PA-ABF-933

PERCEPCIONES CULTURALES DEL TETANOS NEONATAL Y SUGERENCIAS PARA LA PROGRAMACION, BOLIVIA

USAID/La Paz

AGOSTO DE 1988

Resources for Child Health Project

REACH

John Snow, Inc.
1100 Wilson Boulevard, 9th Floor
Arlington, VA
22209 USA
Telex: 272896 JSIW UR
Telephone: (703) 528-7474

PN-ABF-933
ISN 6179

PERCEPCIONES CULTURALES DEL TETANOS NEONATAL Y SUGERENCIAS PARA LA PROGRAMACION, BOLIVIA

Agosto de 1988

Joseph W. Bastien
Consultor de REACH

The Resources for Child Health Project
1100 Wilson Blvd, Ninth Floor
Arlington, VA 22209

Contrato de la AID No.: DPE-5927-C-00-5068-00

RECONOCIMIENTOS

Este estudio fue iniciado por el Resources for Child Health Project (REACH); Robert Steinglass (funcionario técnico de alto nivel de RFACH) ayudó con el diseño del estudio y sirvió de gerente de la actividad. Paul Hartenberger, Jefe de Salud y Recursos Humanos de la USAID en Bolivia, aprobó el estudio y proporcionó fondos para trabajo de campo de un mes entre los aymaras, quechuas y tupí-guaraníes durante agosto de 1988. Margaret Kunz (miembro del personal de REACH) colaboró en la programación y los arreglos de transporte y aspectos financieros. Wally Chastain en el Project Concern/Bolivia ayudó a obtener un jeep y facilitó al Dr. Oscar Velasco, médico rural con el Project Concern en Potosí, para que ayudara con la investigación. Félix Espinoza condujo el jeep a través de varios miles de kilómetros en caminos malos sin accidente o retraso. María Palazuelos de Cabanillos proporcionó espacio de oficina y una máquina de escribir en La Paz. También tenemos una deuda con los doctores Alfonso Ayala Benítez y Gloria Torrico Espinoza que estudiaron el tétanos neonatal en la región de Montero de 1985 a 1987 y proporcionaron una gran cantidad de información. El estudio de la Dra. Dolly Montaño en 1985 también nos ayudó. Finalmente, todas las personas incluidas en el apéndice proporcionaron generosamente su tiempo y mostraron interés en responder a nuestras preguntas. A estas personas, y especialmente a mis compañeros de trabajo el Dr. Oscar Velasco y Javier Palazuelos (especialista en educación de la comunidad), expreso mi reconocimiento y agradecimiento.

SIGLAS Y GLOSARIO

Ajayu	fluido animador vital, según es percibido por los aymaras
ánimo	fluido vital
IRA	infecciones respiratorias agudas
PSC	promotor de salud de la comunidad
PCSI	Programa de Coordinación en Supervivencia Infantil
curandero	terapeuta tradicional
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
jinchukaño	síndrome aymara que incluye al tétanos
JSI	John Snow, Incorporated
layqas	brujo o bruja
layqasqa	embrujamiento en quechua
MPSSP	Ministerio de Previsión Social y Salud Pública
TN	tétanos neonatal
onqoy	enfermedad en quechua
TRO	terapia de rehidratación oral
OPS	Organización Panamericana de la Salud
pasmo de ombligo	nombre para el tétanos en Santa Cruz
PCI	Project Concern International
REACH	Resources for Child Health
susto	enfermedad ocasionada por pánico y salida de ánimo o ajayu
tisi onqoy	enfermedad de rigidez, término utilizado por algunos quechuas para el tétanos
turqa	ritual andino común en el que se sacrifica un animal a la tierra a cambio de la curación o salvación de la muerte de la persona enferma
TT	toxoide del tétanos

UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez
US	unidad sanitaria
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
wayra	viento, que se da como causa de la parálisis o el tétanos
OMS	Organización Mundial de la Salud

INDICE

		Página
I.	RESUMEN EJECUTIVO.....	1
	1. Introducción.....	1
	2. Resultados fundamentales.....	1
	3. Recomendaciones.....	3
II.	FINALIDAD DE LA VISITA.....	4
III.	ANTECEDENTES.....	5
IV.	ACTIVIDADES DEL VIAJE.....	7
V.	METODOLOGIA Y ENFOQUES.....	8
VI.	RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....	8
	1. Tupí-guaraníes: Departamento de Santa Cruz.....	8
	2. Quechuas: Departamento de Cochabamba.....	16
	3. Aymaras: Departamento de Oruro.....	23
VII.	RECOMENDACIONES.....	29
VIII.	ACCION DE SEGUIMIENTO REQUERIDA.....	31
IX.	APENDICES:	
	Apéndice 1 - Bibliografía.....	32
	Apéndice 2 - Lugares visitados y personas entrevistadas.....	36
	Apéndice 3 - Incidencia del TN en el Hospital Dermatológico de Jorachito - Santa Cruz.....	41
	Apéndice 4 - Cuestionario sobre el tétanos.....	42

I. RESUMEN EJECUTIVO

1. Introducción

Los programas de vacunación contra el tétanos son más eficaces, sostenibles y culturalmente aceptables en Bolivia, así como en otros países del mundo, si el personal de salud comprende la forma en que los campesinos perciben el tétanos y las vacunas. Y, lo que es aún más esencial, los educadores de salud en Bolivia necesitan explicar el tétanos y sus vacunas preventivas en conceptos que los aymaras, quechuas y tupí-guaraníes puedan comprender. (El término tupí-guaraní se utiliza para designar la zona cultural del Departamento de Santa Cruz.)

Tras analizar la literatura sobre el tétanos neonatal (TN), el autor no encontró estudios que explicasen la forma en que los campesinos perciben el TN y el toxoide del tétanos (TT), bien para Bolivia u otras partes del mundo. Este vacío de investigación dificulta los programas de vacunación y la comunicación intercultural sobre la necesidad de que se vacunen las mujeres de 15 a 44 años de edad. Como paso hacia una mejor comprensión, el autor sirvió de jefe de un pequeño equipo encargado de investigar la forma en que los aymaras, quechuas y tupí-guaraníes perciben el TN y las vacunas de TT.

El presente informe contiene información práctica sobre cómo fortalecer la provisión de TT a los campesinos de las culturas aymara, quechua y tupí-guaraní. Incluye información detallada sobre cómo estos campesinos perciben el tétanos y la vacuna de TT y sugiere formas en que pueden utilizarse los conceptos autóctonos para educarles y motivarles a participar en estos programas.

2. Resultados fundamentales

Departamento de Santa Cruz (anteriormente cultura tupí-guaraní)

1. El TN es relativamente desconocido en el Distrito III del Departamento de Santa Cruz donde sólo se trataron dos casos con el personal médico.

2. El TN es declarado comúnmente en los distritos I y II del Departamento de Santa Cruz con una tasa de mortalidad anual declarada por TN de 13,2/1000 en el Distrito I.

3. Los campesinos en el Distrito II se refieren al tétanos como pasmo de ombligo, que es un síndrome, no una enfermedad individual bien definida.

4. Se considera que el pasmo de ombligo es ocasionado por un viento o alguna emanación de la tierra. Es una teoría de etiología miasmática.

5. Las parteras tradicionales cortan el cordón umbilical con instrumentos no estériles y le aplican polvo e hierbas no estériles.

6. Las mujeres declaran que se oponen a las vacunas porque temen reacciones, por falta de confianza en el personal de salud y porque piensan que quedarán esterilizadas.

7. Se indica que un grupo católico ha circulado un folleto diciendo que las vacunas de TT esterilizan a las mujeres e infringen las enseñanzas del Papa.

8. El MPSSP ha iniciado campañas de vacunación para el TN. El personal de salud apoya estas actividades pero carece de aptitudes en comunicación intercultural.

Departamento de Cochabamba (predominantemente cultura quechua)

1. El TN prevalece en el Departamento de Cochabamba con la mayoría de los casos de nuestros estudios y de los informes del MPSSP en la región de Chapari. No se declaran muchos casos de TN debido a que el personal de salud no reconoce los síntomas de esta enfermedad y los campesinos prefieren el tratamiento por ritualistas. Un sacerdote en Capinota declaró 10 casos de TN que le fueron llevados para bautismo dentro de un período de dos años.

2. Los campesinos quechuas no tienen un nombre definido para el tétanos, pero a veces se refieren a él como enfermedad de rigidez (tisi ongoy).

3. Los campesinos perciben que las causas del tétanos son el viento (wayra), el miedo (susto) y el embrujamiento (layqasqa).

4. En los casos en que el tétanos se atribuye a embrujamiento, los campesinos no lo consideran una enfermedad sino más bien un símbolo de significado sagrado social y cosmológico. Se culpa a la madre del embrujamiento. Igualmente, puede indicarse que el TN ha sido también ocasionado por negligencia de la madre al no estar vacunada.

5. Las parteras tradicionales cortan el cordón umbilical con trozos no estériles de cerámica rota. En algunas comunidades, las parteras tradicionales colocan tierra recogida de las esquinas de la puerta sobre el cordón umbilical.

6. Las campesinas declaran que se oponen a las vacunas debido a las reacciones, a falta de confianza en el personal de salud y a miedo de ser esterilizadas. Los campesinos se quejan de métodos de inoculación inapropiados.

7. El personal de salud proporciona poca o ninguna explicación acerca del tétanos y sobre cómo puede evitarse mediante vacunación. Algunas enfermeras auxiliares no conocían qué era el tétanos. Los médicos dijeron que habían recibido menos de una hora de instrucción sobre el tétanos en la escuela médica.

8. Las mujeres quechuas aprenden fácilmente en grupos. Los clubes de madres se han utilizado con éxito para educar a las mujeres acerca de las vacunas de TT.

9. Los promotores de salud de la comunidad en Cocapata desempeñan un papel importante en educar a los campesinos acerca de las vacunas de TT. También se aseguran de que las mujeres siguen el programa de inmunización.

10. Las mujeres quechuas aprenden más fácilmente las lecciones acerca del tétanos y las vacunas de TT mediante leyendas con animales.

Departamento de Oruro (predominantemente cultura aymara)

1. El TN es menos común en el altiplano que en los valles y tierras bajas de Cochabamba y Santa Cruz.

2. El TN se declara infrecuentemente al MPSSP en parte debido a que los campesinos aymaras no especifican las enfermedades sino más bien complejos de síntomas o síndromes, tales como jinchukañu, que pudieran significar infección respiratoria aguda (IRA), diarrea, septicemia, meningitis y TN.

3. El jinchukañu simboliza realidades cosmológicas, mitológicas y sociales para los campesinos. Se culpa a la madre de los ataques de jinchukañu y esto puede utilizarse análogamente para enseñar que la negligencia de las madres con respecto a las vacunas de TT puede resultar en una forma de jinchukañu.

4. Las razones por las que los campesinos apoyaron los programas de vacunación fueron: a) acuerdo entre los vacunadores y los líderes de la comunidad sobre las fechas de vacunación; b) conocimiento de que las vacunas habían evitado la enfermedad en el pasado y en comunidades vecinas; c) confianza en las enfermeras auxiliares y d) educación de la comunidad por los PSC.

5. Un mecanismo cultural eficaz para promover las vacunas es el uso de las obligaciones de trabajo requeridas anualmente. Los miembros de una comunidad cerca de Totora, por ejemplo, llenaron sus obligaciones de trabajo a la provincia haciendo que todos los niños y mujeres vinieran para las vacunas.

6. Las parteras tradicionales y los familiares, con frecuencia los maridos, proporcionan asistencia la mujer parturienta. Sería difícil proporcionar capacitación en prácticas seguras de natalidad y parto ya que no hay un número selecto de parteras tradicionales especializadas. Los niños nacen en condiciones no sanitarias y con instrumentos no estériles. Una fuente probable de TN es la colocación del recién nacido en un cuero de oveja sin lavar.

3. Recomendaciones

1. El MPSSP debería continuar sus actividades recientes encaminadas a acelerar la vacunación para todas las mujeres de 15 a 44 años de edad con TT. Esta actividad pudiera incluir a mujeres del altiplano, pero debería concentrarse inicialmente en áreas ecológicas de incidencia elevada conocida.

2. Se alienta al MPSSP a que adapte los mensajes de educación para la salud concernientes al TN y las vacunas de TT a las personas en cada una de las culturas aymara, quechua y tupí-guaraní.

3. Los educadores de salud necesitan concentrarse en los síntomas específicos del tétanos, identificados por cada cultura, prevenibles mediante las vacunas de TT. Con esto también se evitan las malas percepciones por los campesinos de que todos los síntomas de los síndromes culturalmente definidos serán evitados por las vacunas de TT.

4. El MPSSP necesita proporcionar más capacitación y supervisión en técnicas adecuadas y estériles de vacunación.

5. El MPSSP debería considerar la introducción de la capacitación en aptitudes de comunicación intercultural e información acerca del tétanos y su prevención en los programas de estudios de las facultades de medicina.

6. El MPSSP debería considerar el reclutamiento y asignación de personal en los puestos de salud que hablen los idiomas autóctonos y comprendan la cultura local.

7. Debería solicitarse a la Conferencia Episcopal de Obispos de la Iglesia Católica que publicara una declaración en apoyo de la inmunización de las mujeres con TT. La declaración debería distribuirse y leerse en todas las parroquias de Bolivia y publicarse en Presencia. Pudieran incluirse las declaraciones hechas por el Papa Juan Pablo II a favor de la inmunización durante su reciente visita a Bolivia.

8. Las enfermeras auxiliares deberían capacitar a las parteras tradicionales en los métodos higiénicos.

9. El personal de salud debería coordinar las actividades de las parteras tradicionales y los curanderos en la promoción de las vacunas de TT.

10. Debido a que las prácticas de natalidad constituyen una parte tan integral de las culturas aymara, quechua y tupí-guaraní, es difícil cambiarlas. Es más fácil introducir una innovación tal como las vacunas de TT para evitar el TN. El MPSSP necesita concentrar sus actividades en las vacunas de TT para reducir el TN a corto plazo.

II. FINALIDAD DE LA VISITA: Alcance del trabajo y objetivos

Los objetivos de esta investigación fueron determinar las percepciones socioculturales del TN y la aceptación de la inmunización entre las comunidades aymara, quechua y tupí-guaraní de Bolivia, para identificar cualquier obstáculo cultural que se interponga a la inmunización con TT y formular estrategias de comunicación social para el control del TN. Los objetivos fueron los siguientes:

1. Establecer la taxonomía, complejos de síntomas, tratamiento y gravedad del TN tal como lo perciben los grupos étnicos y los practicantes tradicionales, que tienen pertinencia para la programación y los mensajes de educación para la salud.

2. Solicitar creencias y actitudes hacia el TN y el TT entre los PSC, curanderos, herbalistas, y practicantes modernos de salud de cada zona.

3. Identificar las malas percepciones, actitudes y miedos relativos a la inmunización con TT de las mujeres.

4. Identificar los métodos para hacer participar activamente a la comunidad en apoyo de la inmunización con TT dentro del contexto cultural autóctono.

5. Determinar la forma en que pueden utilizarse los conceptos y prácticas de salud tradicionales para elaborar los mensajes de educación para la salud.

6. Determinar las preferencias culturales relacionadas con la provisión de inmunizaciones.

7. Identificar mensajes y símbolos importantes específicos para la cultura que deberían utilizarse en los carnets de protección con TT.

III. ANTECEDENTES

Bolivia es un país sin acceso al mar en el corazón de Sudamérica con un área de 1.098.581 kilómetros cuadrados y, en 1987, con una población estimada de 6,7 millones, una densidad de población de 6,1 por kilómetro cuadrado y una tasa de crecimiento de la población de 2,6% por año (PID 1988:3). Cuarenta y tres por ciento de la población tiene menos de 14 años de edad. Cuarenta y ocho por ciento de la población vive en localidades de más de 2.000 habitantes. El otro 52% está muy disperso y vive en zonas rurales donde las montañas, ríos y la ausencia de caminos hacen difícil el viaje.

Bolivia es multicultural y multilingüe, con dos grupos lingüísticos/étnicos grandes, los aymaras y los quechuas, que representan 62% de la población. Los grupos aymara y quechua reciben pocos de los beneficios económicos y sociales del desarrollo. Es difícil llegar a ellos por razones culturales, geográficas, institucionales e infraestructurales. El término tupí-guaraní se utiliza ampliamente para designar a los descendientes de esta cultura que viven en el Departamento de Santa Cruz. La mayoría de las personas en la zona de la cultura tupí-guaraní han abandonado sus tradiciones autóctonas, hablan español y han absorbido rasgos amazónicos, europeos y andinos en una cultura sincrética. En este informe, el autor se refiere a los pueblos de habla española del Departamento de Santa Cruz como pertenecientes a la cultura tupí-guaraní. Sin embargo, muchos campesinos aymaras y quechuas han emigrado a dicho Departamento.

La industria principal de Bolivia ha sido la extracción de estaño, que no ha resultado rentable en años recientes debido al bajo precio en el mercado para este mineral. Los campesinos practican la agricultura de subsistencia que, en la década de 1980, se ha tornado improductiva debido a tres años de sequía y otros tres de inundaciones. Sin embargo, 1987 y 1988 han sido buenos años para los agricultores. Otro problema ha sido la extrema devaluación del peso boliviano e hiperinflación que llegó a 29.800% en 1985. El empobrecimiento ha obligado a los campesinos a emigrar a las zonas marginales de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, así como a las zonas productoras de coca y cocaína, tales como las regiones de Chapari, Chulumani y Apolo de los Yungas, donde cosechan las hojas del arbusto de coca.

En lo que respecta a la supervivencia infantil, se estima que la tasa de mortalidad materna es de 48 por 10.000 nacimientos vivos, la más elevada de la América Latina (PID 1988:3). La infección, la hemorragia y el aborto inducido son las causas principales de la mortalidad materna. La desnutrición y la anemia son causas de mortalidad asociadas importantes. La tasa de fecundidad total es elevada con un promedio nacional de 6,1 niños por mujer (PID 1988:4). Las mujeres campesinas están en una situación de desventaja debido a las bajas tasas de alfabetización, a un acceso limitado al dinero y a dominio por los hombres. Las tasas de mortalidad infantil oscilan entre 97 y 134 en las zonas urbanas y 120 y 210 en las zonas rurales (PID 1988:4). La tasa para las familias agrícolas no asalariadas es de 245 por 1000 en ciertas zonas (PID 1988:4). Las causas principales declaradas de mortalidad en la infancia y la niñez son: 1) infecciones diarreicas agudas; 2) infecciones respiratorias agudas; 3) infecciones perinatales y 4) infecciones prevenibles mediante la inmunización (PID 1988:4). Las IRA afectan principalmente a los niños menores de un año, entre quienes el riesgo de morir por todas estas causas es siete veces más elevado que el de los niños de 1 a 4 años de edad (PID 1988:4).

El sarampión, la tos ferina, la poliomielitis, el tétanos, la difteria y la tuberculosis son las principales enfermedades de la infancia y la niñez prevenibles mediante vacuna (PID 1988:4). De acuerdo con el Registro Civil, a las muertes ocasionadas por enfermedades prevenibles mediante vacuna correspondió 11,4% de la mortalidad en la infancia y la niñez en 1981. Los datos de los registros civiles declarados por Toro (MSWPH-OPS 1984) en las zonas urbanas para un período de 12 meses en 1982-83 indican que 11% de toda la mortalidad perinatal es atribuible al tétanos. Esto se traduciría a una tasa de mortalidad urbana por TN de 5-7 por 1000 nacimientos vivos (R. Steinglass, comunicación personal).

El MPSSP ha iniciado campañas de vacunación que se dice han mejorado grandemente la cobertura. La USAID ha asignado US$3.324.000 hacia inmunizaciones para el Community and Child Health Project (511-0594) (CCHP) en Bolivia, que es un proyecto de cinco años que comenzó en octubre de 1988.

La investigación en este informe representa un intento para orientar al personal del MPSSP/CCHP y las organizaciones privadas sobre cómo educar y poner en práctica un programa de vacunas múltiples con TT para todas las mujeres de edad reproductiva (15-44 años). Los problemas principales son los de que los campesinos no conocen qué es el tétanos, no confían en las

vacunas y en el personal de salud, y no están convencidos de que las inmunizaciones eviten las enfermedades. Aun cuando las vacunas de los niños en Bolivia han tenido un éxito relativo, puede ser más difícil convencer a las madres que vuelvan para inoculaciones múltiples contra una enfermedad que, a menudo, no reconocen.

El modelo militar de inmunización en el que se ordena a los campesinos que hagan cola para recibir "la bala de plata" ha sido muy criticado (Nichter). Este sistema puede haber sido eficaz en el pasado cuando los campesinos estaban más dominados por el "sistema colonial", pero los jóvenes campesinos bolivianos se muestran sospechosos de la tecnología moderna y las innovaciones que irrumpen en su cultura. En condiciones óptimas, la medicina moderna es adaptable universal e interculturalmente, en especial, cuando se integra con las culturas tradicionales y conduce a una mejora de la salud.

IV. ACTIVIDADES DEL VIAJE

Los poblados visitados fueron muestras representativas de la regiones aymara, quechua y tupí-guaraní. Estaban situados en zonas ecológicas desde el nivel del mar hasta una altura de 4.300 metros. Tal como se advirtió en otras zonas del mundo, la altura también parece ser una variable importante en la incidencia de TN en Bolivia (Ibañez 1928; Montaño 1988:2). Los miembros del equipo emplearon una semana en cada zona cultural.

Para los aymaras, Bastien y Velasco visitaron las comunidades de Oruro, La Joya, Choquecota, Zora Zora y Totora. Estas comunidades se seleccionaron intencionalmente debido a que representaban poblados aymaras tradicionales a alturas de aproximadamente 4.000 metros. Para los quechuas, Palazuelos entrevistó a los funcionarios de salud en Cochabamba (2.550 metros). Bastien y Velasco visitaron a las personas en los valles de Cocapata (2.369 metros) y Capinota (2.588 metros) en el Departamento de Cochabamba. Visitaron las comunidades de Cocapata, Cooperativa, Capinota, Sarcobamba y Buen Retiro. Cocapata se seleccionó debido a que era una comunidad quechua en una zona remota del Departamento y cercana a los cálidos y húmedos Yungas. Otra razón para su selección fue la de que Cocapata tenía un programa de PSC innovador con promotores que el equipo pudo entrevistar. Capinota se seleccionó debido a que era una zona con mucho ganado vacuno y una típica comunidad quechua en el Departamento de Cochabamba.

Para los tupí-guaraníes, Palazuelos entrevistó a los funcionarios de salud en Santa Cruz y Montero (ambas localidades en las llanuras a unos 460 metros sobre el nivel del mar). También empleó siete días entrevistando a los curanderos y familias de las víctimas del TN, que él había localizado a través de los registros del Hospital de Niños en Montero. Estas ciudades se seleccionaron debido a que representaban centros de población en esta cultura. Bastien y Velasco visitaron las comunidades en la provincia de Vallegrande. Visitaron las comunidades de Comarapa, Vallegrande y Trigal. La altitud de estas comunidades oscila entre los 1.500 y los 2.500 metros. Estas comunidades se seleccionaron debido a que en ellas residen campesinos tradicionales de origen tupí-guaraní que desde hace mucho tiempo han estado bajo la influencia de la tradición española.

Debido a que el objetivo de esta investigación es proporcionar asesoramiento práctico al personal de salud en Bolivia, Bastien, Palazuelos, Steinglass y Velasco emplearon tres días informando a los funcionarios de salud del MPSSP, OPS, UNICEF, PCI, USAID y el Programa de Coordinación en Supervivencia Infantil (véase el apéndice donde se dan los nombres de los funcionarios que proporcionaron información). Este informe se ha traducido del inglés para la USAID/La Paz a fin de compartirlo con los funcionarios de salud apropiados.

V. METODOLOGIA Y ENFOQUES

Con anterioridad a realizar la labor de campo, Palazuelos estableció vínculos con los planificadores del MPSSP y el UNICEF y los comunicadores sociales del MPSSP para obtener sus sugerencias. El autor comenzó en julio de 1988 con un estudio de la literatura sobre el TN. Después de una investigación por computadora de los artículos existentes en los Estados Unidos, no se pudo encontrar ningún artículo sobre las percepciones culturales del TN y las repercusiones para la programación. El autor elaboró entonces un cuestionario. El equipo entrevistó a médicos, enfermeras auxiliares, parteras tradicionales, curanderos y madres de los Clubes de Madres (tanto individualmente como en grupos) en todas las comunidades (véase el apéndice donde se da un cuestionario y las personas entrevistadas). Esta metodología se seleccionó para uniformidad porque tres personas estaban entrevistando a tipos diferentes de personas en diferentes lugares. Sin embargo, las preguntas se utilizaron como punto de partida para discusión sobre cuestiones pertinentes. Las entrevistas fueron a menudo abiertas y las preguntas tuvieron que ser indirectas debido a que muchos campesinos no tenían idea acerca del tétanos y el TT para las mujeres. Percibían el TN dentro de amplios síndromes y símbolos culturales.

Muchos de los conocimientos obtenidos provinieron de analizar la forma en que los curanderos curaban a los niños con síntomas de TN. Su actividad simbolizaba la forma en que percibían al TN y sus causas, y cómo consideraban que podría curarse. El equipo tuvo poco tiempo para realizar una íntima e intensa observación de los participantes, cosa que requiere vivir con las personas por un largo período de tiempo, pero el Dr. Velasco y el autor fueron capaces de captar muchos significados arraigados y los patrones cognoscitivos subyacentes debido a una observación previa de participantes a largo plazo entre los aymaras y los quechuas. Cada uno de ellos habla aymara y quechua y han empleado casi 10 años cada uno viviendo entre ellos.

VI. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1. Tupí-guaraníes: Departamento de Santa Cruz

A. Incidencia del tétanos

El Departamento de Santa Cruz tiene una población de 712.407 personas en un área de 370.621 kilómetros cuadrados con una densidad de 1,92 por kilómetro cuadrado (Muñoz 1977:2). Dos casos de TN se analizaron con una

enfermera auxiliar en Vallegrande (aproximadamente 1.900 metros) donde las personas no están familiarizadas con esta enfermedad. El tétanos neonatal se halla comúnmente en los distritos I y II (del nivel del mar hasta los 600 metros) del Departamento de Santa Cruz. El Distrito I declaró 34 casos de enero a junio de 1988, de una población de 119.960 personas, lo que produce una tasa de mortalidad anual declarada por TN de 13,2/1000 nacimientos vivos. El Distrito II declaró 67 casos en 1985, 81 en 1986 y 65 en 1987, mientras que las comunidades grandes de Montero registraron 91, Mineros 24 y Sagrado Corazón 29 casos a través de este período de tres años (Ayala y Gloria Torrico 1988). En Jorochito, una comunidad fuera de Santa Cruz, la incidencia del TN casi se duplicó de 7 en 1983 a 13 en 1987 (véase el Apéndice 3).

Dolly Montaño (1985), Alfonzo Ayala (1988) y Gloria Torrico (1987) estudiaron el TN en el Hospital de Niños, Montero. Montero dista de Santa Cruz a 60 kilómetros con una altura de 356 metros y tiene 70.000 habitantes con una densidad de población de 19 personas por kilómetro cuadrado. Sus conclusiones fueron las de que el TN constituye la causa de la hospitalización de 10-15% de los pacientes. Los niños pesaban más de tres kilos y fueron admitidos de los 5 a los 10 días de edad. De un total de 208 casos (1980-86), 130 (62,5%) eran del sexo masculino y 78 (37,7%) del femenino. La mayoría habían nacido con ayuda de la madre de la mujer, sus familiares, o parteras tradicionales, y provenían de zonas rurales. Antes de su hospitalización, la mayoría de los niños habían sido tratados por miembros de la familia y curanderos. El personal de salud tuvo una tasa de éxito relativamente elevada en el tratamiento, en comparación con otras partes del mundo, con 146 (70%) niños que se recuperaron y 62 que murieron. Esta es una tasa de mortalidad de casos muy baja que suscita algunas dudas acerca de la confiabilidad de los diagnósticos.

B. Nombres locales

Los campesinos de la provincia de Vallegrande tienen poca conciencia del tétanos y no se halla un nombre para esta enfermedad. Los campesinos de Montero en el Distrito II se refieren al tétanos normalmente con el término de pasmo de ombligo, que significa literalmente "rigidez del cordón" umbilical. El tétanos también se llama pasmo en México. El pasmo, palabra mestiza, fue utilizada en Santa Cruz hace 30 años y más recientemente fue introducida en las zonas rurales por los curanderos procedentes de esta ciudad. Los campesinos interpretan este término como "muerte súbita de origen desconocido". La asociación del pasmo con el cordón umbilical es una referencia útil para el tétanos e indica una comprensión de alguna relación entre el cordón umbilical y esta enfermedad. Debido a que los campesinos no comprenden la palabra tétanos, el personal de salud puede utilizar el término pasmo de ombligo, pero deberán estar conscientes de que es un complejo de síntomas que pudiera también referirse a las infecciones respiratorias agudas (IRA), las septicema neonatal y la meningitis. Se anima al personal de salud a referirse al tétanos por los nombres locales específicos para la región en que trabajan.

C. Síntomas

Los campesinos perciben que los síntomas del TN son los siguientes, "su bocacita está dura y se pone como pico de tapir. El cuerpo está tieso,

se tira atrás y tiembla. Llora todo el tiempo y tiene fiebre". Reconocen la rigidez y a menudo se refieren al tétanos con este síntoma llamándolo entieso o envarado. Los guaraníes y chiriguanos autóctonos no tienen nombre para el tétanos y también se refieren a él por los síntomas tales como ombligo negro y cuerpo endurecido. El síntoma del cordón umbilical no es un buen indicador del TN ya que los cordones umbilicales suelen secarse y hacerse negros después de haberlos cortado. Sin embargo, los campesinos aluden a menudo a los cordones umbilicales negros para indicar infección. Con frecuencia no distinguen la pus de la sangre y dicen que está sangrando.

Una consideración práctica es la de que algunos de los síntomas arriba indicados, tales como la fiebre, lloros, cordón umbilical infectado y parálisis, también pueden ser ocasionados por las IRA, septicemia o meningitis neonatal. El personal de salud ha de comprender que el pasmo de ombligo es un síndrome y no una categoría de enfermedad bien definida. Este síndrome no incluye diarrea y vómitos.

La diferencia entre un complejo de síntomas (síndrome) y los síntomas individuales de una enfermedad en particular es la de que un síndrome incluye a menudo síntomas que pudieran referirse a varias enfermedades. Como se demostrará más claramente entre los quechuas y aymaras, los campesinos bolivianos agrupan los síntomas en patrones asociativos y simbólicos que se relacionan más con sus causas percibidas que con las causas patológicas. Por ejemplo, los campesinos tupí-guaraníes no suelen asociar el cordón umbilical infectado con la causa del TN, sino más bien suelen agrupar este síntoma en un síndrome de pasmo que incluye síntomas indicadores de emanaciones del ambiente. Suelen percibir el pasmo de ombligo como una coagulación o secado del cuerpo ocasionado por olores tóxicos o vientos fríos que ocasionan un desequilibrio en los fluidos vitales.

Los curanderos tradicionales y ritualistas identifican varios síntomas y los clasifican en síndromes tomando como base sus percepciones o la forma en que estos síntomas están interrelacionados con los complejos ambientales sociales y culturales. A menudo, los curanderos no están de acuerdo en qué síntomas colocar las distintas expresiones de la enfermedad. Para ellos, los síntomas son como naipes de una baraja que pueden ser clasificados por diferentes jugadores en muchas combinaciones. Además, el personal de salud necesita comprender que cualquier síntoma físico significa más para un campesino que una señal de enfermedad; también se refiere al desequilibrio en el ambiente, la familia y la cosmología. Algunos de estos factores son más pertinentes para él que la enfermedad.

D. Prácticas de natalidad

El hecho de que la mayoría de los casos de TN en Montero fueran niños nacidos con ayuda de parteras tradicionales y parteras no capacitadas y familiares indica la falta de higiene como causa probable. Cortan el cordón umbilical con cuchillos, tijeras, vidrio roto o cerámica, rocas, cabello humano y hojas de mazorcas de maíz. Lo atan con una cuerda o pelo y ponen sobre él diente de león o yerba de lengua de buey. Estos artículos no esterilizados entran frecuentemente en contacto con los bacilos del tétanos. Una posible explicación para el hecho de que más niños que niñas contraigan

el TN en Montero es el de que las parteras tradicionales dejan una sección más larga del cordón umbilical para los niños, que simboliza el pene. Este cordón umbilical extendido suele infectarse más. El personal de salud debería comprender que las parteras no se lavan a menudo, ni lavan al niño, ya que temen la contaminación por el aire frío. A menudo envuelven al niño en vestimenta no lavada.

Es difícil reeducar a las parteras tradicionales ya que siguen prácticas tradicionales. Pocas comprenden la teoría de los gérmenes y casi todas utilizan materiales disponibles. En Vallegrande, por ejemplo, una madre en un viaje dio a luz a su propio bebé cortando el cordón umbilical con dos piedras. El niño murió posteriormente de TN. En las reuniones de los clubes de madres, el personal de salud puede ayudar a las madres embarazadas a preparar equipos para el parto con una hoja de cuchilla de afeitar, algodón e hilo esterilizados y alcohol. Deberá desalentarse a las parteras tradicionales y las madres de utilizar plantas medicinales para recubrir el cordón umbilical.

E. Causas percibidas

Algunas creencias populares para las causas del tétanos son las de que la madre se sentó en un hormiguero, que fue mordida por el mal de chagas, que sufrió mal de ojo, embrujamiento, que infringió un tabú y que la fontanela está abierta o alguien la tocó. Sin embargo, un examen más detenido de la palabra pasmo revela su etiología. Los pasmos son asociados a menudo con elementos del universo tales como el pasmo de luna, el pasmo del rayo, el pasmo del sol, y el pasmo del sur. Se cree que los pasmos son ocasionados, por ejemplo, cuando la madre expone a su bebé a diferentes elementos del clima. El pasmo del rayo es ocasionado por la exposición de la madre encinta al rayo, con lo que se ocasionan al niño ataques epilépticos. El pasmo del sol es una exposición excesiva del niño al sol que produce fiebre y el pasmo de sereno es producido por las noches húmedas y resulta en enfermedades respiratorias. Los tupí-guaraníes clasifican los pasmos en calientes y en fríos, según el hecho de si el niño está sudando o acusa rigidez.

De los usos arriba indicados del pasmo, podemos interpretar que pasmo de ombligo significa que cierta emanación de la tierra ha pasado de la madre a través del cordón umbilical al niño. Por ejemplo, una causa del pasmo de ombligo es la de que una madre encinta ande junto a materia putrefacta, tal como un cementerio o un perro muerto. Es el olor lo que ocasiona la enfermedad. Estos campesinos creen que el tétanos es ocasionado no por microbios sino por los olores, vapores y el viento. Por ejemplo, el pasmo de ombligo es atribuido a menudo a una corriente fría de aire o viento (wayra) que enfría al bebé o a la madre y resulta en parálisis o ataques (convulsiones). El personal de salud debería comprender que estos campesinos no consideran la contaminación y falta de higiene, especialmente con respecto a las prácticas de natalidad (corte y atado del cordón umbilical) como causas del tétanos.

F. Tratamiento por los curanderos

Los practicantes autóctonos no tienen tratamientos específicos para el tétanos, per se, pero tienen muchos remedios para el pasmo de ombligo.

Bañan al bebé con hierbas y cenizas de vestimentas usadas y suelas de zapatos. Otro tratamiento consiste en colocar al bebé en la cavidad intestinal de una vaca sacrificada, simbolizando su renacimiento. También incienzan al niño quemando aceites de las pezuñas de la vaca y resina del árbol cuti. Colocan capas de aceite puchon mezclado con raspaduras de wayacan y, en otros casos, de cutuqui sobre el cordón umbilical infectado. Estos remedios de hierbas tratan los síntomas: reducen la fiebre, controlan las secreciones del cordón umbilical, incrementan la presión sanguínea y alivian la congestión. Esto también corrobora la conclusión de que enfermedades distintas del tétanos se incluyen en el pasmo de ombligo, algunas de las cuales pueden curar los curanderos. El personal de salud podría educar a los curanderos en el sentido de que los cordones umbilicales infectados quizás indiquen TN que puede evitarse mediante TT. Debe invitarse a los curanderos a participar en las campañas de TT y debería dárseles crédito por evitar esta enfermedad.

G. Rituales

Una vez que las madres comprenden que las curas naturales no tienen éxito, llevan sus niños para actos rituales. Aun cuando pueden encontrarse distintos actos rituales en todo el Departamento de Santa Cruz, un patrón bastante típico es el que los ritualistas realicen la santiguada y saraqoa para el pasmo de ombligo. Los santiguadores incienzan al niño y luego rezan el Padre Nuestro y el Ave María sobre el niño. Lo llaman "una vencida", "conquista de la otra fuerza". Entre tanto, los familiares pronuncian el nombre del niño para recuperar su ánimo (fluido vital) o ajayu, que es una metáfora para un fluido animador dispersado del cuerpo. El saraqoa es un ritual de origen andino, introducido quizás por los emigrantes aymaras y quechuas. Los ritualistas sacrifican un cordero, se lo comen en una fiesta comunal y entierran sus huesos en el cruce de un camino. Pichan (lo barren) el cuerpo del niño con estos huesos para eliminar la substancia que ocasiona la enfermedad. Cuando el pasmo de ombligo es el tétanos, estos rituales no tienen éxito y se lleva al niño a un sacerdote para bautizarlo. Para la mayoría de los campesinos de Bolivia, el bautismo es más importante que la hospitalización en los casos de neonatos gravemente enfermos debido a que temen que los niños no bautizados se conviertan en moros (infieles) o demonios que hagan recaer sobre sus comunidades el granizo, la sequía, las inundaciones y las heladas. Estas prácticas rituales retrasan el tratamiento terapéutico por los médicos. El personal de salud debería educar a los ritualistas en cuanto a los peligros del tétanos. También deberían organizar el tratamiento colaborativo del pasmo de ombligo mediante el cual el ritualista trata las causas percibidas y el médico las empíricas. La Conferencia Episcopal de Obispos de la Iglesia Católica pudiera publicar una carta pastoral aconsejando a las mujeres casadas que reciban el TT y a todos los sacerdotes que remitan los casos de niños gravemente enfermos traídos para bautismo a los médicos.

H. Percepciones de las vacunas

Las mujeres temen las reacciones de las vacunas de TT. Sus padres recuerdan las reacciones desfavorables de las vacunas contra el sarampión que todavía tienen en mente pero que pasan con el tiempo. En Vallegrande, por ejemplo, una famosa curandera atribuye a una vacuna el que su hijo

quedara mudo. Una queja importante de las mujeres en relación con el TT es la de que no conocen qué es el tétanos y por qué deberían recibir la vacuna si están saludables. Sin embargo, saben qué es el pasmo de ombligo y es importante que el personal de salud les explique la forma en que el TT evita una forma de pasmo de ombligo. Las quejas de las mujeres que se repiten una y otra vez son las de que el personal de salud no las trata bien y que las vacunas se administran mal, resultando en infecciones, dolores e hinchazón. Muchos campesinos no tienen confianza en los médicos y las enfermeras auxiliares del MPSSP, lo cual se debe en parte a la falta de aptitudes de comunicación intercultural. El personal de salud debería explicar a las mujeres cuáles son los síntomas del TN y la forma en que éste puede evitarse recibiendo una serie de inmunizaciones de TT. Deberían explicar las reacciones comunes que normalmente pueden esperarse y proporcionar remedios para ellas.

Otro obstáculo que se interpone a la vacunación es la sospecha de que ocasiona esterilidad en las mujeres. Un origen para esta sospecha es el de que se indica que la Iglesia Católica ha declarado que las mujeres no deberían vacunarse ya que ocasiona esterilidad lo cual contradice las enseñanzas del Papa. Se cree que un grupo católico, Cristiandad, ha circulado un folleto defendiendo esto; sin embargo, no hay pruebas que corroboren esta afirmación. La esterilidad también se dio como razón para oponerse a las vacunas en los departamentos de Oruro y Cochabamba. Se recomienda que los funcionarios del MPSSP pidan una declaración por la Conferencia Episcopal de la Iglesia Católica en Bolivia que apoye totalmente la inmunización de las mujeres con TT. Esta declaración debería distribuirse en una carta pastoral a todas las parroquias de Bolivia y podría publicarse en Presencia. Pudieran incluirse las declaraciones del Papa Juan Pablo II a favor de la inmunización hechas durante su reciente visita a Bolivia.

I. Conceptos tradicionales útiles para las vacunas

Esta sección tiene por finalidad esbozar los patrones cognoscitivos autóctonos que pueden utilizarse en apoyo de la inmunización. Una estrategia culturalmente específica sería la de explicar que el tétanos es una enfermedad asociada a menudo con el pasmo de ombligo. Tal como la perciben los campesinos, el pasmo es ocasionado por un olor, vapor o viento que pasa de la madre al bebé a través del cordón umbilical. De forma análoga, serán receptivos a la idea de que las vacunas de TT contienen fluidos valiosos que también pasan de la madre al niño a través del cordón umbilical para destruir estas substancias nocivas. Otra estrategia consiste en mencionar los métodos populares de evitar las enfermedades tales como el pichar (barrido) del niño o la madre, la realización de santiguadas y el fumar cigarrillos. Estos métodos pueden utilizarse para iniciar una discusión sobre la forma en que la vacuna protege a la madre y al niño contra el tétanos. El personal de salud ha de tener cuidado en indicar que el TT no protegerá a las mujeres y los niños de todos los síntomas del pasmo de ombligo sino sólo de los relacionados con el tétanos. Los educadores de salud no deberían tratar de abolir el término pasmo de ombligo que está profundamente arraigado en sus patrones cognoscitivos sino que deberían demostrar cómo los conceptos científicos del tétanos y el TT pueden encajar con exactitud dentro de este síndrome.

J. Estrategias para inmunización

En lo que respecta a las estrategias para inmunización, un problema en el Departamento de Santa Cruz es el acceso a los servicios. Las comunidades están dispersas y es difícil llegar a ellas. Una solución es una unidad móvil, tal como la que se encontró en Vallegrande, donde a siete enfermeras auxiliares se le asignan zonas. Viajando por motocicleta, visitan las comunidades en su zona cada tres meses para examinar a las personas para vacunación. Otro problema es el de que los habitantes de los pueblos son notificados por radio en relación con cuándo y dónde deben presentarse para vacunarse. Las unidades móviles no consultan a menudo a los habitantes para ver si el programa es viable o práctico. Los meses durante la época de siembra y recolección no son buenos. Sería útil que los planificadores de salud se reunieran con los líderes de la comunidad para concertar épocas para las campañas de vacunación.

Durante las campañas, los campesinos son vacunados de prisa con poca comunicación personal y poca educación entre el vacunador y el campesino. Una queja que se escuchó frecuentemente fue la de que el personal de salud los trata bruscamente. Muchos campesinos declaran que tienen poca confianza en el personal de salud del MPSSP y parte de esto puede deberse a insensibilidad del personal hacia los campesinos. El personal no explica el TT en formas que los campesinos comprendan. Finalmente, varios médicos observaron que los vacunadores necesitan estar mejor equipados y capacitados para administrar las vacunas. Esto fue corroborado por el hecho de que los campesinos se quejaban de infecciones, hinchazones y lugares duros producidos por las vacunas, aunque los nódulos temporales en el lugar de la inyección son una consecuencia normal de las inyecciones de toxoide.

K. Métodos de comunicación social

En la provincia de Vallegrande, las coplas o versos rimados son populares y pueden utilizarse para enseñar eficazmente acerca del tétanos y las vacunas con TT. Un ejemplo sería el siguiente:

"Pasmo de ombligo puede ser tétano y matar a su wawa.
La manera de evitarlo es vacunar a la mama."

Las coplas necesitan contestarse por lo que hay participación de la audiencia. Una respuesta pudiera ser:

"Tétano o pasmo de ombligo es muy malo.
Se vuelve el niño entiesado, ombligo infectado, y muerto."

Las coplas también pueden utilizarse para control del TN en Tarija donde son populares.

El personal de salud de Vallegrande utiliza sociodramas con vestimenta para representar a los microbios de diferentes enfermedades. El clero católico, íntimamente involucrado en los programas de salud en la zona, subraya la concientización de las personas. Las personas deberían adoptar sus propias decisiones acerca de la vacuna de TT examinando la realidad del TN. Los educadores de salud necesitan educar a las personas acerca de esta

realidad. El TN puede no ser un problema de salud pública tan grave en Vallegrande como en Montero. (Existe una gran posibilidad de que los niños con TN no estén siendo declarados en el Distrito III debido a que los síntomas no son reconocidos como tétanos y a que los niños en las comunidades remotas mueran antes de que puedan ser llevados a los puestos de salud.) Las preocupaciones más graves en Vallegrande son el bocio y la enfermedad de Chagas. Sin embargo, las mujeres de esta zona viajan frecuentemente a zonas más bajas donde el TN es endémico. Necesitan vacunarse con TT.

En los distritos I y II de Santa Cruz, deberían utilizarse los métodos de comunicación masiva para informar a los campesinos acerca del tétanos y la inmunización. Los programas por televisión son una forma eficaz de llegar a muchas personas que viven en las ciudades cerca de Santa Cruz. El distinguido productor de televisión, Ruben Poma, dijo que hay que educar a los campesinos a eliminar su creencia de que la muerte de los niños es un acontecimiento diario aceptable. Recomendó que el amor de la madre hacia su bebé debería utilizarse para motivarla a vacunarse. Poma dijo que la radio es una forma eficaz para llegar a los campesinos en los poblados distantes. Comentó que las personas citan el consejo dado por radio en sus objeciones a las enseñanzas del personal de salud, tales como los anuncios para la alimentación de la fórmula en vez de la lactancia materna. Poma también sugirió la dramatización del tétanos mediante carteles, vídeos y fotografías y, luego, ayudando a las madres a sacar la conclusión de que deberían vacunarse para proteger a sus bebés del TN. También pudiera subrayarse el hecho de que debido a que el pasmo de ombligo es un síndrome, que pudiera ser ocasionado por enfermedades distintas del tétanos, el niño debería recibir muchas vacunas para evitar algunas de estas enfermedades. No debería decírseles que el TT evita el pasmo de ombligo puesto que este complejo de síntomas pudiera también estar asociado con la septicemia, la meningitis y las IRA.

La forma más eficaz de educar a los campesinos es mediante reuniones y clases. Los educadores de salud en las escuelas públicas pudieran enviar folletos sobre el TN y vacunas. Las enfermeras auxiliares deberían educar a las madres en los Clubes de Madres acerca de las enfermedades de la niñez y la forma en que pueden evitarse algunas de ellas mediante la vacunación. El MPSSP pudiera proporcionar folletos y planes de lección para cada enfermedad. Las personas no pueden vacunarse en ignorancia o haciéndolas guardar filas a estilo militar y dándoles la "bala de plata". Muchos campesinos se quejan de que no saben por qué deberían vacunarse si están saludables. Algunos creen que las vacunas les producen daño. Nichter discute las vacunas como "balas de plata". Se hace más hincapié en los números de vacunas que en la educación. Esto puede ser eficaz para los antígenos de una sola dosis, pero para el TN se requieren dosis múltiples. Para sostener niveles elevados de cobertura, las mujeres deberán ser motivadas a volver para inoculaciones posteriores.

L. Enfoques específicos para la cultura

El MPSSP quizás quisiera utilizar estos mensajes y enfoques específicos para la cultura para la provisión de TT entre las poblaciones tupí-guaraníes:

1. El tétanos es una forma mortal del pasmo de ombligo que ocasiona rigidez, convulsiones y muerte en los niños de corta edad. El tétanos es un organismo viviente invisible que se encuentra en la tierra. Este organismo se adhiere frecuentemente a las manos e instrumentos de la persona que realiza el servicio de parto en el hogar y entra en el cordón umbilical del bebé. El bebé se torna muy enfermo con boca rigida, espalda arqueada, convulsiones y, a menudo, fiebre. El bebé muere, de ordinario, de esta forma de pasmo de ombligo.

2. Las madres lloran cuando sus bebés mueren porque les aman mucho. Sus niños le dan felicidad, pero no cuando mueren de pasmo de ombligo. Un tipo de pasmo de ombligo, el tétanos, puede evitarse e impedirse que mueran los niños. Las madres pueden proteger a sus bebés contra el tétanos recibiendo los fluidos protectores de las inyecciones de TT. Estos fluidos valiosos pasan de la inyección a la madre y a través de sus cordones umbilicales a sus bebés. Estos fluidos, llamados toxoides del tétanos, protegen a los bebés por cierto tiempo de la forma rígida de pasmo de ombligo. Pronto después del nacimiento, los bebés deben recibir sus propios fluidos protectores mediante vacunación con DPT.

Parte del mensaje precedente pudiera imprimirse en el carnet de protección de TT para entregárselo a las mujeres. También pudieran darse explicaciones acerca de lo siguiente: por qué han de vacunarse todas las mujeres entre las edades de 15 y 44 años; por qué se necesitan dosis múltiples; qué reacciones pueden esperarse y qué medidas hay que adoptar; y cuál es el programa de vacunación. En vez de imprimir cinco espacios que deberán marcarse cada vez que la mujer se vacuna, sería mejor también imprimir el significado de cada inoculación, por ejemplo, la tercera dosis: durante los próximos cinco años, la madre protegerá a sus recién nacidos del pasmo de ombligo (tétanos). Hay que tener cuidado con no confundir la duración de la protección de la madre con la del bebé. Un símbolo culturalmente apropiado para marcar las vacunas sería una cruz, que contiene varios significados (Jesús, protección, tierra y cielo) y sugiere una jeringa. El carnet debería ser grande, legible y del color favorito de las mujeres en la zona tupí-guaraní. Sería necesario someter a prueba en el campo las sugerencias arriba indicadas antes de su adopción.

2. **Quechuas: Departamento de Cochabamba**

A. Incidencia del tétanos

El Departamento de Cochabamba tiene una población de 777.807 personas que viven en 55.631 kilómetros cuadrados con una densidad de población de 13,98 personas por kilómetro cuadrado (Muñoz 1977:2). En el Departamento de Cochabamba, 141 casos de TN fueron declarados a la unidad sanitaria entre 1980 y 1986. Cuarenta y seis de estos casos fueron mortales. La región de Chapari, situada en la zona de las Yungas (zona húmeda más baja de 1.500 a 2.000 metros), declara la mayor incidencia de casos. El Distrito de Aiquile (2.225 metros) declaró siete casos de tétanos en 1987. Durante nuestras investigaciones en Cocapata (2.369 metros), el personal de salud no declaró incidencia alguna del tétanos en este valle. El personal de salud de

Capinota (2.588 metros) también declaró que el TN no existía allí. Este informe de Capinota fue impugnado debido a que el personal de salud no estaba seguro de cuáles eran los síntomas del TN. Los campesinos en Cocapata y Capinota crían vacas y otro ganado asociado con el bacilo del tétanos. Además, el sacerdote de la Parroquia de Capinota dijo que él había bautizado a cinco bebés en el último año con síntomas de TN. Declaró el mismo número en las comunidades rurales circundantes. Esto corroboró la hipótesis de que muchos casos de TN nunca llegan a los puestos sanitarios debido a que el TN es percibido como un embrujamiento o castigo que ha de tratarse mediante ritualistas. Debido al estigma y al miedo que conlleva, los campesinos no declaran el TN. El personal de salud en el Departamento de Cochabamba debería ser informado de los síntomas del tétanos y pedírsele que colaboren con los curanderos y sacerdotes en su tratamiento y prevención.

B. Nombres locales

Los quechuas se refieren frecuentemente al tétanos con palabras que también indican otras enfermedades tales como tisi onqoy, que es una combinación de tieso (rigidez) y tisis (tuberculosis) con onqoy (enfermedad); kharisirisqa, que se refiere a IRA y diarrea, atribuida a un kharisiri, una figura legendaria que roba la grasa de una persona; chujchu (malaria); wayra (parálisis de Bell) y arrebato (susto). No se encontró nombre específico alguno para el tétanos. Se recomendó que la palabra tétanos se utilizara con una descripción de sus síntomas en quechua: Tétano onqoy (enfermedad del tétanos), uya kwirpuwan kashan k'aspilla (la cara y el cuerpo se tornan rígidos), wawa mana nunuyta munanpunichu (el bebé no desea chupar), fiebre kashan (tiene fiebre), qara kulli kashan (la piel está morada), mana sumaj atinchu samay (no puede respirar bien), wawa khatataschan (el bebé tiene convulsiones) y ombligo mana walinchu (el cordón umbilical no está bien). El personal de salud necesita reconocer que no todos los síntomas arriba indicados están exclusivamente asociados con el TN y algunos síntomas pudieran indicar infecciones respiratorias agudas, septicemia, meningitis, malaria y diarrea. La rigidez y un cordón umbilical infectado deberían subrayarse en el diagnóstico diferencial del TN.

C. Síntomas

A menudo los campesinos quechuas no reconocen la rigidez y un cordón umbilical infectado como síntomas diagnósticos claves. Las madres envuelven a sus bebés en fajas amplias tejidas que reducen la posibilidad de detectar la rigidez. Sin embargo, están muy preocupadas cuando el niño no se alimenta al pecho materno y tiene fiebre. Cubren el cordón umbilical con algodón en rama o trapos y no siempre están conscientes de que sufre infección. A menudo, no observan la pus excretada del cordón umbilical y sólo la declaran como sangre. El personal de salud debería educar a las madres en los Clubes de Madres a vigilar las infecciones del cordón umbilical y los síntomas de rigidez en los niños, prevenibles mediante vacunación de la madre con TT.

D. Prácticas de natalidad

Las prácticas de natalidad en Cocapata y Capinota son típicas de otras zonas quechuas. Las parteras tradicionales dan masajes al bebé en el

estómago de la mujer mientras que ella está agachada y otra la mantiene por la espalda. La partera tradicional recibe al bebé, ata el cordón umbilical, dejando una sección más larga para los niños, la corta con un trozo roto de cerámica nueva, losa (una práctica andina universal), y lo cubre con algodón en rama. La partera tradicional lava al bebé para eliminar su aceite protector, que las madres creen que ocasiona sarna. La partera tradicional envuelve al bebé en tres chumpis (fajas amplias tejidas) para protegerle de wayra (viento o corriente fría de aire) que supuestamente ocasiona parálisis.

Los bacilos o esporas del tétanos pudieran entrar en el cordón umbilical por contacto con las manos de la partera tradicional, posiblemente alojados debajo de sus uñas o procedentes del algodón, vestimenta o polvos contaminados aplicados al cordón umbilical para secarlo. Una partera tradicional dijo que era una práctica común para ellas tomar polvo de las fisuras de las puertas y aplicarlo al cordón umbilical. Hay tantas posibilidades de contaminación por TN en los partos realizados en el hogar que sería difícil evitar esta enfermedad enseñando a las parteras tradicionales métodos asépticos. Aunque esto se recomienda para elevar las normas de salud públicas, la prevención del TN puede lograrse más eficazmente a corto plazo mediante inmunización de todas las mujeres de edad reproductiva en Bolivia. Un problema con la capacitación de las parteras tradicionales es su gran número y el de que a menudo la madre de la mujer, su esposo u otro familiar desempeñan este papel. Además, es más fácil introducir una innovación, tal como las vacunas TT, que cambiar patrones culturales, especialmente los asociados con las prácticas de natalidad.

E. Causas percibidas

Los quechuas atribuyen muchas causas a los síntomas asociados con el tétanos. Wayra (viento) o aire entra en el cordón umbilical y ocasiona parálisis o ataques (convulsiones). Wayra también se da como la causa de los ataques epilépticos, ataques del corazón, parálisis de Bell o poliomielitis. Hay probablemente una adaptación de la teoría humoral europea que enseñó que los extremos del frío ocasionaban inmovilización de la sangre y los músculos. (Los bolivianos temen las corrientes de aire.) Es también una estrategia adaptiva a su región montañosa donde existe una gran fluctuación entre las temperaturas nocturnas y diurnas y los vientos helados sobre los cuerpos calientes y sudorosos ocasionan frecuentemente calambres. Es potencialmente nocivo lavar al recién nacido para eliminar sus aceites protectores ya que de esta forma se somete al niño a la infección por el frío. El arrebato (susto) es otra causa del tétanos. El niño pierde su ánimo debido a que la madre encinta se puso nerviosa, gritó a alguien, perdió el control de sí misma o se abusó de ella físicamente. Ni los campesinos entrevistados ni las dos enfermeras auxiliares reconocieron la relación entre los cordones umbilicales contaminados y el TN.

Para los adultos, el personal de salud atribuyó el tétanos a puntillas con herrumbre, poco consciente de las esporas que se hallan en los excrementos y en el suelo en muchos corrales donde se mantienen a los animales. La probabilidad de que las personas entren en contacto con las esporas del tétanos mediante lesiones en los pies, manos y piernas es elevada. Finalmente, creen que el risus sardonicus, arqueo de espalda y

convulsiones son ocasionados por embrujamiento. La naturaleza espectacular del tétanos lleva a los campesinos a pensar que sus causas son sobrenaturales.

F. Tratamiento por curanderos

Se emplean tres clases de curas para tratar el TN, según sus causas percibidas de susto, contaminación o embrujamiento. Los curanderos tratan el susto bañando al bebé con hierbas, quemando qoa (Satureia boliviana) y rogando por el retorno del ánimo del niño. Algunos realizan santiguadas, tal como se mencionó en el caso de los tupi-guaraníes. También realizan rituales de desembrujamiento, pichar (barrer), para eliminar las substancias "nocivas" del niño. Esto consiste en magia de substitución: se utiliza un manojo con símbolos no deseables para frotar la cabeza, manos, torso, piernas y pies del niño a fin de eliminar el chije (mala fortuna). Este manojo se deja en una encrucijada para que alguien lo recoja y se lleve la mala fortuna. Este simbolismo puede utilizarse para explicar cómo funcionan las vacunas: las vacunas del TT eliminan las substancias de la mujer que ocasionan el TN de forma similar a como el curandero trata de barrerlas del cuerpo del niño, sólo con la diferencia de que las vacunas protegen al niño de enfermar por el tétanos.

G. Rituales

Usualmente los campesinos quechuas atribuyen el tétanos al embrujamiento y no lo consideran una enfermedad. Esta es una razón por la que no llevan los niños con TN al puesto de salud. Un curandero experto de Areque describió como trató de curar a un niño con TN. Este recuento proporciona conocimientos íntimos acerca de la forma en que los quechuas perciben esta enfermedad. Alguien que envidiaba u odiaba a la madre encinta contrató a un layqa (brujo) para castigar a la madre colocando una maldición sobre su bebé. Los bebés son más vulnerables que los adultos que tienen forma de resistirse a los "ataques". El layqa hizo una muñeca de una mazorca de maíz negro, envolviéndola con chumpis y formando una cabeza. Colocó espinas de cacto en un lado de la espalda lo que explica por qué estaba arqueado el cuerpo del niño. Hizo que una rana se orinara sobre la muñeca y la enterró cerca de la casa de la mujer encinta. Después de que nació el bebé, apareció asustado con sus ojos muy abiertos e incapaz de cerrarlos. Ella se quejó de que el bebé miraba como un gato sin parpadear. El niño abrió sus manos y no podía cerrarlas.

Se llamó al curandero para curar a este niño de 10 días de edad. La madre se quejó de que el niño se quitaba la vestimenta. Ella lo envolvía y él se quitaba las envolturas con fuerza. El curandero dijo a la madre que no envolviera al niño porque la maldición se había echado a una muñeca envuelta. El niño tenía problemas en respirar, su boca adoptaba la forma de la de un pez fuera del agua. Se estiraba y encojía de un momento a otro (convulsiones). El curandero frotó al bebé con grasa de vaca y alcohol para reducir la fiebre. Temporalmente, el niño mejoró.

Posteriormente en la tarde, llamaron al curandero, quien les dijo que era incapaz de curar al niño y que éste debería ser bautizado. Quemaron qoa (incienso) y dijeron oraciones porque el niño era como un sajjra (diablo).

Lavó al niño con agua de rosas, incienso, excrementos de zorra, ajo, retama y alcohol. El curandero temía la fuerza del bebé. Después del baño, el bebé mejoró por un momento, luego comenzó a quejarse suavemente en forma creciente que terminó con un grito de adulto aterrorizado. El bebé levantó la cabeza y sus ojos sobresalieron como si fueran a salírsele de la cara. Llorando sin lágrimas y buscando aire como un pescado fuera del agua, se sentó, cayó de espaldas y murió. Su cuerpo quedó rígido y frío. Aterrorizados, el curandero, la madre y los familiares realizaron un ritual para protegerse de los poderes del embrujamiento. Rociaron sangre de cuyes blancos y negros y ovejas alrededor de las esquinas de la casa y de la plaza.

El día siguiente un sacerdote se negó a bautizar al niño muerto, aumentando la vergüenza y la pena de los familiares. La madre, el padre y el curandero enterraron secretamente al niño en un cementerio quechua sagrado, situado cerca de la cervecería de Taquina en Cochabamba.

Varios días después la madre quedó paralizada (posiblemente una reacción histérica) y el curandero la curó con plantas medicinales. Debido a que ella acusó los mismos síntomas que el bebé, estaba seguro de que había sido embrujada y le recomendó que se marchara de la comunidad. Ahora reside en Oruro y tiene seis niños.

Esta historia de caso muestra que los campesinos quechuas perciben los síntomas del tétanos dentro un marco mágico-supernatural que no sólo les perturba sino que ocasiona problemas sociales para la familia, culpándose a la madre. Un problema con el TN es el de que es percibido más dentro del contexto social y cosmológico que como entidad patológica. Sería ineficaz tratar de descartar sus percepciones, por lo que se recomienda que el personal de salud sea sensitivo a estas consideraciones en tanto que al mismo tiempo proporciona terapias de alternativa y sobre todo **subrayan la inmunización preventiva.** Tal como se ha citado antes, una razón para que los casos de TN no se lleven a los médicos es la del efecto espectacular de sus síntomas que son frecuentemente interpretados como símbolos de embrujamiento y posesión diabólica. Además, se culpa de esta condición del bebé a la madre implícita e indirectamente.

H. Percepciones de las vacunas

Algunos campesinos dijeron que no conocían lo que era el tétanos y que sospechaban que, debido a que sólo se estaban vacunando las mujeres, era para esterilizarlas. Otros temían las reacciones, que variaban de fiebres, pus y parálisis hasta la muerte. Muchos dijeron que no pensaban que debieran vacunarse si se hallaban en buen estado de salud. Las razones para las vacunas fueron las de que asociaban las experiencias buenas en su familia o la comunidad con ellas. Comprendían que las vacunas contra el sarampión salvaban las vidas de muchas personas de esta temible enfermedad. En una comunidad por ejemplo, la gente se negó a ser vacunada para el sarampión y muchos más niños murieron en ese lugar que en la comunidad en la que se vacunaron todos los niños. Algunos comprendieron que las vacunas habían hecho más saludables a sus vacas y deseaban recibirlas ellos mismos y sus niños. Algunos preguntaron por qué no se estaba vacunando a los hombres con el TT. La investigación indica que existe una elevada correlación entre

las percepciones positivas de las vacunas y la confianza en los promotores de salud. Por consiguiente, es absolutamente necesario que los promotores de salud promuevan la confianza entre los campesinos como un paso hacia una mayor colaboración en los programas de vacunación. Una forma de hacerlo es hablar quechua y prestar atención a sus ideas acerca de la medicina tradicional.

I. Conceptos tradicionales útiles para las vacunaciones

Los campesinos no reconocen a menudo el tétanos como una enfermedad sino más bien como un embrujamiento y, a veces, como una posesión del diablo. Las declaraciones de que el TT evita sus síntomas también se comprenderán en términos mágicos-supernaturales a menos que se enseñe a los campesinos la relación entre el microbio y el cordón umbilical y los síntomas de la enfermedad. Aunque no se recomienda que los educadores de salud expliquen a los campesinos que las agujas de las vacunas protegen a sus bebés contra las espinas encantadas de los layqas, cosa que carece de fundamento científico, los educadores pudieran utilizar este hecho como un ejemplo para demostrar la forma en que funcionan las vacunas. La hipótesis del encantamiento sugiere que las personas pueden ocasionar enfermedades por negligencia o actos voluntariosos; así también la hipótesis de la inmunización es la de que las personas pueden protegerse a sí mismas y a sus bebés de enfermedades decidiendo libremente ser vacunados cinco veces o con cada embarazo.

Otra versión de la historia de caso arriba ilustrada es el reconocimiento por los campesinos de que los niños son vulnerables a la negligencia de la madre. Los quechuas reconocen que los layqas atacan frecuentemente a las madres a través de sus hijos debido a que los adultos tienen más defensas. Las premisas de estas creencias también pueden adaptarse para las instrucciones sobre vacunación. Estas premisas son las de que el comportamiento de la madre afecta a la salud de sus niños, que éstos son muy vulnerables al ataque de fuerzas exteriores y que la causa indirecta de un síntoma en un bebé puede ser la negligencia de la madre (simbólicamente expresada cuando el curandero arrojó las hojas de coca para asegurarse sobre qué había hecho mal la madre para producir este embrujamiento). La culpa recae implícitamente sobre la madre. En una forma positiva, se puede instruir a las madres sobre el hecho de que las vacunas son una buena forma de proteger a sus bebés, que son tan vulnerables a los ataques por agentes externos, y a sí mismas contra el reproche de la comunidad.

Los programas de vacunación deberían realizarse como asuntos comunales para utilizar el concepto andino básico de que la salud y la enfermedad guardan relación con los sistemas sociales y cosmológicos. Una estrategia útil sería la de invitar al curandero a participar en el programa de vacunación arrojando primero hojas de coca para pronosticar sus resultados y luego realizar un ritual para "completar" o hacer bueno el programa para la comunidad de forma integral. Esto pudiera convertir a una persona resistente a las vacunas en un defensor de dichas intervenciones. Además, también hace frente a las sospechas acerca de las consecuencias cosmológicas y sociales de insertar agujas en los niños y mujeres adultas.

J. Estrategias para inmunización

Las sugerencias presentadas para los tupí-guaraníes también son aplicables para los campesinos quechuas. Las mujeres quechuas son muy sociables y aprenden rápidamente en actividades en grupo. Es importante que los promotores de salud las eduquen y vacunen en reuniones sociales tales como las reuniones de los clubes de madres. Las estrategias de educación deberían tratar de convencer al grupo acerca de la importancia del TT. Una vez que haya consenso en el grupo, entonces los miembros individuales cumplirán con la norma. Es importante discutir abiertamente sus objeciones a las vacunas con TT. Las dramatizaciones y sociodramas sacan a relucir los miedos básicos de forma que puedan resolverse. Aunque el corregidor de cada comunidad puede insistir en que todas las madres se hallen presentes para las vacunaciones, no es un sustituto para la educación previa. Los educadores han de corregir las ideas erróneas de las mujeres acerca del TT, eliminar sus miedos y motivarlas a vacunarse.

K. Métodos de comunicación social

Una forma eficaz de comunicarse acerca de las vacunas es dividir a las madres en una reunión del Club de Madres en grupos de seis y pedirles que fabriquen una leyenda utilizando plantas, animales, aves o tierra para explicar la lección acerca de la inmunización. El primer paso consiste en proporcionarles un ejemplo, tal como la historia siguiente acerca de la oveja, la zorra y el perro:

> La oveja madre dio a luz a un cordero. Cortó su cordón umbilical con manos sucias utilizando un trozo sucio de cerámica. El cordero parecía saludable y bebió leche de la teta de la madre. Cinco días después, el cordero no podía abrir la boca para chupar la leche materna. Tembló violentamente y, luego, quedó de espaldas sobre el suelo con las patas rígidas. La oveja madre comenzó a balar y trató de salvar al cordero pero no pudo hacerlo. El cordero murió al día siguiente.
>
> La oveja madre estuvo muy triste por muchos días. Un día preguntó a una vaca por qué había muerto su cordero. La vaca le dijo que era debido a las esporas del tétanos que se encuentran en los excrementos y en el suelo. La vaca también le dijo que el tétanos entra en el bebé a través del cordón umbilical. Les hace tornarse rígidos, temblar, tener fiebre elevada, perder la respiración y morir. La madre puede evitar el tétanos en el hijo mediante vacunación.
>
> La vacunación es como un perro que protege a los corderos de los ataques de las zorras. Los pastores tienen perros que protegen a sus corderos, por lo que las madres también deberían recibir vacunas para proteger a sus bebés contra el tétanos.

Las ilustraciones con animales, aves y plantas proporcionan lecciones que se repiten continuamente cada vez que se encuentran estos artículos de la naturaleza. Los quechuas aprenden óptimamente acerca del tétanos y las vacunas creando historias, que se repiten a menudo, y de acuerdo con su tradición oral son embellecidas cada vez que se cuentan. Este método de instrucción permite a las madres quechuas expresar las lecciones acerca del TN y las vacunas con sus propias analogías, leyendas y símbolos.

L. Enfoques específicos para la cultura

El MPSSP debería considerar estos mensajes y enfoques específicos para la cultura para la provisión del TT entre los quechuas. Debido a que el tétanos no se conoce específicamente, debería imprimirse en el carnet de vacunación una inscripción en quechua de sus síntomas, tal como se indican arriba. Pudieran darse explicaciones acerca de las reacciones, programas de vacunación y razones por las que las mujeres de las edades de 15 a 44 necesitan vacunarse. La tarjeta pudiera tener el color favorito de las mujeres quechuas. Tal como se sugirió para la población tupí-guaraní, las dosis podrían explicarse en términos significativos. Un símbolo culturalmente apropiado para el carnet sería el de la Virgen de Urkupiña, que simboliza la fecundidad, la maternidad, la madre tierra (Pachamama), una colina y la salud.

Las explicaciones pudieran utilizar las creencias culturales de que las madres son responsables del TN y que las enfermedades son síntomas de influencias externas perniciosas. Un plan de la lección pudiera expresarse de la siguiente manera: "Usted cree que los layqas pueden ocasionar ataques pinchando agujas en muñecas hechas de mazorcas de maíz. Las vacunaciones protegen a sus niños contra la enfermedad. Estas agujas contienen fluidos que le protegen a usted y a su bebé. Cuando usted recibe las vacunas de TT, sus bebés futuros no morirán de TN, que es una enfermedad que congela sus músculos y boca y les hace rígidos e incapaces de chupar la leche materna". Estas sugerencias necesitarían someterse a pruebas de campo antes de su adopción.

3. **Aymaras: Departamento de Oruro**

A. Incidencia del tétanos

El tétanos se halla menos frecuentemente en el Departamento de Oruro, parte del altiplano (3.700 a 4.200 metros), que en los valles de Cochabamba y las llanuras de Santa Cruz. El Departamento de Oruro tiene una población de 310.983 personas que viven en 53.688 kilómetros cuadrados con una densidad de población de 5,79 personas por kilómetro cuadrado (Muñoz 1977:2). El personal de salud del Departamento de Oruro declaró casos de TN en La Joya, Paria y Totora; todos estas comunidades están a 4.000 metros por encima del nivel del mar. La enfermera auxiliar de La Joya diagnosticó dos casos de TN en 1988, pero uno fue probablemente IRA. El Dr. David Morales de la Clínica San Pío Décimo en Oruro trató un caso de TN procedente de Paria (3.700 metros). Una muestra de pus del cordón umbilical se envió para cultivo de laboratorio y se encontraron bacilos de tétanos. El Dr. Ponciano Jiménez declaró un caso en Turco. Estos informes ponen en tela de juicio un estudio reciente del UNICEF en el que se afirma que el TN no existe en el altiplano. Marcos y Halkyer (1988:3) también escribieron que el tétanos no existe en el altiplano. Sin embargo, la espora del tétanos se encontró en el altiplano (Ibáñez 1928). Justo Bustillos, Secretario de Estadística del MPSSP, declaró cinco casos de tétanos en 1985 para La Paz.

Un factor importante es el de que las mujeres aymaras viajan frecuentemente y dan a luz en zonas más bajas y más húmedas donde existen más riesgos de contaminación por la espora del tétanos. Estos factores justifican la vacunación con TT para las mujeres del altiplano.

B. Nombres locales

Los campesinos aymaras no reconocen el tétanos como una enfermedad de por sí pero incluyen sus síntomas dentro de jinchukañu, un síndrome que pudiera referirse a IRA (moderada o grave), diarrea grave y septicemia. Los aymaras tienen otros síndromes, lari lari y chullpa, que también simbolizan complejos de síntomas y creencias mitológicas mágicas. Estos síndromes pueden incluir TN, pero en nuestra área de investigación el TN se incluyó en jinchukañu. El personal de salud declaró algunos nombres erróneos para el TN tales como suchu (polio), anqo usu (parálisis de los adultos y a veces reumatismo) y aire (parálisis de Bell).

C. Síntomas

Los promotores de salud necesitan describir en aymara los síntomas del tétanos para ayudar a los campesinos a reconocer esta enfermedad: ajanu turo (cara rígida), cuerpojja watthapisquiwa, janiu sarquiti (el cuerpo está rígido, no puede moverse), laka jistkatata (boca cerrada), janiu ñuñjatquiti (no puede alimentarse al pecho materno), ataque kharkhatiscaquiwa (convulsiones: hay que tener cuidado con distinguir las convulsiones del tétanos de las ocasionadas por la malaria, thala usu), wawajj kurur usuyasi (el cordón umbilical del bebé está infectado), jachac jachasquiwa (llora continuamente), ancha atatawa cuerpopajj (fiebre: Calienturawa, un término aymara hispanizado que también puede utilizarse para esta condición), samaquesquiwa (dificultad en respirar) y cuerpojja moradoquiwa (el cuerpo está morado).

Los campesinos no conocen los síntomas del TN y no asocian sus síntomas con una entidad de enfermedad bien definida. Ciertos síntomas tienen prioridad para las madres aymaras y pueden encubrir otros síntomas. Cuando una madre aymara, por ejemplo, lleva a su espalda a un bebé con convulsiones, rigidez, lloros continuos e incapacidad de alimentarse al pecho materno, lo que le preocupa más son sus lloros continuos y su incapacidad de alimentarse en un bebé que anteriormente podía amamantarse. Si se observan en realidad, la rigidez y convulsiones son interpretadas como ocasionadas por los lloros o la falta de alimentación. Es importante que los médicos y enfermeras auxiliares desenvuelvan al bebé para comprobar si sufre rigidez, cuando atienden quejas de llanto e incapacidad de alimentarse. Siempre deberán pedir a las madres permiso para hacerlo. Aun cuando los lloros constantes no son un síntoma específico del TN, a menudo indican a la mujer aymara que el bebé está gravemente enfermo. Además, las mujeres aymaras reconocen ciertos tipos de lloros como indicadores de gravedad de la enfermedad.

D. Prácticas de natalidad

Durante los partos, las posibles fuentes de contaminación son el uso universal de la cerámica rota para cortar el cordón umbilical, cubriéndolo con hierbas y atándolo con un hilo. Las parteras tradicionales colocan al recién nacido en una piel de oveja. Esta es una posible fuente de esporas del tétanos y se recomienda que las madres laven la piel de oveja y la coloquen al sol antes de utilizarla para el bebé. Tanto los hombres como las mujeres ayudan a dar a luz a la madre parturienta y frecuentemente sus manos están sucias por los trabajos agrícolas.

E. Causas percibidas

Los campesinos de la provincia de Curahuara de Carangas asocian el TN con el jinchukañu. El jinchukañu es un búho que aparece por la noche y tiene un canto similar al lloro profundo de un niño. Si el niño llora a su vez, el búho entra en la casa como gato, insecto o lagarto. El búho atrapa al bebé en sus garras. El bebé grita y en este instante su ajayu pasa de su boca a las garras del búho que sale volando. Ajayu se traduce frecuentemente como "alma" o "espíritu" (ánimo), pero los aymaras perciben que es un fluido de energía vital invisible pero importante para mantener el equilibrio entre las cualidades de calor y frío y humedad y sequedad en el cuerpo. Los síntomas del jinchukañu son marcas moradas, supuestamente ocasionadas por las garras del búho, que se hallan sobre el bebé después de su muerte.

Los síntomas del jinchukañu son lloros constantes, diarrea, hundimiento de ojos, sequedad de boca, vómitos, rigidez, fiebre y convulsiones. Este síndrome se refiere con mayor frecuencia a las IRA y la diarrea, pero también pudiera aplicarse a las infecciones bacterianas de meningitis, septicemia y tétanos neonatal. Las señales moradas son atribuidas físicamente a la falta de oxígeno en el bebé por falla respiratoria, causadas frecuentemente por las IRA y con menos frecuencia por el TN en el altiplano.

El personal de salud tiene que comprender que el jinchukañu es un síndrome que simboliza varias enfermedades a la vez así como realidades mágicas y mitológicas para los campesinos aymaras. En muchos casos se culpa a la madre de los ataques por jinchukañu debido a que no ha protegido a su bebé. Este hecho puede utilizarse para motivarla a vacunar con TT al bebé como medio de evitar una forma de jinchukañu que resulta en cordones umbilicales infectados, rigidez y muerte.

F. Tratamiento por los curanderos

Los curanderos de Zora Zora diagnostican el jinchukañu dando al bebé una bebida de wilkachapi para ver si el niño vomita, señal positiva de jinchukañu. Luego coloca sobre el estómago del bebé un emplasto preparado con semillas de pimiento amarillo tostadas y trituradas. También hacen que el niño beba mate de cochinilla, utilizado tradicionalmente para tinte rojo. Los curanderos dicen que pueden curar a algunos niños con jinchukañu, probablemente cuando esto representa enfermedades respiratorias menores y formas más leves de diarrea.

G. Rituales

Si persisten los síntomas del jinchukañu, los curanderos realizan rituales de turqa. Turqa es el sacrificio de un animal macho negro (cuy, pollo o cerdo) a cambio del ajayu del niño. Se rocía sangre alrededor del corral, y el curandero pronuncia el nombre del niño para recuperar su ajayu. Este ritual se llama comúnmente willancha.

Los protestantes de Zora Zora tienen una variante del turqa para curar el jinchukañu conforme a la cual se reúnen alrededor del niño en oración y frotan su cuerpo con la biblia. Cuando esto falla, llaman a un curandero. Cosa interesante, varias personas tenían duda acerca del protestantismo cuando murieron sus niños por jinchukañu y razonaron que si hubieran seguido siendo católicos hubieran llamado al curandero antes.

Estos datos demuestran que el jinchukañu es un síndrome de enfermedades mortales para los niños de corta edad, pero que es percibido por los campesinos aymaras dentro de un marco religioso-mitológico donde el ritual es el tratamiento culturalmente preferido. Es difícil convencerles de otra cosa debido a que esta creencia está culturalmente validada y se resiste a los hechos de la ciencia empírica. Sin embargo, los promotores de salud pueden adaptar las terapias médicas y la prevención a los niños con jinchukañu consultando a los curanderos y ofreciéndoles ayuda en la cura y prevención del jinchukañu. Una forma de hacerlo es pedir a los curanderos que realicen el ritual turqa la noche antes de la vacunación de la mujer. Las enfermeras auxiliares en Culta y Zora Zora en la provincia Curahuara de Charangas han colaborado con los curanderos y han obtenido una tasa de vacunación del 100% para los niños, según informa el Dr. Edgar Franklin, supervisor médico en esta región. Recientemente han comenzado a administrar vacunas de TT para las mujeres.

H. Percepciones sobre las vacunas

Las campesinas perciben desfavorablemente las vacunas porque no saben para qué son, temen sus reacciones y piensan que podrán quedar esterilizadas. Los campesinos perciben favorablemente las vacunas porque comprenden que las inmunizaciones les protegen y que los familiares las han recibido con éxito. Una razón importante es la imitación. Una señora declaró "Han vacunado a mi tía, a mi prima, a mí también". Otro motivo es el miedo a las enfermedades contagiosas, "Por susto, yo temo otras enfermedades, como viruela van a venir". Los aymaras de la zona de Totora se mostraron favorablemente predispuestos hacia las vacunas debido a que el personal de salud les había educado.

I. Conceptos tradicionales útiles para las vacunaciones

Un concepto que puede utilizarse para promover las vacunas es el de recordar a los aymaras cómo en el pasado las vacunas eliminaron la viruela. Aún recuentan cómo algunos campesinos se vacunaron a sí mismos con pus de las llagas de otros. Otro ejemplo es el de un enfermero auxiliar que explicaba cómo el alfombrilla, sarampión, había sido detenido en una comunidad donde él había vacunado a todos los niños, pero en otra comunidad que se había negado a recibir las vacunas murieron muchos niños.

Los trabajadores de salud pueden hablar acerca del jinchukañu, como síndrome que puede ser ocasionado por varias enfermedades, IRA, diarrea, meningitis, septicemia, poliomielitis y tétanos. Algunas de estas enfermedades pueden evitarse mediante vacunación. En los primeros meses de la vida, los niños pueden protegerse de la difteria, tos ferina, tétanos y poliomielitis. Sin embargo, algunos recién nacidos de madres no inmunizadas

mueren por TN. Mueren una muerte muy dolorosa llorando a gritos, incapaces de alimentarse del pecho materno, por las bocas y cuerpos rígidos. También tienen ataques o convulsiones. Esta forma de jinchukañu se llama TN, y puede evitarse mediante vacunación de la madre con TT. Si reciben vacunas de TT, sus niños no morirán nunca de TN, una forma de jinchukañu.

Debido a que los aymaras perciben varias enfermedades dentro de un contexto simbólico que incluye factores sociales, cosmológicos y fisiológicos, es aconsejable adoptar un enfoque integral similar al tratar de estas enfermedades. Por ejemplo, en vez de declarar que el TT evitará el jinchukañu, cosa que no hace, es mejor adaptarse a la complejidad de este símbolo y decir que la madre, la comunidad, el curandero, la enfermera auxiliar y el médico necesitan hacer algo. La madre necesita recibir vacunas múltiples de TT, el niño debe vacunarse tres veces con DPT (difteria, tos ferina y tétanos) y una vez contra el sarampión y la tuberculosis (BCG). Este niño también debería recibir gotas en tres ocasiones para evitar la poliomielitis.

Los miembros de la comunidad, especialmente las parteras tradicionales, necesitan proporcionar condiciones estériles para el alumbramiento. También necesitan evitar la diarrea y administrar la TRO. Irónicamente, el hecho de que los aymaras perciben las enfermedades dentro de una perspectiva integral como el jinchukañu impide al personal de salud adoptar un enfoque simplista y mecánico para eliminar el tétanos, así como otras enfermedades, algunas de las cuales están íntimamente vinculadas con los factores económicos, sociales y culturales.

J. Estrategias para inmunización

Es importante no programar las campañas de vacunación durante los meses de julio, agosto y septiembre ya que esta es la estación fría con la mayor incidencia de enfermedades. Si los niños vacunados recientemente mueren de alguna enfermedad no definida, entonces los campesinos atribuyen con frecuencia la muerte a la vacuna debido a una asociación temporal. Otra razón es la de que las mujeres participan frecuentemente en preparar fiestas y los campos durante estos meses.

Una forma eficaz de programar las inmunizaciones es la utilizada por el personal de salud de Totora. El médico local, las enfermeras auxiliares y los PSC se reúnen con los líderes de cada comunidad al comienzo del año para decidir cuándo desean ser vacunados. Fijan fechas para tres visitas en cada comunidad. Cuidadosamente supervisan la vacunación de las mujeres y niños con listas y carnets. Noventa y dos por ciento de los niños menores de cinco años son vacunados con programas completos.

K. Métodos de comunicación social

El método más eficaz para promover las inmunizaciones que observamos en nuestro viaje de campo fue el realizado por los PSC en Culta y Zora Zora, provincia de Curahuara de Carangas. Estos promotores fueron elegidos por los miembros de sus comunidades en 1984. Intimamente integrados en sus comunidades, introdujeron lentamente las vacunas y utilizaron leyendas y ejemplos conocidos para sus pueblos. Enseñaron en aymara. Tenían la

ventaja de ser conocidos y aceptados por los miembros de la comunidad. También eran más capaces de reconocer y resolver las objeciones a las vacunas. Ambas comunidades tienen ahora una cobertura de inmunización del 100% para los niños y han iniciado la inmunización con TT para las mujeres en 1988.

Los PSC son un medio eficaz para promover y mantener los programas de vacunación debido a que están establecidos en la comunidad y son capaces de explicar las enfermedades y su prevención en conceptos culturales en los idiomas locales. Sin embargo, los PSC necesitan recibir capacitación para conjugar los modernos conceptos de las vacunas con los conceptos tradicionales de la enfermedad, tales como el jinchukañu. Los antropólogos y educadores de salud pueden ayudarles mediante la publicación de folletos y libros ilustrados que proporcionen ejemplos de cómo enseñar acerca del TN y su prevención con vacunas del TT en conceptos comprensibles para los campesinos aymaras.

En lo que respecta al jinchukañu, los educadores han de comprender que es un síndrome que consiste en factores mágicos, mitológicos y sintomáticos. En Zora Zora, por ejemplo, los protestantes aún lo aceptan como un síndrome incluso cuando no creen en sus causas mágicas. El jinchukañu también constituye un mecanismo de defensa de la cultura tradicional ya que coloca en conflicto grave a los campesinos que han abandonado sus creencias tradicionales.

Temas subyacentes útiles para los educadores son los de que el jinchukañu simboliza algo muy agresivo contra el niño, indica la gravedad de los síntomas y significa que los padres son responsables del descuido del niño. Estos temas pueden transferirse fácilmente a los peligros del microbio del tétanos que ataca al niño, los síntomas destructores del TN y la irresponsabilidad de la madre que no ha recibido la vacuna.

Los médicos y enfermeras auxiliares necesitan examinar cuidadosamente a los niños con jinchukañu para determinar a partir de este síndrome cuáles corresponden a la patología moderna. El personal de salud afirma que el TN no se encuentra (no se reconoce) en el altiplano, pero si interrogan a los campesinos acerca del jinchukañu, lo encontrarán en una minoría de estos casos.

L. Enfoques específicos para la cultura

El MPSSP quizás encontrara útil seguir estos mensajes y enfoques específicos para la cultura en relación con la provisión del TT entre los aymaras. Debido a que el tétanos no se conoce específicamente, pudiera imprimirse en los carnets de vacunación una descripción en aymara de esos síntomas, tal como se indicó arriba. Pudieran darse explicaciones acerca de las reacciones, programas de vacunación y las razones por las que las mujeres entre los 15 y 44 años necesitan recibir las vacunas. Las dosis pudieran explicarse en términos significativos.

Un símbolo culturalmente apropiado para el carnet sería el de la Virgen de Copacabana, que simboliza la fecundidad, la protección, la maternidad, la Tierra Madre (Pachamama) y la tierra. El color de estas tarjetas pudiera

ser rosa intenso, color favorito entre las mujeres aymaras. El carnet debería ser grande con varias ilustraciones que simbolicen la protección, tales como una madre que protege a su bebé, un perro que protege a algunos corderos y un gato persiguiendo a los roedores. El término jinchukañu no debería utilizarse en la tarjeta ya que no puede ser comprendido universalmente por los aymaras del altiplano. Las sugerencias que anteceden necesitan someterse a prueba en el campo antes de su adopción.

VII. RECOMENDACIONES

1. El TN se declaró con distinta intensidad en todas las zonas visitadas entre los tupí-guaraníes, quechuas y aymaras. Las actividades recientes del MPSSP encaminadas a acelerar cinco vacunaciones con TT para todas las mujeres de 15 a 44 años de edad deberían continuar. Estas actividades surtirán probablemente un gran efecto sobre la reducción del TN. Aun cuando el TN aparece menos frecuentemente entre los aymaras en el altiplano, el MPSSP debería continuar vacunando a las mujeres aymaras que viajan frecuentemente y dan a luz en zonas donde el TN es endémico.

2. El MPSSP necesita adaptar los mensajes de educación de salud relativos al TN y las vacunas con TT a cada cultura tupí-guaraní, quechua y aymara. La educación deberá impartirse en el idioma respectivo de cada grupo y el mensaje de que el TN puede evitarse mediante vacunación debería comunicarse utilizando conceptos convergentes exactos comprensibles para los miembros de estas culturas. Entre estos grupos culturales, existe una variación regional en su comprensión del TN, por lo que los educadores necesitan adaptar las lecciones a cada zona.

3. Los educadores de salud necesitan tener cuidado en concentrarse en los síntomas específicos del tétanos identificados por cada cultura como prevenibles por las vacunas de TT. Con esto se trata de evitar ideas equívocas por los campesinos de que las vacunas de TT evitarán todos los síntomas de los síndromes culturalmente definidos. Los complejos de síntomas, tales como embrujamiento, jinchukañu y pasmo de ombligo, incluyen a menudo síntomas ocasionados por enfermedades distintas del tétanos. Los educadores pudieran subrayar el hecho de que se necesitan varios tipos de vacunas para evitar algunos de los síntomas de estas enfermedades culturalmente definidas.

4. El MPSSP necesita prestar más atención a la capacitación y supervisión en las técnicas adecuadas y vacunación estéril. Las personas se quejaban acerca de inyecciones inadecuadas y dolorosas. Declararon el uso de la misma aguja sin esterilización para un número de hasta 10 personas. Informaron reacciones que eran atribuibles a agujas no estériles y a inoculaciones mal orientadas. Algunos declararon haber recibido las vacunas incorrectas, como en el caso de inyectar a las mujeres DPT en vez de TT. Los habitantes de Santa Cruz dijeron que a veces se interrumpía la cadena de frío y se administraba a la gente vacunas inútiles.

5. Se anima al MPSSP a introducir en el curriculum de los institutos de capacitación de salud información acerca del tétanos y oportunidades para que los estudiantes mejoren sus aptitudes de comunicación intercultural. El personal de salud declaró emplear de 10 a 60 minutos aprendiendo acerca del tétanos y su prevención. Algunos indicaron mala información e ignorancia acerca del tétanos. Muchos creen que no existe en sus zonas, cosa que puede atribuirse frecuentemente a falta de conocimientos y a su incapacidad para comunicarse interculturalmente. Los campesinos declararon frecuentemente que el personal de salud no podía comunicarse con ellos.

6. El MPSSP pudiera considerar el reclutamiento y colocación en los puestos de salud de personal que hable el idioma nativo y que conozca acerca de la cultura de la región. Las dos enfermeras auxiliares con los mejores resultados en materia de vacunación fueron procedentes de Culta y Zora Zora y habian servido durante cuatro años como PSC en sus comunidades. Su participación en los asuntos de la comunidad y culturales les ayudó a obtener una cobertura de vacunación del 100%, según el director médico de la zona.

7. Pudiera solicitarse a la Conferencia Episcopal de Obispos de la Iglesia Católica en Bolivia que publicara una declaración apoyando plenamente la inmunización de las mujeres con TT. Pudieran incluirse en esta declaración las recientes afirmaciones hechas por el Papa Juan Pablo II en apoyo de la inmunización durante su visita a Bolivia. Esta declaración debería distribuirse en una carta pastoral que se leyera en todas las parroquias bolivianas. Pudiera publicarse en Presencia. Además, los obispos en todas las diócesis necesitan seguir apoyando una pastoral de salud que promueva la inmunización con TT. Existe la creencia generalizada entre los católicos que las vacunas TT esterilizan a las mujeres, cosa que contraviene las enseñanzas del Papa. La gente dijo que esa era una razón por la que no querían ser vacunadas. También se declaró que el clero católico en muchas parroquias habia apoyado decididamente los programas de vacunación.

8. Los médicos y enfermeras auxiliares en las zonas rurales pudieran capacitar a parteras tradicionales en el alumbramiento con instrumentos estériles. El uso de cerámica o vidrio roto para cortar el cordón umbilical ha de substituirse por el uso de un cuchillo esterilizado. Las parteras tradicionales no deberán colocar algodón o trapos sin lavar sobre el cordón umbilical ni debieran atarlo con una cuerda sucia. Deberían evitar colocar polvo de talco, plantas medicinales o polvo recogido junto a la puerta de la vivienda sobre el cordón umbilical. Antes del alumbramiento, ha de advertirse a las parteras tradicionales que deben lavarse las manos y limpiarse las uñas y que las madres deberían lavar la piel de oveja colocada debajo del bebé.

9. El personal de salud necesita coordinar las actividades con las parteras tradicionales y los curanderos en la promoción de las vacunas de TT. Los campesinos declararon que no se estaban vacunando por que los practicantes tradicionales les dijeron que no lo hicieran. Las enfermeras auxiliares y médicos pudieran explicar a los practicantes tradicionales los síntomas del TN y cómo pueden evitarse mediante

vacunación. Si el personal de salud tiene una comprensión de los síndromes culturalmente definidos, podrán colaborar específicamente demostrando a los curanderos cómo pueden evitarse determinados síntomas con la vacuna de TT. El personal de salud puede dar entonces al curandero crédito por promover la salud pública en la comunidad. Con esto se evita una lucha de poder entre el curandero y la enfermera auxiliar.

VIII. ACCION DE SEGUIMIENTO REQUERIDA

Se sugiere que el Comité de Coordinación Interagencial estudie las recomendaciones arriba indicadas y que las ponga en práctica el MPSSP. En particular, necesitan confeccionarse y someterse a prueba de campo mensajes apropiados de educación para la salud. Los líderes de la opinión (entre ellos la Iglesia) necesitan movilizarse en apoyo de un control acelerado del tétanos neonatal. Es importante que se incluya una perspectiva médico-antropológica para asegurar alguna sensibilidad cultural en este proceso.

APENDICE 1

BIBLIOGRAFIA

Aly, M. "The Problem of Tetanus in Dakahlia Governorate, Egypt (a survey of public acceptance to immunization against tetanus)." Journal of Egyptian Medical Association, 55: 683-991, 1971.

Anhed, Z. "Factors Affecting Community Participation in an Immunization Campaign in Gondar, Ethiopia." Ethiopian Medical Journal, abril de 1979: págs. 33-6.

Ayala Benitez, Alfonso y Gloria Torrico Espinoza. "Tetanos Neonatal: Estudio de tres años en el Hospital de Niños de Montero." Documento inédito, 1988.

Bastien, Joseph W. Mountain of the Condor: Metaphor and Ritual in an Andean Ayllu. AES: Waveland Press, 1978.

Bastien, Joseph W. Coca, Food and Ritual among the Qollahuaya. XLIII International Congress of Americanists, Vancouver, 1979.

Bastien, Joseph W. "Exchange between Andean and Western Medicine." Social Science and Medicine, 16: págs. 795-803, 1982.

Bastien, Joseph W. "Herbal Curing by Qollahuaya Andeans." Journal of Ethnopharmacology, 6:13-28, 1982.

Bastien, Joseph W. "Andean Humoral Theory: Hipprocates or Pre-Columbian in Origin." XLIV International Congress of Americanists, Manchester, 1982.

Bastien, Joseph W. "Las Plantas Medicinales de los Kallawayas." Oruro: MPSSP y PCI Bolivia, 1983.

Bastien, Joseph W. "Pharmacopeia of Qollahuaya Andeans." Journal of Ethnopharmacology, 8:97-111, 1983.

Bastien, Joseph W. "Qollahuaya-Andean Body Concepts: a Topographical-Hydraulic Model of Physiology." American Anthropologist, 87:595-611, 1985.

Bastien, Joseph W. Etnofisiología Andina. Arinsana: Revista de la Cooperación Internacional en Areas Indígenas de América Latina. 15-24.

Bastien, Joseph W. y O. Velasco. "Andean Body Concepts and Nutrition." Reuniones de la Asociación Antropológica Norteamericana, Filadelfia, 1986.

Bastien, Joseph W. "Use of Legends for Teaching Oral Rehydration Therapy." Conferencia, Universidad de Indiana, 5 de abril de 1986.

Bastien, Joseph W. "Traditional and Modern Medicine in the Andes." Conferencia en la Universidad de Texas, Austin, 1 de abril de 1986.

Bastien, Joseph W. "Cross-cultural Communication between Doctors and Peasants in Bolivia." Social Science and Medicine, 24:1109-118, 1987.

Bastien, Joseph W. Healers of the Andes: Kallawaya Herbalists and Their Medicinal Plants. Salt Lake City: University of Utah Press, 1987.

Bastien, Joseph W. "A Shamanistic Curing Ritual of the Aymara: Roles of Traditional and Modern Practitioners in Conflict." XLVI Congreso Internacional de Americanistas, Amsterdam, 1988.

Bastien, Joseph W. "Use of Kallawaya Medicinal Plants." XLVI Congreso Internacional de Americanistas, Amsterdam, 1988.

Bastien, Joseph W. "Differences between Kallawaya-Andean and Greek-European Humoral Theory." Social Science and Medicine (en imprenta), 1988.

Bastien, Joseph W. "Community Health Workers in Bolivia." World Health Forum (en imprenta), 1988.

Bastien, J.W. y J. Donahue. "Health in the Andes." Publicación 12, Washington DC: Asociación Antropológica Norteamericana, 1981.

Berggren, G., W. Berggren y A. Verly, et al. "Traditional Midwives, Tetanus Immunization, and Infant Mortality in Rural Haiti." Tropical Doctor, abril de 1983, págs. 79-87.

Bhakoo, O. "Socio-epidemiological Study of Neonatal Tetanus." Indian Pediatrics, julio de 1976, págs. 545-52.

Brown, Judith. "Low Immunization Coverage in Yaounde, Cameroon: Finding the Problems." Medical Anthropology, 7:9-18, 1983.

Chen, P.C. "The Traditional Birth Attendant and Neonatal Tetanus: The Malaysian Experience." Journal of Tropical Pediatrics, diciembre de 1976, págs. 263-4.

Chen, L.C. "Primary Health Care in Developing Countries: Overcoming Operational, Technical and Social Barriers." Lancet, 29 de noviembre de 1986, págs. 1260-65.

Cliff, J. Neo-natal Tetanus in Maputo, Mozambique. Part 1: Hospital incidence and childbirth practices. Central African Journal of Medicine, 1:9-12, 1985.

Coreil, Jeannine. "Maternal Factors in the Use of Preventive Health Services in Haiti: A Qualitative Assessment of the Characteristics of Users and Non-Users of Immunizations." Washington DC: Academia Nacional de Ciencias, 1987.

Dibjosubroto, S. "Attitudes and Knowledge of the Parents of Neonates Admitted with Tetanus Neonatorum." Pediatrics-Indonesia, marzo de 1978, págs. 67-74.

Galazka, Arthur y George Stroh. "Neonatal Tetanus: Guidelines on the Community-Based Survey on Neonatal Tetanus Mortality." Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1986.

González, Wilma, Alberto Nogales y Carlos Mercado. "Tétanos Neonatal: Experiencia con Megadosis de 'Diazepan'." Manuscrito: Santa Cruz, 1988.

Gordon, J. "Midwifery Practices in Rural Punjab, India." American Journal of Obstetrics and Gynecology. 93:734-42, 1965.

Hamid, E. "Tetanus Neonatorum in Babies Delivered by Traditional Birth Attendants in Medan, Indonesia." Pediatrics Indonesia. Septiembre de 1985, págs. 167-174.

Heggenhougen, Kris y John Clements. "Acceptability of Childhood Immunization: Social Science Perspective." Londres: Evaluation and Planning Centre for Health Care, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1987.

Ibañez, Benevente. "Un caso de tétanos, rareza patológica en el Altiplano." Medicina y Cirugía, 4:631-2, 1928.

IMRB. "Immunization: Summary Report on Knowledge, Attitudes and Practices - Mothers." Delhi: Indian Market Research Bureau, 1987.

Islam, M.S. et al. "Birth Care Practice and Neonatal Tetanus in a Rural Area of Bangladesh." Journal of Tropical Pediatrics, 1982, 96:299-302.

Lindenbaum, Shirley. Kuru Sorcery: Disease and Danger in the New Guinea Highlands. Mountain View California: Mayfield Publishers, 1979.

Marcos de Silveira, Claudio y Percy Halkyer. Informe sobre el control de tétanos neonatal en Bolivia. La Paz, 1988.

Montaño Cuéllar, Dolly. "Estudio descriptivo sobre tétanos neonatal durante el período 1980 a 1984 en el servicio de infecciosas." Montero: Hospital de Niños, 1985.

Muñoz Reyes, Jorge. Geografía de Bolivia. La Paz: Academia Nacional de Ciencias de Bolivia, 1977.

Nichter, Mark. Vaccinations in South Asia: False Expectations and Commanding Metaphors. Borrador de trabajo. Tucson: Universidad de Arizona.

Pederneiras, M. "Umbilical Tetanus in Brazil." Lancet, 29 de mayo de 1971, pág. 1134.

PID. Project Identification Document: "Community and Child Health Project (511-0594)." Gobierno de Bolivia y USAID, La Paz, 1988.

Pillsbury, Bárbara. "Behavioral Aspects of Child Survival: Immunization." Manuscrito en borrador, 1988.

Rahman, M. "Use of Tetanus Toxoid for the Prevention of Neonatal Tetanus. Immunization Acceptance Among Pregnant Women in Rural Bangladesh." Bulletin WHO 60: 269-77, 1982.

Robbins, Katy "Undoing the Curse of Neo-Natal Tetanus." Child Survival Action News, 1988, 9:2-3.

Sweetser, Anne. "Beliefs and Behaviors Relevant to Tetanus Immunization Programs in non-Western Countries." Newton, Mass.: Educational Development Center, 1988.

Torrico Espinoza, Gloria. Incidencia de Pacientes con Tétanos Neonatal en el año 1985, Montero: Hospital de Niños, 1987.

Velasco, Oscar. "Concept of Ajayu and Diseases in Bolivia." XLV Congreso Internacional de Americanistas, Bogotá, 1985.

Velasco, Oscar y J. Bastien. "Andean Body Concepts and Nutrition." Reuniones de la Asociación Antropológica Norteamericana, Filadelfia, 1986.

Williams, C. "Witch Doctors." Pediatrics 46, 1970, 3:448-55.

WHO/EPI (OMS/PAI). "Phase 1: Development and Field Testing of Anthropologically Based Methods for Assessing the Acceptability of Immunization." Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1988.

Woodruff, A. "Neonatal Tetanus: Mode of Infections, Prevalence, and Prevention in Southern Sudan." Lancet, 18 de febrero de 1984, págs. 378-9.

APENDICE 2

LUGARES VISITADOS Y PERSONAS ENTREVISTADAS

La Paz:

1. Dr. María Teresa Paz, MPSSP, Subsecretaria.
2. Dr. Jorge Mariscal, MPSSP, Director Epidemiología.
3. Lic. Ronald Lagrava, MPSSP, Director Planificación.
4. Sr. Víctor Sillerico, MPSSP, Sección Estadística.
5. Dr. Alberto de la Galvez, US, Maternoinfantil.
6. Dr. Roxana de la Vega, Dir. de Infecto-contagioso y Catedrática.
7. Sr. Michael Hacker, USAID, Salud y Recursos Humanos.
8. Sr. Paul Hartenberger, USAID, Salud y Recursos Humanos.
9. Dr. Temístocles Sánchez, OPS.
10. Lic. Nazario Tirado, UNICEF.
11. Dr. Airton Fishmann, OPS, Consultor.
12. Lic. Wally Chastain, Director del Proyecto Concern-Bolivia.
13. Lic. Emil Steinkrauss, Consultor.
14. Sr. Mario Salcedo, Herbolario Kallawaya en La Paz.
15. Sr. Néstor Llaves, Herbolario Kallawaya en La Paz.
16. Sr. Ramón Quispe, Herbolario Kallawaya en La Paz.
17. Representantes de la OPS, UNICEF, USAID, el Programa de Coordinación en Supervivencia Infantil, Club Rotario y MPSSP; Reunión del Comité de Coordinación Interagencial (dos reuniones).

Departamento de Oruro:

1. Dr. David Choque, US, Director, Oruro.
2. Dr. Jorge Cuiza, US, Epidemiología, Oruro.
3. Lic. Nilda de Gutiérrez, US, Epidemiología, Oruro.
4. Dr. Ponciano Jiménez, US, Director de área, Oruro.

5. Dr. Walter Humacayo, US, Jefe Maternoinfantil, Oruro.

6. Lic. Griselda de Bellot, Directora, Project Concern, Oruro.

7. Dr. David Morales, Médico, Clínica San Pío Décimo, Oruro.

8. Sra. Yolanda Fernández, Enfermera Auxiliar, La Joya.

9. Sr. Maclobio Mamani, Técnico, CARE, La Joya.

10. Sra. Antonia Gómez, Curandera, La Joya.

11. Sra. Alejandrina Mamani, Enfermera Auxiliar, Choquecota.

12. Miembros del Club de Madres, Choquecota.

13. Lic. Mario Fernández, Maestro, Choquecota.

14. Sr. Hilarion Condori, Partero Tradicional, Choquecota.

15. Sr. Norberto Mamani, Enfermero Auxiliar, Culta.

16. Miembros del Club de Madres, Culta.

17. Sr. Celestino Lara, Enfermero Auxiliar, Zora Zora.

18. Miembros del Club de Madres, Zora Zora.

19. Informante no identificado, Zora Zora.

20. Enfermera Auxiliar, Totora.

21. Registro Civil, Totora.

22. Curandero, Totora.

23. Sr. Olimpio Choque, curandero, Calasaya.

Departamento de Cochabamba:

1. Dr. Alfonso Arzabe, US, Director, Cochabamba.

2. Dr. Martha Montecinos, Directora, Escuela de Salud Pública.

3. Dr. Alberto Corrales, Director, Centro de Salud, Cochabamba.

4. Dr. Walter Salinas, Director, Maternológico, Cochabamba.

5. Lic. Jorge Silva, US, Técnico-epidemiólogo, Cochabamba.

6. Dr. Roberto Agudo, US, Médico-epidemiólogo, Cochabamba.

7. Dr. Antonio Quiroga, Médico, Hospital México, Cochabamba.

8. Dr. Guido Ballesteros, Médico, Hospital México, Cochabamba.

9. Sra. María D'maman, US, Educadora, Cochabamba.

10. Dr. Joaquín Villarroel, Médico, Cocapata.

11. Sra. Matilda Roja, Partera Tradicional, Cocapata.

12. Sra. Asunta Siles, Partera Tradicional, Cocapata.

13. Sra. Mikias Calle, Partera Tradicional, Cocapata.

14. Sra. María de Pérez, Presidenta, Club de Madres, Tres Estrellas.

15. Sra. Antonia Zapata, Enfermera Auxiliar, Choro.

16. Sra. Laboria Cuentas, Madre, Vizcaíno.

17. Dr. Raúl Maldonado, Médico, Capinota.

18. Lic. Bernardo Rocabado, Director de Centro de Promoción Campesina, Capinota.

19. Sra. Marta Soto, Enfermera Auxiliar, Club de Madres, Capinota.

20. Miembros del Club de Madres, Capinota.

21. Miembros del Club de Madres, Cooperativa.

22. Miembros del Club de Madres, Buen Retiro.

23. Miembros del Club de Madres, Sarcobamba.

24. Miembros del Club de Madres, Sarcopucho.

25. Maestros de la Escuela de Sarcobamba.

26. Sra. Ernestina Cutipa, Madre, Cooperativa.

27. Sra. Bertha Lázaro, Madre, Capinota.

28. Sra. Julieta Zanqa, Enfermera Auxiliar, Buen Retiro.

29. Sra. Zanqa, Partera Tradicional, Buen Retiro.

30. Sr. Malcovio Paco, Curandero, Arque.

31. Padre Julio César Aguilar, Pastor, Capinota.

32. Técnicos de Vacunación, Maryknoll, Capinota.

Vallegrande y Distrito 3 de Santa Cruz:

1. Sr. Corona Heim, Enfermero, Hospital en Comarapa.
2. Médico, Hospital en Comarapa.
3. Sr. Próspero Aranivar, Notario, Comarapa.
4. Dr. Anuncio Talamaz, Director de Hospital, Vallegrande.
5. Padre Rene Haem, Sacerdote de Parroquia, Vallegrande.
6. Lic. Pastor Aguilar, Veterinario, Escritor, Vallegrande.
7. Sra. Mirea Carrasco, Enfermera Auxiliar, Vallegrande.
8. Sr. Juan Vivancia, Curandero, Vallegrande.
9. Lic. Adelaida de Ovales, Enfermera, Vallegrande.
10. Sra. Flora Godoy, Enfermera Auxiliar, Vallegrande.
11. Sra. Lola, Curandera, Trigal.
12. Sra. Melchora Osinaga, Curandera, Trigal.
13. Conjunto vecinal, Trigal.

Santa Cruz y Montero:

1. Dr. Ronald Rivero, Director, US, Santa Cruz.
2. Dr. Luis Núñez, Epidemiología US, Santa Cruz.
3. Dr. Christian Darras, Planificación US, Santa Cruz.
4. Dra. Gladys Roca, Jefa de Maternoinfantil US, Santa Cruz.
5. Dr. Luis Santa Cruz, Médico, Prosalud, Santa Cruz.
6. Dr. José Zambrana, Presidente, Sociedad Pediatría, Santa Cruz.
7. Dr. Ruben Poma, Productor de televisión, Antropólogo, Santa Cruz.
8. Dr. Aguilés Gómez, Investigador médico, Santa Cruz.
9. Dra. Nora Siles, Directora de Planificación US, Santa Cruz.
10. Dr. Dardo Chávez, Centro de Salud, Montero.
11. Dr. Alfonso Sánchez, C. Medicina Preventiva, Montero.

12. Dr. Clever Morón, Pediatra, Hospital de Niños, Montero.

13. Dra. Gloria Torrico, Pediatra, Hospital de Niños, Montero.

14. Lic. Juana Zeballos, Directora de PSC y enfermeras, Montero.

15. Sr. Juan Ramos, Curandero, Montero.

16. Sra. Catalina Araúz, Curandera, Montero.

17. Sr. Víctor Rojas, Curandero, Montero.

18. Sra. Carmen Hurtado, Curandera, Montero.

19. Sra. Ernestina Vargas, Madre de víctima del TN, Montero.

20. Sr. Pedro Simore, Estadística de Salud, Montero.

21. Dra. Dolly Montaño, Investigador de TN, Montero.

22. Dr. Renato Amonzabel, Médico, Hospital, Jorachito.

23. Sr. Germán González, Enfermero Auxiliar, Jorachito.

APENDICE 3

Incidencia del TN en el Hospital Dermatológico de Jorachito, Santa Cruz.

Año	Incidencia
1983	7
1984	5
1985	6
1986	8
1987	13

Fuente: Perfecta Aldana, Sección Estadística, Santa Cruz.

APENDICE 4

Cuestionario sobre el tétanos

1. ¿A que llaman tétanos en su comunidad?

2. ¿Cuáles son los síntomas del tétanos?

3. ¿Cómo tratan el tétanos los curanderos tradicionales?

4. ¿Cuáles son algunos rituales utilizados para tratar el tétanos?

5. ¿Qué ocasiona el tétanos?

6. ¿Cómo puede evitarse el tétanos?

7. ¿Cuántas vacunas se necesitan para evitar el tétanos?

8. ¿Dónde puede usted recibir estas vacunas para el tétanos?

9. ¿Cuáles son algunas razones por las que la gente se niega a recibir las vacunas?

10. ¿Cuáles son algunas razones por las que la gente desea vacunarse?

11. ¿Cómo puede la gente evitar las enfermedades?

12. Dé un ejemplo para los miembros de su comunidad a fin de motivarlos a vacunarse.

13. Díganos una historieta o leyenda que demuestre la importancia de vacunarse contra el tétanos.

14. ¿Cómo puede mejorarse el acceso a las vacunas?

15. ¿Cuáles son las reacciones al TT?

16. ¿Se niegan las madres a hablar acerca de las enfermedades y las muertes de sus niños?

17. ¿A través de qué asociaciones o clubes pueden las madres recibir formación acerca del TT?

18. ¿Cuáles son algunas creencias contra las vacunas con TT?

19. ¿Cuáles son algunas creencias a favor de las vacunas con TT?

20. En su comunidad, ¿qué clases o grupos de personas reciben rara vez las vacunas?

21. En su comunidad, ¿qué clases de grupos o personas apoyan con mayor frecuencia las campañas de vacunación?

22. ¿Cómo le tratan a usted los vacunadores?

23. ¿Qué estrategia sugiere usted para llegar y vacunar a más personas?

24. (Para el investigador) ¿Qué impresiones tiene usted acerca de los conceptos, símbolos, estrategias, patrones cognoscitivos y folclore que pudieran utilizarse para motivar a las personas a recibir el TT?

25. Si se tratan algunos casos de TN, incluya detalles de estos casos.

26. (Para el investigador) ¿Qué conclusiones saca usted de las respuestas de los informantes?

Preguntas adicionales para la madre

1. ¿Nació vivo su bebé y se desarrolló bien durante las dos primeras semanas?

2. ¿Chupó el bebé el pecho durante este período de tiempo?

3. ¿Dejó de chupar el bebé del pecho o tuvo problemas en amamantarse dentro de los 15 días después del nacimiento?

4. ¿Tuvo su bebé una boca rígida o una sonrisa permanente?

5. ¿Sufrió su bebé convulsiones?

6. ¿Qué razones dio la madre para la muerte del niño?

7. ¿Cómo cortaron el cordón umbilical del bebé?

8. ¿Colocaron algo sobre el cordón umbilical después de cortarlo?