

PRÁCTICAS ALTERNATIVAS DE CUIDADO PARA ASMA, POR PADRES DE NIÑOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE CARTAGENA

PRACTICAL ALTERNATIVE CARE FOR ASTHMA, FOR PARENTS OF CHILDREN TREATED AT A HOSPITAL IN CARTAGENA

Irma Yolanda Castillo Ávila*, Zuleima Cogollo Milanés*, Liliana Adies Meza**, Lina Campo Montero**, Ilse Galvis Mendoza**, Darwin Pérez Cera**, Catis Vanegas Tafur** y Katerine Tuñón Reyes**

RESUMEN

Objetivos: Caracterizar las prácticas alternativas de cuidado que realizan los padres de niños asmáticos lactantes y preescolares atendidos en una institución hospitalaria de Cartagena. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo. La población fue de 354 padres de niños asmáticos lactantes y preescolares residentes en Cartagena, que asistieron a consulta o acompañaban durante la hospitalización. Se estimó un tamaño de muestra de 214 cuidadores; se realizó un muestreo aleatorio simple. Para la recolección de información se aplicó la ficha técnica de investigación de campo test AIEPI No 2, previo consentimiento informado. Se utilizó el programa Microsoft Excel para el análisis descriptivo de datos. **Resultados:** Participaron 205 padres de niños asmáticos. Para la tos y los silbidos la práctica alternativa biológica más utilizada (23.0%) fue la combinación de cebolla, ajo, sábila, y edulcorantes; para la disnea, la combinación de eucalipto, panela y edulcorantes (20.0%). El principal motivo para utilizar prácticas alternativas fue la recomendación de abuelas (33.5 %). **Conclusión:** La mayoría de los padres de este estudio realizan prácticas alternativas biológicas, complementarias a los tratamientos médicos convencionales. Las sustancias más usadas son cebolla, ajo, sábila, eucalipto y panela. (DUAZARY 2012 No. 1, 15 - 24)

Palabras clave: Asma; niño; lactante; preescolar; cuidado del niño (Fuente: DeCs).

ABSTRACT

To evaluate alternative practices of care by parents of infants and preschool children with asthma treated at a hospital in Cartagena. Descriptive study. 354 parents of infant and child preschool with asthma living in Cartagena, attending or accompanying consultation during hospitalization was population. A sample size of 214 caregivers was considered. For data collection sheet field research test IMCI No 2, prior informed consent was applied. We used Microsoft Excel for descriptive analysis of data. 205 parents of asthmatic children were participants. The most widely used biological alternative practice (23.0%) was the combination of onion, garlic, aloe, and sweeteners for coughing and wheezing, the combination of

*Enfermera, maestra en Salud Pública, profesora titular, Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena. Grupo cuidado a la salud de los colectivos, Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena. Email: icastillo@unicartagena.edu.co.

**Enfermera, Maestra en Salud Pública, profesora auxiliar, Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena. Grupo, cuidado a la salud de los colectivos, Facultad de Enfermería Universidad de Cartagena. Email: zcogollom@unicartagena.edu.co.

**Estudiantes del Programa de Enfermería, Universidad de Cartagena.

eucalyptus, brown sugar and sweeteners for dyspnea (20.0%). The main reason for using alternative practices was the grandmother's recommendations (33.5%). Most parents in this study conducted biological alternative practices, complementary to conventional medical treatments. The substances more used are onion, garlic, aloe, eucalyptus and sugar.

Keywords: Asthma, child, infant, child, preschool, child care. Fuente: DeCs.

INTRODUCCIÓN

El asma es una de las enfermedades crónicas más frecuente en niños y consecuentemente uno de los problemas médicos mundiales más importantes. En el mundo se reporta un incremento en el número de pacientes asmáticos en las últimas décadas, con cifras que alcanzan un 38% y una mortalidad que aumenta cada día más, acompañada de un desconocimiento preciso de sus causas. Este fenómeno puede ser explicado por la mala o no utilización de medicamentos, especialmente los anti-inflamatorios, retraso en la consulta, el diagnóstico y la no apreciación de la severidad del cuadro por parte de los médicos⁽¹⁾.

En Colombia, un estudio sobre prevalencia de enfermedades alérgicas realizado por Dennis R y col. en seis ciudades, demostró que la prevalencia del asma en la edad preescolar es de 20.3%⁽²⁾. Otro estudio realizado por Arévalo M y col. en Cali sobre asma y rinitis alérgicas en preescolares informó una prevalencia de 20.6%⁽³⁾. En Cartagena la prevalencia de asma en niños es de 8.8%, alcanzando hasta un 15%, de acuerdo con los reportes del hospital infantil de la ciudad donde acuden la mayor parte de los niños asmáticos⁽⁴⁾.

El asma, por la severidad y complejidad de su tratamiento en los niños, a menudo frustra a los padres, quienes por desesperación, recurren a tratamientos alternativos, como dietas, hierbas y medicina china⁽⁵⁾. Probablemente, la hierba medicinal mas conocida contra el asma es la mao huang o efedra, la fuente original de la efedrina o pseudoefedrina. Los chinos la han utilizado durante 5.000 años para el alivio transitorio de las crisis asmáticas, por sus efectos broncodilatadores son de corta duración. Otro pilar del tratamiento chino con hierbas es la escutelaria china, que tiene propiedades antiinflamatorias similares al cromoglicato, angélica (donq quai), que relaja el broncospasmo y reduce la reactividad a alérgenos. Así mismo, es usada la raíz de regaliz, antiinflamatorio similar a los corticoides⁽⁶⁾.

Un estudio chino realizado por Kong X, mostró que la hierba conocida como shuang huang lía, que se administra por vía endovenosa, fue efectiva para tratar lactantes con broncoespasmos por bronquiolitis⁽⁷⁾. De igual modo, algunos estudios realizados por Pabón H y colaboradores en Estados Unidos, indican que las infusiones endovenosas de magnesio (entre 300 mg y 2 g según el peso del paciente) pueden ayudar en emergencias pediátricas por asma⁽⁸⁾.

Una planta que se usa como medida de apoyo en el tratamiento del asma es el té verde. Esta es rica en teofilina, sustancia natural con acción broncodilatadora que forma parte de muchos medicamentos sintéticos empleados en el tratamiento del asma⁽⁹⁾. Así mismo, se conoce que la cafeína previene ataques moderados de esta afección respiratoria. Estudios realizados en EE. UU. e Italia por Schwarz J y Pagano R, mostraron que beber café mejora la función "ventilatoria" en el ejercicio de broncoconstricción inducida, vigilando que la ingesta no cause un sobreestímulo en individuos que puedan ser susceptibles^(10, 11).

Una de las prácticas utilizadas para el tratamiento del asma bronquial es la acupuntura, reconocida desde 1979 por la Organización Mundial de la Salud dados sus efectos positivos en enfermedades como sinusitis, amigdalitis y rinitis, tanto agudas como crónicas, al igual que en asma bronquial. Esta práctica cuenta con ensayos clínicos que validan su aplicación, aportando así la evidencia que tanto se demanda de las terapias alternativas o no convencionales⁽¹²⁾.

Como el interés por estas modalidades y su práctica es cada vez mayor, los clínicos harían bien en estar informados sobre ellas, sus efectos colaterales y sus posibles beneficios. En Colombia y en la ciudad de Cartagena no se encontraron estudios sobre las prácticas alternativas utilizadas por los padres de niños asmáticos. De igual forma, se desconocen los factores motivadores para su uso y la frecuencia de uso de las mismas.

Este estudio pretendió caracterizar las prácticas de cuidado alternativas realizadas por los padres y cuidadores de niños asmáticos lactantes y de preescolares atendidos en una institución hospitalaria de Cartagena.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo. La población estuvo constituida por 354 padres residentes en Cartagena que asistían con sus niños asmáticos lactantes o preescolares a consulta, o que los acompañaron durante la hospitalización en un hospital infantil de la ciudad de Cartagena durante el periodo de enero a junio del 2008. Se estimó un tamaño de muestra de 214 padres de niños asmáticos; tomando una prevalencia de 15%, un nivel de confianza de 95%, y precisión de 3%. Se realizó un muestreo aleatorio simple.

Para la recolección de la información se aplicó la ficha técnica de investigación de campo test AIEPI N° 2 comunidad. Con los datos obtenidos se realizó un análisis descriptivo, en el cual se calcularon frecuencias y porcentajes a las variables categóricas, y promedios y desviación estándar a las variables cuantitativas. Se estimaron intervalos de confianza del 95% cuando estuvo indicado.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Cartagena. Los representantes legales de los menores de edad firmaron consentimiento informado. Se siguieron las normas colombianas para la investigación en salud de acuerdo con lo establecido en la Resolución 008430 de 1993, y se protegió la privacidad de los individuos sujetos de investigación ⁽¹³⁾.

RESULTADOS

Un total de 205 personas respondieron completamente la encuesta. El 95% de los cuidadores pertenecían al estrato 1. En cuanto a la afiliación al régimen de seguridad social en salud el 89% de la población encuestada se encontraba afiliada al régimen subsidiado, mientras que 11% estaban vinculados al régimen contributivo. En general las familias eran de ingresos inferiores a un salario mínimo (60%) (ver Tabla. 1).

- Conocimiento de los padres sobre síntomas del asma. Con relación a los síntomas del asma, el 90% manifestó conocer los síntomas, mientras que un 10%

dijo desconocerlos, expresando confusión con otras enfermedades como neumonía y bronquiolitis, entre otras enfermedades del sistema respiratorio.

- Prácticas alternativas para cada síntoma. Las actividades realizadas por los cuidadores de los niños asmáticos de acuerdo con el síntoma fueron: El 51% utilizaba para controlar la tos tratamientos farmacológicos, combinados con prácticas alternativas biológicas (remedios caseros); mientras que el 46% utilizaba solo prácticas biológicas (ver Tabla 2).

Para la disnea, el 32% de los cuidadores de niños asmáticos administraba tratamiento farmacológico además de prácticas biológicas (remedios caseros), y el 23% utilizaba solo prácticas biológicas. Para la sibilancias el 31% de los cuidadores optaba por trasladar al niño a la institución de salud; un 20% suministraba tratamiento farmacológico y prácticas biológicas, y el 11% utilizaba solo prácticas biológicas (ver Tablas 3 y 4).

- Frecuencia de uso de las prácticas alternativas biológicas. Se encontró que quienes manejaban esquemas de dosificación de acuerdo con el síntoma solo los administraban cuando los niños se encontraban enfermos. Para la tos un 55% de los cuidadores encuestados, con una frecuencia de tres veces al día, utilizaban las siguientes prácticas: 23% la combinación de cebolla, ajo, sábila, edulcorantes y otros; 16% la fusión eucalipto, panela, edulcorante, y otros; 5% orégano, ajo, edulcorante y otros; y un 3% anamú, panela, edulcorante y otros (ver Tabla 5).

Para la disnea el 35% de los cuidadores utilizaban, con una frecuencia de tres veces al día, las siguientes prácticas biológicas; 20% eucalipto, panela, edulcorante y otros; 15% cebolla, ajo, sábila, edulcorantes y otros; 10% anamú, panela, edulcorante y otros; y 10% orégano, ajo, edulcorante y otros (ver Tabla 5).

Para los silbidos un 25% de los padres encuestados utilizaban las siguientes prácticas biológicas con una frecuencia de tres veces al día: 23% cebolla, ajo, sábila, edulcorantes y otros; 9% anamú, panela, edulcorante y otros; 19% eucalipto, panela, edulcorante y otros; y 4% extracto de totumo, panela y otros (ver Tabla 5).

Aunque expresaron que las prácticas eran ejercidas principalmente cuando los niños estaban enfermos; se encontró que algunos padres las utilizaban para prevenir

la aparición de síntomas, administrándolas tres veces al día: 1.5% utilizaba hierba santa, anís, panela y rábano, y 1% eucalipto, panela edulcorante y otros.

- **Motivos para el uso de prácticas alternativas.**
Al indagar sobre los motivos que los conllevaron al uso de las prácticas alternativas se encontró que en 33.5% utiliza las practicas biológicas por recomendación de la abuela, 30.5% considera que obtienen mejoría, 10% por su economía, 2% porque el tratamiento médico es muy largo y, finalmente, 1.5% manifestó que el tratamiento médico no funciona (ver Tabla 6).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que un 100% de los padres o acudientes de los niños asmáticos utilizan prácticas alternativas biológicas para el alivio de los síntomas y un 35% para prevenir los síntomas como disnea, tos y silbilancias; superior a lo reportado por Sidora-Arcoleo K (el 38% de los padres utilizan prácticas alternativas biológicas para lograr el control de los síntomas) ⁽¹⁴⁾.

En este estudio se encontró que las prácticas biológicas son utilizadas solas o en combinación con los tratamientos farmacológicos para el alivio de los síntomas. Datos similares observó Ernst E. ⁽¹⁵⁾. El uso de prácticas alternativas biológicas en el asma guarda relación con la cronicidad de la enfermedad y la poca mejoría que los padres o cuidadores de los niños observan con el tratamiento médico convencional, que los induce a utilizar medidas diferentes a las recomendadas por los clínicos ⁽⁵⁾.

En cuanto al estrato socioeconómico, las familias de este estudio en su mayoría (95%) pertenecían al estrato 1, prevalencia mayor a la reportada por Sidora Arcoleo K (45% a estrato 1) ⁽¹³⁾. Respecto al componente educativo, el 23% de los padres de este estudio cursó básica secundaria; estudios similares encontraron que 14% de los padres tuvo una educación inferior al nivel secundario ⁽¹³⁾. La utilización de prácticas alternativas guarda relación con los bajos niveles socioeconómicos y de escolaridad de los padres, encontrándose una mayor utilización de estas prácticas en padres que poseen estas características sociodemográficas ⁽¹³⁾.

En lo referente al ejercicio de las prácticas, un 10% administraba orégano con miel de abejas y limón para la disnea, superior a lo reportado por Gutiérrez y Echevarría

(2%). Así mismo, el eucalipto es administrado para la tos en un 16%, superior a lo encontrado por Gutiérrez (1%) ⁽¹⁶⁾. Respecto a la frecuencia de uso de las prácticas alternativas, no hay estudios que informen sobre ella. Estudios sobre prácticas alternativas similares, describen solo el número de personas que utilizan dicha práctica; sin especificar la frecuencia, forma de administración y síntomas específicos para su uso.

La utilización de las prácticas alternativas o complementarias es más frecuente en personas que padecen enfermedades crónicas y que no mejoran con el tratamiento farmacológico convencional. El principal motivo que por lo general conlleva a la utilización de dichas prácticas es la recomendación de personas ajenas al equipo de salud, es decir, familiares del paciente o de los cuidadores que inducen a estos al uso de tratamientos alternativos con argumentos a favor de la medicina natural y demás practicas, indisponiendo el tratamiento medico convencional y exaltando la rápida mejoría y efectividad que se logra con su uso ⁽¹⁷⁾.

Es importante entonces que el profesional de enfermería aborde el cuidado desde lo transcultural, pues lograría una combinación de conocimientos propios de la disciplina con las características culturales de los pacientes y la sociedad de donde provienen, así como las prácticas de cuidado dirigidos a la curación, prevención y promoción de la salud desde la visión émica de las comunidades, con el fin de adaptarlas a las prácticas de cuidado que provea el profesional de enfermería para mejorar la adherencia a los tratamientos convencionales y la modificación de algunos comportamientos que podrían resultar riesgosos ⁽¹⁷⁾.

Las limitaciones del presente estudio hacen referencia al tipo de diseño descriptivo, que no permite explorar o establecer asociaciones de causalidad entre las variables estudiadas.

En conclusión, la mayoría de los padres pertenecientes a este estudio realizan prácticas alternativas biológicas complementarias a los tratamientos médicos convencionales. Los principales motivos que los con lleva a la utilización de las prácticas son la influencia de la abuela materna o paterna, tratamiento médico muy largo, y pocos recursos económicos; lo cual podría estar relacionado con los ingresos socioeconómicos bajos y la cronicidad de la enfermedad.

Se recomienda realizar estudios analíticos fitoterapéuticos

y bioquímicos por parte de otras disciplinas de la salud para verificar la seguridad de las practicas alternativas biológicas que aun no se han estudiado. Son pocos los estudios que informan acerca del uso de las prácticas alternativas en asma en los ámbitos mundial, nacional y local.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen muy especialmente a las pacientes que hicieron parte de este estudio, a los directivos del CAP de la Esperanza por haber permitido realizar el estudio en sus instalaciones, al personal de salud de este centro de atención primaria por brindarnos su apoyo y colaboración. Un agradecimiento muy especial al Dr. Orlando Borré Arieta por sus aportes científicos e imagenológicos, al Dr. Jorge Torres, médico general de la Universidad de Cartagena por sus aportes científicos y económicos. A las personas que patrocinaron este estudio, Ketty Peña Benitez, Claritza Benitez Nuñez y Jaime Peña Cardeño, gracias por brindarnos su apoyo incondicional y por creer en nuestros conocimientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Londoño D, Solarte I, Dennis R, et al ¿Is an asthma education program const beneficuous in decreasing hospitalization and emergency utilization in adult patients with moderate or severe chronic astma? Rev. Colom. de Neumol. 1999; 11: 28-33.
2. Barrio G. Corticoides inhalados en el asma del niño pequeño ¿Podríamos modificar la evolución del asma? Evid. Pediatr. 2006; 2: 41.
3. Dennis R, Caraballo L, García E, et. al. Prevalencia de asma y otras enfermedades alérgicas en Colombia. Resultados preliminares en Santa Fe de Bogotá. Rev. Colomb. Neumol. 1999; 11: 13-23.
4. Arévalo M, Reyes M, Victoria L, Villegas A, Badiel M, Herrera S. Asma y rinitis alérgica en pre-escolares en Cali. Colomb. Med. 2003; 34: 4-8.
5. Ballesteros R, Buternut D. Asthma, a chronic but curable disease .Pediatrics in review 2006; 17: 208-210.
6. Kong X- T, Fang HT, Jiang GQ et al. Treatment of acute bronchiolitis with Chinese herbs. Arch dis child 1993; 68: 468-471.
7. Pabon H, Monem G, Kissoon N, Safety and efficacy of magnesium sulfate infusions in children with status asthmaticus. Ped emerg care 1994; 10: 200-203.
8. Ciarallo L, Sauer A, Shannon M. Clinical efficacy of intravenous magnesium in moderate to severe asthma; result of a randomized, placebo - controlled trial. Arch paediatric adolescent Med 1994; 148: 69.
9. Pagano R, Negri E, Decarli A. Coffee drinking and prevalence of bronchial asthma. Chest; 94: 386-389.
10. Schwarz J. caffeine intake and asthma symptoms. Ann epidemiology 1992; 2: 627-635.
11. Solórzano O; Dávila S; Fong Y. Efectividad de la acupuntura en niños con asma bronquial Rev. Cuba. Enferm. 2000; 16 (3): 145-8.
12. Resolución 008430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 1993.
13. Sidora K, Yoos L, McMullen A, Kitzman H. Complementary and Alternative Medicine Use in Children with Asthma: Prevalence and Sociodemographic Profile of users Journal of Asthma 2007 ; 44: 169-175.
14. Ernst E. Complementary / alternativa medicine for asthma. We do not know what we need to know. Chest 1999; 1: 115-116.
15. Gutiérrez R, Chavarría J, conocimientos y actitudes de los padres de niños asmáticos en relación al asma de Costa Rica Rev. Méd. Hosp. Nac. Niños 2000, 35: 112-118.
16. Berumen J, Gonzales S, Canseco C. Uso de tratamiento alternativo en enfermedades alérgicas, Rev. Alergia México 2007; 51 (2): 41- 44.
17. Duque C. Enfermería y cultura: espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivos. Revista de enfermería 2002; 5: 35-38.

ANEXOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los padres de niños con asma atendidos en un hospital infantil. Cartagena 2008

Característica	FA	%
Estrato		
Estrato I	195	95
Estrato II	10	5
Ingreso familiar		
Menos del mínimo	123	60
Mínimo	71	35
Más del mínimo	11	5
Afiliación en salud		
Afiliado	182	89
Vinculado	23	11

Fuente: Datos del estudio.

Tabla 2. Prácticas de cuidado realizadas por los padres de niños asmáticos para la tos. Cartagena 2008

Prácticas	Fa	%
Suministra el tratamiento farmacológico	4	2
Suministra remedios caseros	94	46
Pregunta a la vecina	1	0.5
Suministra tratamiento farmacológico más remedios caseros	105	51
Suministra remedio casero y le pregunta a la vecina	1	0.5
Total	205	100%

Tabla 3. Prácticas de cuidado realizadas por los padres de niños asmáticos para la disnea. Cartagena 2008

Prácticas	Fa	%
Suministra el tratamiento farmacológico	29	14
Suministra remedios caseros	47	23
Pregunta a la vecina	4	2
Lo traslada al centro asistencial	26	13
Suministra tratamiento farmacológico mas remedios caseros	66	32
Suministra el tratamiento farmacológico y lo traslada al centro asistencial	33	16
Total	205	100%

Tabla 4. Prácticas de cuidado realizadas por los padres de niños asmáticos para la sibilancias. Cartagena 2008

Prácticas	Fa	%
Suministra el tratamiento farmacológico	29	14
Suministra remedios caseros	22	11
Pregunta a la vecina	4	2
Lo traslada al centro asistencial	63	31
Suministra tratamiento farmacológico mas remedios caseros	41	20
Suministra el tratamiento farmacológico y lo traslada al centro asistencial	46	22

Tabla 5. Prácticas biológicas realizadas por los padres de niños con asma con frecuencia de administración diaria tres veces al día. Cartagena 2008

Prácticas biológicas	Síntoma		
	Tos (55%)	Disnea (33%)	Silbidos (25%)
Cebolla, ajo, sábila, edulcorantes y otros	23	15	23
Eucalipto, panela, edulcorantes y otros	16	20	19
Anamú, panela, edulcorantes y otros	9	10	9
Orégano, ajo, edulcorantes y otros	15	10	17
Extracto de totumo, panela y otros	6	7.5	4
Sábila, edulcorantes y anfipáticos	4	-	2
Mata andrea, limón, edulcorantes, mariamulata frita en aceite de órgano de copulación de la hembra del cerdo.	2	-	2
Cebolla, ajo, sábila, edulcorantes, otros Agua de verdolaga; indio encuerdo, panela, hierba santa, anís, estrellado, panela y rábano	1	-	4
Eucalipto, toronjil, albaca, cola de caballo, caraguala, panela, limón	1	4.5	4
Magagua, olivo, limoncillo, cáscara de mandarina y verbena	1	7.5	-
Eucalipto, toronjil, albaca, cola de caballo, caraguala, panela, limón, magagua, olivo, limoncillo, cáscara de mandarina y berbena	1	-	-
Lirio blanco	-	1.5	-
Espinaca y panela	-	1.5	-
Remolacha, azúcar, otros	-	1.5	-
Agua de verdolaga, indio encuerdo y panela	-	4.5	-
Hierba santa, anís, panela y rábano	3.5	6	6
Mata andrea, limón y edulcorante	1	1.5	2
Hierba santa, anís, rábano, eucalipto, panela, edulcorante y otros	1	-	-

Cebolla, ajo, sábila, edulcorantes, otros y lirio blanco		1.5	-
Cebolla, ajo, sábila, edulcorantes, otros	4	1.5	2
Orégano, ajo, edulcorante y otros, anamú panela	3	1.5	6
Eucalipto, panela, orégano, ajo, edulcorante y otros	4	-	-
Eucalipto, anamú, panela, edulcorante y otros	3.5	1.5	-
Maria mulata frita en aceite de órgano de copulación de la cerda		1.5	-
Orégano, ajo, edulcorante, extracto de totumo, eucalipto, toronjil, albaca, cola de caballo, caraguala, limón, agua de verdolaga, indio encuero y panela	1	1.5	-

Tabla 6. Motivos referidos por los padres de niños asmáticos para el uso de prácticas alternativas de cuidado. Cartagena 2008

Motivos	FA	%
Recomendado por la abuela	68	33.5
Tratamiento médico no funciona	3	1.5
Tratamiento médico muy largo	5	2
Considera que es efectivo	62	30.5
Falta de dinero	7	3.5
Económico	20	10
Recomendado por la abuela y efectivo	18	8.5
Efectivo y falta de dinero	3	1.5
Consideran que es efectivo y económico	17	8
Tratamiento médico muy largo y económico	2	1