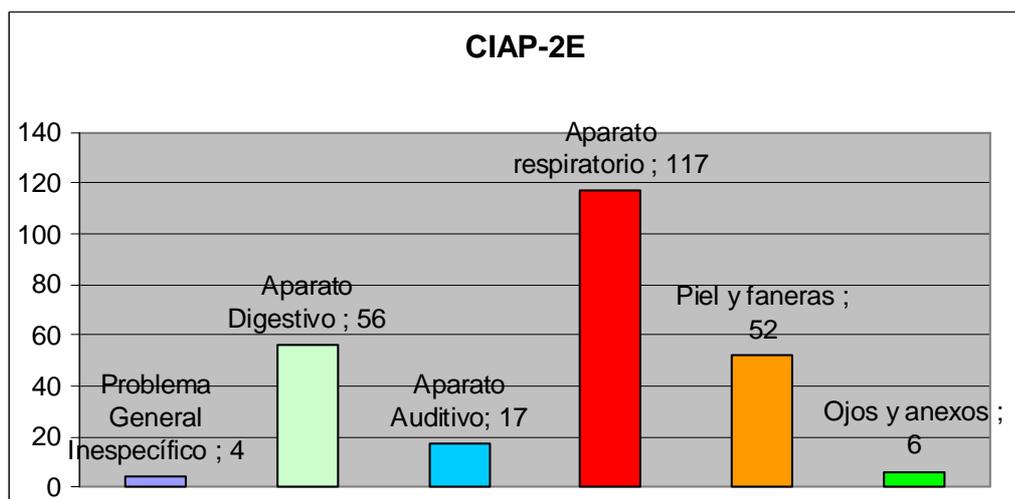
- las enfermedades respiratorias;
- las enfermedades parasitarias que afectan el sistema digestivo.

Figura 13. Gráfico que expresa la frecuencia de enfermedades encontradas en Arturo Seguí en niños de 1 a 5 años según clasificaciones CIE-10 y CEPS-AP.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

Figura 14. Gráfico que expresa la frecuencia de enfermedades encontradas en Arturo Seguí en niños de 1 a 5 años según clasificación CIAP-2E.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

ANEXO 6

Listado de casos e informantes.

Casos

- 1) DV (masc), 10 meses (RESPIRATORIO)
- 2) AE (masc), 2 años y 1 mes (RESPIRATORIO)
- 3) JV (masc), 2 años y 6 meses (RESPIRATORIO)
- 4) AMG (fem), 3 años y 5 meses (RESPIRATORIO)
- 5) AM (fem), 2 años y 4 meses (PARASITARIO)
- 6) JC (fem), 1 año y 10 meses (RESPIRATORIO)
- 7) BL (fem), 4 años (PARASITARIO)
- 8) FNB (masc), 3 años (RESPIRATORIO)
- 9) YT (fem), 3 años (RESPIRATORIO)
- 10) DT (masc), 1 año y 2 meses (RESPIRATORIO)
- 11) AIO (masc), 1 año y 4 meses (RESPIRATORIO)
- 12) JO (fem), 2 años (PARASITARIO y RESPIRATORIO)

Entrevistadas

SR.1 (madre), 23 años, soltera, nacida en Arturo Seguí, 5 hijos (+ 2 fallecidos), ama de casa.

P.1 (tía), 23 años, casada, 2 hijos.

EE.2 (madre), 41 años, casada, nacida en Paraguay, 2 hijos, ama de casa.

N.3 (madre), casada, 1 hijo, ama de casa.

S.4 (madre), 36 años, casada, 1 hijo, ama de casa.

M.5 (madre), 21 años, soltera, 7 hijos (embarazada del 8vo).

G.6 (madre), casada, 1 hijo (embarazada del 2do).

R.7 (madre), casada, 7 hijos. Realiza tareas domésticas y cuidado de adultos mayores.

JEF.8 (abuela), 59 años, casada. Trabaja en una empresa.

VC.9.10 (madre), 25 años, casada, 3 hijos (1 no vive con ella).

LM.11.12 (madre), 33 años, casada, 4 hijos. Ama de casa.

PD.0 (pediatra), 42 años, 1 hijo. Médica.

Cuadro 8. Tabla que presenta la relación entre casos y entrevistas.

CASO	ENTREVISTADA
DV	SR.1, P.1, PD.0
AE	EE.2, PD.0
JV	N.3, PD.0
AMG	S.4, PD.0
AM	M.5, PD.0
JC	G.6, PD.0
BL	R.7, PD.0
FNB	JEF.8, PD.0
YT	VC.9.10, PD.0
DT	VC.9.10, PD.0
AIO	LM.11.12, PD.0
JO	LM.11.12, PD.0

ANEXO 7

Árbol de Nodos. Diagrama de Árbol.

Cuadro 9. Tabla que presenta las categorías utilizadas en la tesis.

Padecimientos Respiratorios	Madre del Niño	Etiología	-Anda descalza-
			-Con el trajinar parece que lo hice enfermar a él más-
			-Del Aire-
			-Desde que nació-
			-Es propensa-
			-Hicieron un mal-
			-Lo enferma la madre-
			-Se desabriga-
			-Tiene que ver con ese episodio que tuvo de chiquita (telestasia- pulmón rajado)-
			-Un virus-
			Desconoce la causa
			Por Contagio- ~Se lo pegamos-
			Predisposición familiar
			Relacionado con el cambio de clima y-o baja temperatura (frío)
	Transpiración		
	Síntomas	Crisis	
		Relacionados con cambios corporales del niño	-Caras colorada-
			-Está agitado- ~Respira rápido-
			-Está más flaquito-
			-Labios colorados-
-Le cuesta respirar-			
-Los pulmones están tapaditos-			
-Me doy cuenta en la caca-			
-Moquitos-			
-Se le hundió la parte de acá, de las costillitas-			
-Sus ojos están medio caiditos-			
-Tienen ruidos-			
Broncoespasmos			
Catarro			
Fiebre- Temperatura			
Tos			
Relacionados con cambios en el comportamiento del niño	-Está molesto-		
-No duerme bien a la noche-			
-No hablaba nada-			

			~No quiere comer~			
			~No quiere jugar~			
			~No viene tomando bien la leche~			
			~Se amaneció medio trislito~			
			~Se queja, se queja~			
			~Ya se duerme más~			
			Decaimiento-Desgano			
			Mal Humor			
Diagnóstico			~Una cosita en la garganta nomás, es como un catarrito que tiene~			
			Asma			
			Broncoespasmo			
			Bronquiolitis			
			Dificultad Respiratoria			
			Gripe			
			Neumonía			
			No sabe			
Decisión Terapéutica	Agentes Consultados	Centro de Salud+Hospital	Administración del tratamiento			
			Diagnóstico realizado	~Atacadita~		
				~Los Bronquios~		
				Neumonía		
			Efectos del tratamiento			
			Motivo de selección del agente			
			Tratamiento indicado	Internación		
				Medicamentos	~Le dio eso que tome~	
				~los pinchazos enseguida por las venas~		
				Antibióticos		
				Antipirético		
				Corticoides		
	Gotitas					
	Puff					
	Nebulizaciones	Con nebulizador				
		Con Oxígeno				
Curandero	Administración de ese tratamiento					
	Diagnóstico	Ojeo				
	Efectos					
	Frecuencia de Consulta					
	Tratamiento indicado	~Lo va a curar por el nombre~				
Otros Agentes	Cuñada	Administración de ese tratamiento				
		Diagnóstico				
		Efectos				
		Frecuencia de consulta				
	Tratamiento indicado	~Unas gotitas~				
	Antipirético					
	Vapor					
Madrina	Administración de ese tratamiento					

Pediatria	Etiología	Diagnóstico	Contacto con alguien enfermo=contagio	Resultados	Solución Hipertónica	No indica Vapor	Nebulización	Medicación	Antibióticos	Broncodilatador	Budesonide	Corticoides	Indicación para el tratamiento	Frecuencia de las consultas	Conocimiento sobre otros curadores	Otros	Vapor	Remedio	Borraja	Jugo de cítricos	Malva Blanca	Otros	Para la temperatura	Remedio casero para la tos	Puff	Paño caliente en el pecho	Golpeteos en la espalda	Cosas en la casa	Comida como tratamiento	Baño	~No sacarlos cuando hace frío~	~Con ranita sana sana~	Recorrido	Diagnóstico	Efectos	Frecuencia de consulta	Tratamiento indicado
-----------	-----------	-------------	---------------------------------------	------------	----------------------	-----------------	--------------	------------	--------------	-----------------	------------	-------------	--------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	-------	-------	---------	---------	------------------	--------------	-------	---------------------	----------------------------	------	---------------------------	-------------------------	------------------	-------------------------	------	--------------------------------	------------------------	-----------	-------------	---------	------------------------	----------------------

Padecimientos Parasitarios	Otros	Obtención de medicamento	El frío no es la causa			
			Hiperreactor			
			Medio en que vive el niño	Alimentación del niño		
			Patologías previas	Parasitosis		
			Virus-bacterias			
		Síntomas	Plan Remediar			
			Por muestras médicas			
			Por provisión del Municipio			
		Decisión Terapéutica	Administración de ese tratamiento			
			Tratamiento indicado	Golpecitos en la espalda		
	Puff o nebulización					
	Sacar los mocos					
Diagnóstico						
Etiología	-Un mal-					
	Los dientes					
	No sabe					
	Ojeo					
Síntomas						
Madre del Niño	Consecuencias sin tratamiento					
	Agentes Consultados	Centro de Salud+Hospital	Administración de ese tratamiento			
			Diagnóstico			
			Efectos			
			Frecuencia de la consulta			
		Tratamiento indicado	Antiparasitario	Obtención		
			Internación			
	Suero					
	Curandero	Efectos				
Otros Agentes	Tratamiento indicado	Té de Paico				
Recorrido						

			Vaselina
		Diagnóstico	
		Etiología	Higiene del Hogar Precariedad del Hogar Presencia de perros
		Sintomas	Dolor de panza recurrente Obstrucción del intestino Pérdida de peso Rechinar de los dientes Visión del parásito
Otras afecciones	Madre del Niño	Diagnóstico	Empacho No especificadas Ojeadura Pata de cabra

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

ANEXO 8

Tratamiento realizado según cada caso.

Cuadro 10. Cuadro síntesis de los tratamientos utilizados para los padecimientos respiratorios.

PADECIMIENTOS RESPIRATORIOS																	
	TRATAMIENTO BIOMEDIICO											TRATAMIENTO TRADICIONAL					
	Salbutamol (broncodilatador)	Corticoides		Antibióticos					Nebulizaciones		Antipiréticos (ibuprofeno)	Oxígeno	Vapor	Baños	Jugo con aspirina	Paños	Expectorante (te de malva)
		Budesonide (inhalatorio)	En gotas (betametasona) o inyectable	Trimetoprima Sulfametoxasol	Amoxicilina	Clarithromicina	Azitromicina	No especificado	con solución fisiológica	Con corticoides (prednisona)							
CASO 1	X	X	XX	XX						XX	X		X				
CASO 2			XX						X	XX	X		X	X	X		X
CASO 3	X	XX															
CASO 4	X	x	XX		XX	XX	XX		X								
CASO 6	X		XX														
CASO 8	XX		XX							XX			X				
CASO 9	XX		XX					XX	X		X	XX					X
CASO 10	XX		XX					XX	X		X						X
CASO 11	X								X	XX			X				
CASO 12	X		XX						X	XX			X				

Referencia: X= previo visita médico, xx=post visita médico

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

Cuadro 11. Cuadro síntesis de los tratamientos utilizados para los padecimientos parasitarios.

PADECIMIENTOS PARASITARIOS							
	Mebendazol	Vaselina	Ajo con leche	Salmue ra	Té de quebracho blanco	Té de Zuico	Hojas de Sen hervidas con leche
CASO 5	XX						
CASO 7	XX						
CASO 12	XX						
OTRAS MENCION ES	XX	X	X	X	X	X	X

Referencia: X= previo visita médico, xx=post visita médico

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

Nota: Ambos cuadros son armados con la información proporcionada por ambos informantes, sin distinguir quien lo menciona, la división tiene que ver con el tipo de tratamiento utilizado.

ANEXO 9

Matrices para elaboración de redes por caso.

Cuadro 12. Tabla matriz para elaboración de gráfica de red social del caso 1.

CASO 1	Pediatra	Méd.Hospital	Niño 1	Madre 1	Tía 1	Curandera 1
Pediatra	0	1	1	1	1	0
Méd.Hospital	1	0	1	1	0	0
Niño 1	1	1	0	1	1	1
Madre 1	1	1	1	0	1	1
Tía 1	1	0	1	1	0	1
Curandera 1	0	0	1	1	1	0

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

Cuadro 13. Tabla matriz para elaboración de gráfica de red social del caso 2.

CASO 2	Pediatra	Niño 2	Madre 2	Enfermera
Pediatra	0	1	1	1
Niño 2	1	0	1	1
Madre 2	1	1	0	1
Enfermera	1	1	1	0

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

Cuadro 14. Tabla matriz para elaboración de gráfica de red social del caso 3.

CASO 3	Pediatra	Niño 3	Madre 3	Tía 3
Pediatra	0	1	1	0
Niño 3	1	0	1	1
Madre 3	1	1	0	1
Tía 3	0	1	1	0

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

Cuadro 15. Tabla matriz para elaboración de gráfica de red social del caso 4.

CASO 4	Pediatra	Niño 4	Madre 4	Padre 4	Tía 4
Pediatra	0	1	1	1	0
Niño 4	1	0	1	1	1
Madre 4	1	1	0	1	1
Padre 4	1	1	1	0	0
Tía 4	0	1	1	0	0

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

Cuadro 16. Tabla matriz para elaboración de gráfica de red social del caso 5.

CASO 5	Pediatra	Niño 5	Madre 5	Abuela 5
Pediatra	0	1	1	1
Niño 5	1	0	1	1
Madre 5	1	1	0	1
Abuela 5	1	1	1	0

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

Cuadro 17. Tabla matriz para elaboración de gráfica de red social del caso 6.

CASO 6	Pediatra	Niño 6	Madre 6	Abuela 6	Tía 6
Pediatra	0	1	1	0	0
Niño 6	1	0	1	1	1
Madre 6	1	1	0	1	1
Abuela 6	0	1	1	0	1
Tía 6	0	1	1	1	0

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

Cuadro 18. Tabla matriz para elaboración de gráfica de red social del caso 7.

CASO 7	Pediatra	Méd.Hospital	Niño 7	Madre 7	Comadre 7
Pediatra	0	1	1	1	0
Médicos Hospital	1	0	1	1	0
Niño 7	1	1	0	1	0
Madre 7	1	1	1	0	1
Comadre 7	0	0	0	1	0

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

Cuadro 19. Tabla matriz para elaboración de gráfica de red social del caso 8.

CASO 8	Pediatra	Méd.Hospital	Enfermera	Niño 8	Madre 8	Tía 8	Abuelo 8
Pediatra	0	1	1	1	1	0	0
Médicos Hospital	1	0	0	1	1	0	0
Enfermera	1	0	0	1	1	0	0
Niño 8	1	1	1	0	1	1	1
Madre 8	1	1	1	1	0	1	1
Tía 8	0	0	0	1	1	0	1
Abuelo 8	0	0	0	1	1	1	0

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

Cuadro 20. Tabla matriz para elaboración de gráfica de red social del caso 9.

CASO 9	Pediatra	Méd.Hospital	Niño 9	Madre 9	Padre 9
Pediatra	0	1	1	1	1
Médicos Hospital	1	0	1	1	1
Niño 9	1	1	0	1	1
Madre 9	1	1	1	0	1
Padre 9	1	1	1	1	0

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

Cuadro 21. Tabla matriz para elaboración de gráfica de red social del caso 10.

CASO 10	Pediatra	Méd.Hospital	Madre 10	Padre 10	Niño 10
Pediatra	0	1	1	1	1
Médicos Hospital	1	0	1	1	1
Madre 10	1	1	0	1	1
Padre 10	1	1	1	0	1
Niño 10	1	1	1	1	0

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

Cuadro 22. Tabla matriz para elaboración de gráfica de red social del caso 11.

CASO 11	Pediatra	Niño 11	Madre 11	Padre 11
Pediatra	0	1	1	1
Niño 11	1	0	1	1
Madre 11	1	1	0	1
Padre 11	1	1	1	0

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

Cuadro 23. Tabla matriz para elaboración de gráfica de red social del caso 12.

CASO 12	Pediatra	Niño 121	Madre 12	Padre 12
Pediatra	0	1	1	1
Niño 12	1	0	1	1
Madre 12	1	1	0	1
Padre 12	1	1	1	0

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

ANEXO 10

Análisis de medidas de centralidad.

Cuadro 24. Cuadro resumen de medidas de centralidad del caso 1.

	MEDIDAS	Degree	Closeness	Betweenness	BonPwr
1	Pediatra	80.000	83.333	3.333	0.800
2	Médicos Hospital	60.000	71.429	0.000	0.600
3	Niño 1	100.000	100.000	11.667	1.000
4	Madre 1	100.000	100.000	11.667	1.000
5	Tía 1	80.000	83.333	3.333	0.800
6	Curandera 1	60.000	71.429	0.000	0.600

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación, utilizando el software UCINET 6.282 Copyright (c) 1992-2010 Analytic Technologies.

Cuadro 25. Cuadro resumen de medidas de centralidad del caso 2.

	MEDIDAS	Degree	Closeness	Betweenness	BonPwr
1	Pediatra	100.000	100.000	0.000	2.000
2	Niño 2	100.000	100.000	0.000	2.000
3	Madre 2	100.000	100.000	0.000	2.000
4	Enfermera	100.000	100.000	0.000	2.000

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación, utilizando el software UCINET 6.282 Copyright (c) 1992-2010 Analytic Technologies.

Cuadro 26. Cuadro resumen de medidas de centralidad del caso 3.

	MEDIDAS	Degree	Closeness	Betweenness	BonPwr
1	Pediatra	50.000	66.667	0.000	1.534
2	Niño 3	100.000	100.000	16.667	2.551
3	Madre 3	100.000	100.000	16.667	2.551
4	Tía 3	75.000	80.000	0.000	2.195
5	Abuela 3	75.000	80.000	0.000	2.195

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación, utilizando el software UCINET 6.282 Copyright (c) 1992-2010 Analytic Technologies.

Cuadro 27. Cuadro resumen de medidas de centralidad del caso 4.

	MEDIDAS	Degree	Closeness	Betweenness	BonPwr
1	Pediatra	75.000	80.000	0.000	2.195
2	Niño 4	100.000	100.000	16.667	2.551
3	Madre 4	100.000	100.000	16.667	2.551
4	Padre 4	75.000	80.000	0.000	2.195
5	Tía 4	50.000	66.667	0.000	1.534

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación, utilizando el software UCINET 6.282 Copyright (c) 1992-2010 Analytic Technologies.

Cuadro 28. Cuadro resumen de medidas de centralidad del caso 5.

	MEDIDAS	Degree	Closeness	Betweenness	BonPwr
1	Pediatra	100.000	100.000	0.000	2.000
2	Niño 5	100.000	100.000	0.000	2.000
3	Madre 5	100.000	100.000	0.000	2.000
4	Abuela	100.000	100.000	0.000	2.000

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación, utilizando el software UCINET 6.282 Copyright (c) 1992-2010 Analytic Technologies.

Cuadro 29. Cuadro resumen de medidas de centralidad del caso 6.

	MEDIDAS	Degree	Closeness	Betweenness	BonPwr
1	Pediatra	50.000	66.667	0.000	1.534
2	Niño 6	100.000	100.000	16.667	2.551
3	Madre 6	100.000	100.000	16.667	2.551
4	Abuela 6	75.000	80.000	0.000	2.195
5	Tía 6	75.000	80.000	0.000	2.195

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación, utilizando el software UCINET 6.282 Copyright (c) 1992-2010 Analytic Technologies.

Cuadro 30. Cuadro resumen de medidas de centralidad del caso 7.

	MEDIDAS	Degree	Closeness	Betweenness	BonPwr
1	Pediatra	75.000	80.000	0.000	2.410
2	Médicos Hospital	75.000	80.000	0.000	2.410
3	Niño 7	75.000	80.000	0.000	2.410
4	Madre 7	100.000	100.000	50.000	2.619
5	Comadre 7	25.000	57.143	0.000	0.848

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación, utilizando el software UCINET 6.282 Copyright (c) 1992-2010 Analytic Technologies.

Cuadro 31. Cuadro resumen de medidas de centralidad del caso 8.

	MEDIDAS	Degree	Closeness	Betweenness	BonPwr
1	Pediatra	66.667	75.000	2.222	2.636
2	Médicos Hospital	50.000	66.667	0.000	2.216
3	Enfermera	50.000	66.667	0.000	2.216
4	Niño 8	100.000	100.000	22.222	3.429
5	Abuela 8	100.000	100.000	22.222	3.429
6	Tía 8	50.000	66.667	0.000	2.088
7	Abuelo 8	50.000	66.667	0.000	2.088

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación, utilizando el software UCINET 6.282 Copyright (c) 1992-2010 Analytic Technologies.

Cuadro 32. Cuadro resumen de medidas de centralidad del caso 9.

	MEDIDAS	Degree	Closeness	Betweenness	BonPwr
1	Pediatra	100.000	100.000	0.000	2.236
2	Médicos Hospital	100.000	100.000	0.000	2.236
3	Niño 9	100.000	100.000	0.000	2.236
4	Madre 9	100.000	100.000	0.000	2.236
5	Padre 9	100.000	100.000	0.000	2.236

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación, utilizando el software UCINET 6.282 Copyright (c) 1992-2010 Analytic Technologies.

Cuadro 33. Cuadro resumen de medidas de centralidad del caso 10.

	MEDIDAS	Degree	Closeness	Betweenness	BonPwr
1	Pediatra	100.000	100.000	0.000	2.236
2	Médicos Hospital	100.000	100.000	0.000	2.236
3	Madre 10	100.000	100.000	0.000	2.236
4	Padre 10	100.000	100.000	0.000	2.236
5	Niño 10	100.000	100.000	0.000	2.236

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación, utilizando el software UCINET 6.282 Copyright (c) 1992-2010 Analytic Technologies.

Cuadro 34. Cuadro resumen de medidas de centralidad del caso 11.

	MEDIDAS	Degree	Closeness	Betweenness	BonPwr
1	Pediatra	100.000	100.000	0.000	2.000
2	Niño 11	100.000	100.000	0.000	2.000
3	Madre 11	100.000	100.000	0.000	2.000
4	Padre 11	100.000	100.000	0.000	2.000

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación, utilizando el software UCINET 6.282 Copyright (c) 1992-2010 Analytic Technologies.

Cuadro 35. Cuadro resumen de medidas de centralidad del caso 12.

	MEDIDAS	Degree	Closeness	Betweenness	BonPwr
1	Pediatra	100.000	100.000	0.000	2.000
2	Niño 12	100.000	100.000	0.000	2.000
3	Madre 12	100.000	100.000	0.000	2.000
4	Padre 12	100.000	100.000	0.000	2.000

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación, utilizando el software UCINET 6.282 Copyright (c) 1992-2010 Analytic Technologies.