

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONCEPTOS TRADICIONALES DEL SINDROME DIARREICO

(Análisis de las costumbres y tradiciones en una comunidad rural y una población urbana de Totonicapán. 1984)

TESIS

Presentada al Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

por

HAROLDO MARDOQUEO SON GARCIA

En el acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

CONTENIDO

INTRODUCCION

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

JUSTIFICACIONES

OBJETIVOS

REVISION BIBLIOGRAFICA

MATERIAL Y METODOS

PRESENTACION, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

RESUMEN

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

INTRODUCCION

Es extremadamente difícil referirse correctamente a nómeno tan importante como lo es el síndrome diarréico, do ésto debe enmarcarse entre los lineamientos de las tristes, especialmente cuando nos damos cuenta de la realidad analizamos las precarias formas de vida, los sacrificios y sufrimientos en que se desenvuelven para poder subsistir, humildes personas de las áreas rurales del altiplano de n "hermoso" país, quienes además de su extremada pobreza víctimas especiales de la ignorancia, el rechazo, la discriminación, la enfermedad y la muerte; pero que a pesar de todo, éstas personas muestran un marcado rechazo a los servicios de salud profesionales y utilizan los mas variados mientos caseros en base a sus creencias, costumbres y ciones, para "curar" a sus enfermos, especialmente si la medida presente es la diarrea.

Reconociendo la importancia de esta situación, se ha hecho necesaria la investigación profunda del fenómeno, cual el presente estudio ha sido realizado con el objetivo mundial de identificar y conocer a fondo, los aspectos cionales más utilizados específicamente en relación al síndrome diarréico en niños menores de 5 años, en una comunidad rural y una población urbana del departamento de Totonacapan, a través de una encuesta (directamente en cada una de 60 amas de casa en el área urbana y 23 amas de casa en área rural (en base a un muestreo estratificado), utilizando una boleta especial, elaborada específicamente para este estudio.

Espero que la lectura cuidadosa, así como la correcta interpretación del contenido de este trabajo de investigación

sea utilizada para hacer énfasis en la importancia y la necesidad imperante, de acercarnos cada día más a la gente pobre y necesitada de todas las comunidades rurales de Guatemala.

DEFINICION DEL PROBLEMA.

El problema que dio origen al presente estudio es, el desconocimiento de lo que la gente (amas de casa u otras personas que por su experiencia, son las encargadas del manejo y tratamiento de un niño con diarrea) sabe, hace y utiliza con respecto al síndrome diarréico y su tratamiento en niños menores de 5 años, según sus creencias, costumbres y tradiciones, en el área rural y urbana de Totonicapán.

ANALISIS.

Naturaleza del problema.

Durante toda la vida, las creencias, costumbres y tradiciones bien arraigadas de una sociedad, han constituido el factor fundamental que determina su conducta ante cualquier situación de la vida; este fenómeno que en el campo de la salud es tan significativo en nuestro país, constituye la naturaleza del problema; así mismo lo delimita, su trascendencia respecto al síndrome diarréico en la edad infantil, lo cual orientó éste estudio descriptivo, hacia la investigación de algunos aspectos antropológicos relacionados con el mencionado síndrome en menores de 5 años.

Importancia del problema.

Este problema es de relevante importancia pues constituye un factor determinante en el proceso de salud-enfermedad que se vive cada día en las comunidades rurales (y en algunos sectores del área urbana), en donde se hace difícil la

aceptación de un médico o los servicios de salud en lo que respecta a la atención y tratamiento de un niño menor de 5 años con diarrea.

Considero que se hace muy necesario el conocimiento - de la medicina tradicional, lo cual debe formar parte de todo diagnóstico de salud de una comunidad, para su adecuado aprovechamiento como guía para la introducción de la medicina moderna en su folklore y que ésto no aparezca como algo impuesto y autoritario que rompa y discrimine sus valores culturales y tradicionales.

JUSTIFICACIONES.

En términos generales, este estudio trata de conocer y analizar los conceptos tradicionales del síndrome diarréico y su tratamiento en niños menores de 5 años, de parte de las amas de casa (especialmente), víctimas de precarias condiciones de vida, ninguna o escasa educación sanitaria y muy bajos recursos económicos, las cuáles no buscan la ayuda de un médico y emprenden con sus conocimientos y tradiciones al respecto, su lucha contra la citada enfermedad.

Al referirme al síndrome diarréico, de ninguna manera pretendo investigar todos los aspectos del mismo, pues siendo un tema extremadamente grande, ningún investigador sería capaz de cubrir en toda una vida, la totalidad de sus elementos, tampoco pretendo conocer o evaluar los resultados clínicos de un tratamiento tradicional.

- 1- Constituye un hecho de muchísima importancia, que se realicen investigaciones con el propósito de conocer más de cerca, las creencias, costumbres y tradiciones con respecto a las diferentes enfermedades y su tratamiento (en nuestro caso, el síndrome diarréico en niños) en las diferentes regiones de nuestro país, para darle su verdadero valor, pues constituyen, probablemente el más grande obstáculo para el control adecuado de la morbi-mortalidad que ocasionan (especialmente la diarrea); además este fenómeno que se vive diariamente, está influenciado no por un simple empirismo (como se ha calificado) sino por una cultura muy grande como la Maya-Quiché, especialmente en el altiplano del país.
- 2- No existen en nuestro país, antecedentes de estudios simi

lares, enfocados al mismo problema (enfermedad).

- 3- El presente trabajo constituye una valiosa contribución a las diversas investigaciones efectuadas en nuestro país, para que pueda servir de alguna manera, en el desarrollo de los programas de salud dirigidos a estas áreas.

OBJETIVOS.

- 1- Conocer teóricamente lo que la gente (específicamente - amas de casa u otras personas con mayor experiencias al respecto), sabe, hace y utiliza según sus conceptos médicos tradicionales, en relación al síndrome diarréico y su tratamiento en niños menores de 5 años, en una comunidad rural y una población urbana de Totonicapán.
- 2- Identificar las diferencias de la medicina tradicional respecto a la diarrea, entre una comunidad rural y una población urbana.
- 3- Aportar un estudio de esta naturaleza, como contribución a las investigaciones en salud, efectuadas en nuestro país.
- 4- Colaborar en mínima parte con el Ministerio de Salud Pública, aportando datos que puedan servir de alguna manera, para orientar un programa de salud dirigido a estas áreas.
- 5- Determinar y analizar en base a los resultados obtenidos, la posible problemática determinante en los fracasos de los programas de salud dirigidos al control de la morbi-mortalidad ocasionada por el síndrome diarréico en niños menores de 5 años, en el área rural y urbana de Totonicapán.

REVISION BIBLIOGRAFICA.

En todas partes del mundo se utilizan curaciones y remedios basados en las tradiciones, creencias y costumbres, esta medicina tradicional se ha enseñado de padres a hijos, de generación en generación, durante cientos de años (23); en este proceso han jugado un papel muy importante las mujeres, quienes han sido siempre, curanderas, médicos sin licencia, enfermeras, farmacéuticas, comadronas, aprendiendo cada día más con la experiencia. (7)

En nuestra patria, el concepto de fondo en la medicina tradicional, es que el ser humano y el universo, por naturaleza mantienen un equilibrio en todos sus elementos intrínsecos y este equilibrio debe conservarse de cualquier manera para preservar la integridad y la salud. (7)

El fenómeno del rompimiento del equilibrio es producido generalmente por agentes externos al organismo como, alimentos, bebidas frías, astros, lluvia, aire, huracanes, calor, sustos, el destino, castigo de Dios, etc.; la base de los elementos principales del sistema de medicina tradicional, tiene un gran contenido religioso; todos los factores se unen y forman un fenómeno donde se mezclan e interpretan ideas religiosas, mágicas, científicas, costumbres y prácticas de una marcada raíz pre-hispánica, con influencias de ideas que trajeron los conquistadores españoles. (7)

Nuestro país tiene una hermosura geográfica inigualable, formado por sus montañas, volcanes, valles y ríos, de una vista incomparable, de modo que en cualquier lugar puede apreciarse un paisaje bello y caprichoso, pero sus verdades si se observan con cuidado y con un poco de atención, nos presentan

tan una realidad sumamente problemática, triste y lamentable, la cual fue desencadenada desde la venida de los españoles a Guatemala en 1524, donde la ciudad empezó a identificarse con la autoridad, la educación, la salud, la riqueza, el poder, creándose para estos grupos dominantes, "la civilización", pero el campo, área rural quedó en una categoría inferior y antagónica por contraposición, pues en él residían los dominados, los "ignorantes", los incivilizados, los que únicamente servían para el trabajo forzado durante toda su vida. (21)

Como reflejo de ésto, el proceso de salud-enfermedad se enmarcó como una gran contradicción, en un país que es rico y pobre a la vez, con una metrópoli como la ciudad capital, contrastando con muchas aldeas y caseríos extremadamente en la miseria, también con un premio Nóbel de literatura pero 78% de analfabetismo.

Toda esa gente marginada, enmarcada en la clase social a la que pertenece, tiene las grandes desventajas de la economía de subsistencia, la falta de recursos, la falta de educación, la falta de servicios de salud, ignorancia, abandono, hambre y por último, enfermedad y muerte. (21)

La falta de atención médica en las poblaciones rurales y marginales, continúa siendo un problema a pesar de los múltiples intentos de solución. Los programas tendientes a incrementar la atención médica rural, se apoyan en que el médico contribuye a resolver los problemas de salud y que la salud es la primera de las necesidades del hombre, pero de tanto repetirlo, ya no se cuestiona en absoluto.

Si partimos del principio de que en la población rural y las áreas marginadas hay enfermedad y muerte, debe haber un médico para que resuelva esos problemas; el principio es cierto pero las conclusiones son falsas, porque el médico no resuelve ni la enfermedad ni la muerte en la población en conjunto, sino solo aisladamente en un pequeño sector. (22)

Es importante señalar que uno de los problemas de salud que se observan en muchos lugares, es la dificultad que el médico tiene en la comunicación con los pacientes, especialmente en el área rural entre el sector indígena. Estas dificultades repercuten grandemente en cuanto a la confianza y comprensión de los fenómenos que se quieren investigar en un examen médico puesto que los nativos de toda el área rural de Guatemala, tienen una concepción diferente de los fenómenos y tienen una singular forma de referirse a los sucesos y le presentan signos y síntomas al médico, con los cuáles éste no está familiarizado; ésto es muy importante pues con mucha frecuencia el médico no le hace caso a esas referencias, que para el paciente dentro de su propio contexto cultural, son muy significativas. (10) El médico no le da mucha importancia a la voluntad de Dios y ésto constituye ya, una amenaza para la estructura religiosa y moral de los pacientes. (18)

No es raro enfrentarse con una singular y poco aceptable forma de referirse e interpretar los signos y síntomas de una enfermedad, como por ejemplo el hecho de que un paciente afirme que tiene calentura sólo del ombligo para abajo, (10) también el hecho de considerar que la mollera caída está ocasionada por algún factor mecánico, como la manipulación inadecuada del niño, produciendo cambios bruscos en la posición, especialmente su colocación en posición vertical antes de la edad conveniente para ello; además caídas o golpes bruscos, en ésto se basa también el tratamiento, haciendo regresar mecánicamente la mollera haciéndole presión con un dedo en el paladar o golpeándole la planta de los pies, teniendo al niño con la cabeza hacia abajo; (9) otro aspecto po-

co aceptable por el médico, es la clasificación de la sangre de una persona, como débil o fuerte. (1) Todo esto forma sólo una pequeña parte de toda una tradición médica, llena de creencias y costumbres tan especiales, como el hecho de que en estas comunidades les dan de mamar a los niños hasta los 2-3 años, (4) o definir el estómago como un lugar donde se aloja la comida, el aire que se respira, donde los niños son concebidos, donde se encuentran las tripas; en casi todos los niños de estas comunidades, se encuentran lombrices, lo cual es normal con tal que permanezcan sólo en el estómago, pues sólo es enfermedad cuando suben a la garganta, obligando al niño a vomitar. (1)

También esta llena de sorprendentes cualidades, como el hecho de que una madre puede identificar el llanto de su niño como llanto de hambre, de cólera, de dolor, aburrimiento, etc.; también es capaz de identificar el "ruido de tripas", - ocasionado por diferentes factores. (10)

Así, llena de sorpresas y contradicciones (para el médico) es la medicina tradicional en esta especial clase social - de la población Guatimalteca, en donde además existe un grave problema habitacional, que está representada por viviendas con servicios mínimos y condiciones sanitarias desfavorables, - en personas de bajo nivel socioeconómico, que constituyen un alto porcentaje de la población en las áreas rurales. (6) Uno de los problemas más graves en todas las poblaciones de nuestra patria, es el alto índice de la morbi-mortalidad ocasionada por el síndrome diarréico en niños menores de 5 años, que en los países subdesarrollados como el nuestro, tiene sinergismo en la desnutrición que afecta seriamente a la salud en general; ésto es lógico si consideramos que entre las comidas, el maíz tiene supremacía como alimento principal, con café y chile imprescindiblemente, en segundo plano las verduras, fri-

oles, hierbas y atoles; la carne se come muy esporádicamente sólo en días especiales y mucho más esporádicamente los huevos y los mariscos. (8) Los datos estadísticos señalan que en nuestro país, de cada 100 niños menores de 5 años, 80 padecen algún grado de desnutrición, más de la mitad de ellos padece hambre y es indiscutible que quienes más sufren esta situación, son los habitantes de las áreas rurales, quienes constituyen aproximadamente el 70% de la población total. (21) Por todo ésto, los padres de estos niños, están obligados a ofrecerle un tratamiento para la diarrea, con sólo únicamente sus propios conocimientos, creencias y tradiciones al respecto.

DEFINICION.

El síndrome diarréico en términos generales, según el concepto médico occidental, es el proceso en el cual están aumentadas en cantidad y frecuencia, las evacuaciones fecales, las que son de consistencia líquida o semilíquida, produciendo una pérdida anormal de líquidos corporales, por un trastorno de la motilidad y absorción intestinal, (13) (15) (16) La definición específica desde el punto de vista tradicional, no se conoce.

INCIDENCIA.

En Guatemala el síndrome diarréico causa morbimortalidad en un grado superior al de cualquier otro país latinoamericano, siendo su mayor incidencia en las áreas rurales. El predominio de la enfermedad es de los 6 meses a los 2 años, luego presenta un descenso progresivo al aumentar la edad. (16)

Casi 1400000 niños de 0-2 años en Centroamérica, tienen 2-3 episodios de diarrea al año. (15) La morbimortalidad atribuida a la diarrea es la característica patológica más notable de mesoamérica y América del sur, se limita esencialmente a niños menores de 5 años, en esta edad hay un 90% de defunciones por diarrea o sea 1 millón de defunciones anuales en América Latina. (16)

En el departamento de Totonicapán, Guatemala; la diarrea es la primera causa de mortalidad infantil. (dato obtenido en el archivo de la Jefatura de Área de Salud de Totonicapán).

En fin, la incidencia de éste problema refleja verdaderamente algo de trascendencia mucho mayor de lo que se cree si observamos que según la OMS, la cuarta parte de las camas disponibles en todos los hospitales del mundo, están ocupadas por pacientes con enfermedades causadas por la insalubridad del agua, especialmente la diarrea. (6)

Todo ésto sin tomar en cuenta las demás enfermedades que repercuten seriamente en esta población infantil, pues estadísticamente se conoce que en todo el mundo, en 1 minuto mueren 30 niños, en 1 hora mueren 2000 niños y 1 de cada 5 no llega a cumplir su quinto año de edad. (15)

ETIOLOGIA.

Las enfermedades diarréicas agudas, científicamente están causadas por toda una serie extensa de infecciones entericas como shigellosis, salmonellosis, bacilos E. Coli y enteropatógenos, pero sobre todo consisten en enfermedades no diferenciadas y sin agente infeccioso específico demostrable, que

se transmiten principalmente por la vía fecal-oral, determinando en gran porcentaje por la forma de evacuación y disposición de las excretas y otros hábitos de la población, además los alimentos por si sólos son capaces de producirla. (16)

Pero refiriéndonos a las creencias tradicionales de muchas comunidades de nuestro país, los factores desencadenantes o causantes de diarrea, son mucho más diversos.

Desde su niñez, los Quichés empiezan el aprendizaje de cómo calificar de calientes o fríos a la mayoría de factores que ocasionan el aparecimiento de una enfermedad, (14) para ellos el frío es siempre una amenaza o señal de enfermedad, ésto puede provenir del aire, la lluvia, el agua o los alimentos; (1) el cuerpo sano y normal de un Quiché, debe encontrarse en un estado de equilibrio entre lo caliente y lo frío y se mantiene este estado por medio del balanceo de las condiciones internas y externas, lo cual se pierde en caso de aparecer una enfermedad; la diarrea puede estar ocasionada por la ingestión de alimentos demasiado fríos o calientes y el cuerpo asume la cualidad caliente o fría de la enfermedad y la transfiere a la sangre. Se ha comprobado que estos conceptos existen entre los descendientes de los Quichés, Chortís y los mayas de Yucatán. (14)

La mollera caída se considera un factor desencadenante de la diarrea, con lo cual se invierte completamente el orden de aparecimiento de las manifestaciones clínicas al respecto. (9)

La diarrea está ocasionada por múltiples factores de acuerdo a las creencias y tradiciones en las diferentes regiones como lo demuestran los siguientes datos: En Costa Rica la diarrea es debida a la ingestión de un alimento de difícil di-

gestión, en Perú es debida al mal de ojo, maleficios, reacción al frío, al inicio del caminar o hablar (los niños), en Brasil es debida a la indigestión o maleficios, en Paraguay a una alteración en la bolsa de la leche, en Colombia y México, - la diarrea es debida al hundimiento de la mollera. (15)

Profundizando más cuidadosamente en el contexto de la medicina tradicional aquí en nuestro país, encontramos una forma más compleja de la explicación de las enfermedades, teniendo como eje principal el fenómeno del equilibrio entre 2 situaciones de la vida para mantener la salud. Se cree que existen enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio mecánico del cuerpo, ejemplo: mollera caída, estómago caído; ruptura del equilibrio emocional, ejemplo: cólera, celos; ruptura del equilibrio calor-frío, ejemplo: reumatismo, malaria, gripe; también enfermedades causadas por la pérdida del alma, ejemplo: susto, desnutrición crónica del adulto, desnutrición proteínico-calórica y también la influencia de lo sobrenatural, ejemplo: el mal de ojo y los castigos de Dios. - (10) En otras muchas enfermedades hacen énfasis en los efectos sobrenaturales como los responsables, creyendo que el espíritu de los muertos que viven en "el chocaj" (arriba, en el cielo), desde allá castigan con enfermedades a sus hijos - que se portan mal. (3)

MANEJO Y TRATAMIENTO.

Tan pronto como el niño enferma, en nuestras comunidades rurales se acostumbra retirar parte de la alimentación de su dieta y a menudo lo que se restringe es la parte de la dieta que le suministra proteínas de buena calidad, lo que tal vez incluye toda la proteína que recibe; así, a un niño que ha estado recibiendo carne, leche, frijoles y tortillas, inme-

diatamente al presentar diarrea se suspenderá su administración y en su lugar sólo se le darán atoles, con lo cual lo único que se le suministra son carbohidratos. (19) Cuando un niño enferma, para su tratamiento primero acuden a la madre, luego a la abuela y después al curandero y como última opción buscan algún servicio de salud. (4)

Para el tratamiento específico de la diarrea se ha utilizado ramitas de manzanilla cocidas en agua con unos granitos de sal, mejor si es mezclado con altamiza o pericón, en dosis de 3-5 tragos cuatro veces al día; cuando está acompañada de cólicos se dan unas cuantas cucharadas del cocimiento de hojas y flores de pericón y en niños menores de 1 año, gotas de anís hervida en agua. (3) Cuando la diarrea ha sido provocada por alimentos calientes, lo cual se reconoce cuando se acompaña de dolor intenso y sangre, el tratamiento es a base de bebidas frescas como la limonada o hierbabuena; - cuando está provocada por alimentos fríos (disentería blanca), el tratamiento es con bebidas calientes como el pericón o el café. (5) En algunas comunidades también utilizan los purgantes en general, como remedio común para cualquier clase de diarrea, considerando que limpian el estómago de todo mal. (19)

Además se restringen los alimentos para evitar estimular más a las lombrices, cuando se cree que éstas son las causantes de la diarrea, ésto en la costa y el altiplano de Guatemala (19) El tratamiento para la diarrea ocasionada por lombrices, está más dirigido a hacerlas regresar al estómago, donde se cree que pueden permanecer normalmente; uno de los tratamientos para ésto, es la bebida del cocimiento de ramitas tiernas de durazno o mejorana; otro tratamiento muy utilizado para ésto, es la aplicación externa sobre el abdomen, de hojas de guayaba, hierbabuena de comida y de limón, hojas

de membrillo, también pueden ser compresas de pan francés con guaro o masajes con alcanfor y quema de incienso, los que cumplen su función por el olor fuerte que despiden. (1)

Cuando la diarrea provocada por lombrices se acompaña de dolor abdominal, se colocan compresas con hojas de apazote, mas un huevo con aceite de comer sobre el estómago, sólo por las noches y al mismo tiempo se debe tomar un vaso de leche hervida con 3 hojas de hierbabuena y media cucharadita de bicarbonato de sodio. (3)

En general el cuerpo recupera su normalidad con remedios o exposición a un medio ambiente que pertenece a la cualidad opuesta (caliente o fría) a la de la enfermedad. (14) En algunos casos, los curanderos piden al paciente que les lleve candelas, incienso, copal, pan, guaro o boj, para hacer las rogaciones a los espíritus en las cuevas de las montañas. (4) Cuando fracasa el tratamiento, no buscan ayuda médica o los servicios de salud, sino deciden que aunque se hizo todo lo posible, lo que sucede o ha de suceder es porque Dios así lo quiere. (4)

Todo lo mencionado anteriormente es lo poquísimo que se conoce con respecto al tratamiento tradicional del síndrome diarréico en las comunidades rurales de nuestro país.

PREVENCION:

Para reducir al mínimo la morbi-mortalidad ocasionada por la diarrea, urgente resolver en cada caso particular, una serie de incógnitas íntimamente vinculadas entre sí, que se pueden separar en 3 grupos:

- a) Etiología de la diarrea.
- b) Aspectos nutricionales.
- c) Problemas y recursos específicos de la comunidad. (16)

Entre los conceptos de la medicina tradicional, se enseña para prevenir muchas enfermedades, el evitar los enfriamientos cubriendose bien, evitar mojarse con la lluvia, no beber agua ni comer alimentos fríos, también al viajar a la costa se recomienda chupar limón y beber guaro en vez de agua fría; para evitar la diarrea causada por lombrices, se evita comer cosas que puedan alborotarlas. (1) Además se acostumbra que para guardarlos y prevenir infinidad de males como la diarrea, las madres les colocan a los niños, una pulsera de piedrecitas rojas o simplemente un hilo del mismo color en la muñeca. (4) Los hombres siempre deben hacer "el costumbre" (oraciones), para pedir perdón y estar en paz con sus padres que están en "el chocaj" (arriba, en el cielo), quienes tienen el poder de castigarlos con enfermedades. (3)

ANALISIS.

Se ha comprobado que la disponibilidad de atención médica no produce un nivel correlativo aceptable en las tasas de morbi-mortalidad infantil, por consiguiente todo parece indicar que la salud no depende de la atención médica, sino de la atención del nivel de nutrición, vivienda, etc; es decir, del nivel de vida de una comunidad. (22)

El intento de controlar las enfermedades diarréicas agudas en los niños, supone algo más que restringir la morbi-mortalidad que originan, pues la incapacidad que ello ocasiona,

tiene importantes repercusiones económicas (16) y la razón de que en ciertos estudios las mejoras del abastecimiento de agua y el saneamiento ambiental no hayan logrado reducir las enfermedades diarreicas, reside muy probablemente en la falta de una intervención complementaria relativa al comportamiento tradicional de la gente. (15)

Es de especial importancia que el educador en salud pública que trata de influir terapéuticamente en las costumbres y tradiciones de una comunidad, trate de comprender la naturaleza profunda de las creencias y tradiciones que determinan sus vivencias, y no asumir que éstas personas son incivilizadas. (19)

La medicina tradicional ha subsistido grandemente en nuestro siglo actual, pese a que se señalan en su contra, una infinidad de conceptos equivocados.

Los índios conocieron casi toda planta psicoactiva, con efectos neurovegetativos, diaforéticos, laxantes, purgantes, antiparasitarios, antibacterianos, antineoplásicos, antirreumáticos, productores de fertilidad, abortivos y anticonceptivos, prueba de ello es que poco después de la llegada de los españoles a estas tierras, los galeones transportaban de regreso no oro ni piedras preciosas sino plantas medicinales. (12)

Algunas medicinas tradicionales tienen efecto directo sobre el cuerpo, otras sirven solamente porque la gente tiene fe en ellos pues la sugestión es una fuerza grande a favor de estos tratamientos, (23) y como toda enfermedad tiene un componente psicopatológico, se cree que en esto radica el éxito de la medicina tradicional; (12) además las personas deben continuar con sus actividades normales y mostrarse fuertes frente a la enfermedad y soportarla con dignidad, pues también

tienen el concepto de que la enfermedad es sólo una parte de la vida en general, la cual es un proceso lleno de dolores y sufrimientos inevitables. (18) Los curanderos hacen mucho énfasis en los aspectos de la relación e influencia que Dios tiene en todas las enfermedades, por lo que las prácticas religiosas también son indispensables para agradarle a El, para que no responda con un castigo a quien trata de hacer algo sin pedir su voluntad. (3)

Habiéndose realizado un estudio sobre la utilización de los servicios de salud, se llegó a la conclusión de que las personas prefieren utilizar la medicina popular (autotratamiento) en el manejo de sus enfermedades, pues un 64.5% de las personas en Honduras, 59.7% en Colombia, 50.1 en Ecuador y un 73% en Guatemala, utilizan este tipo de tratamientos. (11)

En las comunidades rurales existen medicamentos y procedimientos para resolver los problemas de salud, pero éstos a la luz del proceso alienante de occidentalización de la medicina, han perdido todo su valor y se ha llegado al extremo de asociarlos con toda clase de brujerías y tradiciones, además frecuentemente se confunde la tradición con el atraso, pues se cree que las tradiciones son estáticas y que miran solamente hacia atrás en el tiempo, (21) por eso estas contradicciones culturales hacen imposible el tratamiento médico de una enfermedad, porque ante la opinión de un médico, la familia juega un papel muy importante rechazando o aceptando un tratamiento solamente después de considerarlo y discutirlo; (18) El aspecto salud debe encaminarse a ofrecer un servicio constructivo sin denigrar las creencias y tradiciones de una comunidad. (15) La medicina occidental quiere librarse de todo lo tradicional en lugar de integrarlo a sus esfuerzos, pues se argumenta que el desarrollo de un pueblo implica un cambio social y también de las tradiciones, por eso para los indígenas

en general, la actitud de un médico resulta autoritaria y pre-suntuosa. (18)

La medicina dirigida a las mayorías sociales pobres, requiere previamente del conocimiento del folklore, las tradiciones y el ancestro del propio pueblo y no se debe olvidar su contexto cultural y social. (12) Los antropólogos han llegado a la conclusión de que su trabajo puede ser muy valioso en una comunidad, dirigiendo un programa mediante una fórmula simple: "el conocimiento debe preceder a la acción"; es claro que no se puede intentar la modificación de las tradiciones y costumbres de un ser humano, sin tener conocimientos previos de los mismos. La tarea principal del antropólogo consiste en comprender los hábitos y creencias en cuanto a la etiología de una enfermedad, su tratamiento, etc. (2)

Las posibilidades de integración de la medicina occidental y tradicional, requiere de un intercambio mutuo de informaciones y tratamientos, aceptación y estímulo de la utilización múltiples de personas, además conciencia de los contextos religiosos y sociales con respecto a una enfermedad, (18) aunque no hasta haber nacido en Guatemala y vivir en contacto con sus grupos étnicos para conocer qué es un grupo étnico, qué es su costumbre y qué valor tan grande posee una tradición. Al final de todo comprendemos que lo tradicional es inherente al desarrollo integral.

Dentro de la tradición médica cualquier persona verdaderamente consciente de los problemas sanitarios de una comunidad, es capaz de contribuir a mejorar la salud pública; (7) está cobrando mucha importancia el hecho de que los médicos conozcan a fondo este sistema tradicional, ya que este sistema tiene gran influencia en la forma en que las personas perciben y tratan las enfermedades y esto hace más lógico que

un médico pueda trabajar en una forma más adecuada si toma en consideración este particular marco de referencia en la realización de cualquier programa de salud pública. (14)

Lo que se propugna con todo lo anterior es simple y sencillamente, dejar de ver el problema como corrientemente lo vemos, desde fuera de la comunidad y su cultura, sino verlo desde el interior y en las raíces del mismo, olvidar nuestros propios conceptos y categorías cognoscitivas, para lograr entender el sistema de creencias y tradiciones en relación a las enfermedades, que un grande sector de nuestra población emplea.

Tratemos de comprender todas las creencias, tradiciones y modelos de enfermedades que tiene el cien por ciento de nuestras comunidades rurales, porque sólo así podremos acercarnos cada día más a ellos. (10)

MATERIAL Y METODOS.

UNIVERSO.

La población o universo en el que se realizó el estudio está representado específicamente por amas de casa y otras personas que por su experiencia, son las encargadas del manejo y tratamiento de un niño menor de 5 años con síndrome diarréico, en cada casa de la aldea Chuculjuyup del municipio de Totonicapán y la ciudad cabecera de Totonicapán.

MUESTRA.

Para determinar el tamaño de la muestra, se partió inicialmente de la suposición de que en cada casa existe una persona (ama de casa) que es la responsable por su experiencia, del manejo y tratamiento de un niño con diarrea y que además realiza ésto, aproximadamente más de 2 veces al año.

Previamente se reconocieron las 2 poblaciones a estudiar.

- 1- La aldea Chuculjuyup es un área eminentemente rural, situada a 8 Kms de la cabecera municipal, no fácilmente accesible por la topografía de la región; en ella viven 2620 habitantes, todos campesinos de raza indígena, distribuidos en un total de 436 casas habitadas.
 - 2- La ciudad de Totonicapán está situada en la región del - altiplano occidental de Guatemala, a casi 200 Kms. de la ciudad capital; tiene 10841 habitantes pertenecientes a las razas indígenas y no indígenas; tiene 1183 casas habitadas.

Todos los datos anteriores, así como los respectivos cróquis, fueron obtenidos en el banco de datos del centro de salud y el archivo general de la jefatura de área de salud de Totonicapán.

Seguidamente se realizó un MUESTREO ESTRATIFICADO (en base al No. de casas de cada población en estudio) utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{\sum_{i=1}^3 N_i^2 \hat{P}_i \hat{q}_i}{W_i} = \quad (a)$$

$$n = \frac{N^2 D + \sum_{i=1}^3 N_i \hat{P}_i \hat{q}_i}{\dots} = \quad .$$

Además se utilizó la siguiente fórmula:

$$\text{Error} = V(\hat{P} s^t) = \quad (b)$$

lo cual representa un 10% más (de casos - encuestas), lo cual equilibra la muestra si por alguna razón se hubiese perdido algún dato o no se hubiera podido obtener.

Este procedimiento nos dio como resultado una muestra de 23 casas (personas) para el área rural y 65 para el área urbana (en el área urbana se encontraron 5 casas deshabitadas).

(a), (b) - Scheaffer R; W.M. Elementary survey sampling
2. ed. Massachusetts. Lyman ott, 1982. (pp. 81-82).

Seguidamente se trabajó con números aleatorios y se hizo una ESTANDARIZACION DE MUESTREO con la fórmula siguiente:

$$\text{Determinación del módulo} = \frac{\text{No. total de viviendas}}{\text{No. total de casos (muestra)}} =$$

con lo cual se determinó realizar el estudio (encuesta), en cada 19 casas en la comunidad rural y en cada 18 casas en el área urbana.

En el cróquis respectivo de las 2 áreas investigadas, se localizaron y numeraron todas las casas, siguiendo una dirección en forma de serpentina.

LAS VARIABLES.

Se investigó (a través de la boleta) lo siguiente:

- 1- CONCEPTO DE DIARREA.
- 2- ETIOLOGIA DE LA DIARREA.
- 3- TRATAMIENTO DE LA DIARREA.
- 4- PREVENCION DE LA DIARREA
- 5- EDUCACION EN SALUD.
- 6- EL AGUA PARA CONSUMO DEL HOGAR.
- 7- DISPOSICION DE EXCRETAS.

INSTRUMENTO DE MEDICION.

Para la realización del presente trabajo, únicamente se utilizó un cuestionario*, con las preguntas específicas para cada variable, el cual se elaboró especialmente para este estudio (se adjunta un modelo del mismo). Esta boleta de encuesta se aplicó entrevistando directamente a cada persona terminada por el muestreo, a quien se le visitó directamente en su casa.

Esta misma metodología y cuestionario se utilizó en todos los casos.

EL GRUPO DE COMPARACION.

La población original que se estudió, corresponde a la del área rural, pues en áreas como ésta es donde más prevalecen las costumbres y tradiciones, especialmente las relacionadas con nuestro tema.

El grupo de comparación está representado por la población del área urbana, con el objeto de establecer las diferencias y hacer comparaciones para un análisis representativo de la medicina tradicional que se practica en el área rural y urbana de Totonicapán.

* La boleta de encuesta utilizada, fué asesorada y autorizada por el INCAP.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
FASE III.

CONCEPTOS TRADICIONALES DEL SINDROME DIARREICO BOLETA DE ENCUESTA PARA TOTONICAPAN. 1984

FECHA _____

LUGAR _____

INFORMANTE _____

No. DE LA CASA _____

1- CONCEPTO DE DIARREA.

Cómo sabe usted que su niño tiene asientos?

2- ETIOLOGIA DE LA DIARREA.

Porqué aparece con asientos su niño?

3- TRATAMIENTO DE LA DIARREA.

a) Qué hace Ud; con el niño de la casa cuando tiene asientos?

b) Qué comidas le dá al niño cuando tiene asientos?

c) Qué comidas le quita al niño cuando tiene asientos?

d) Con qué remedios le cura los asientos a su niño?

e) Cómo mira usted cuando su niño se pone grave de asientos?

f) Qué hace con su niño si se pone grave de asientos?

4- PREVENCION DE LA DIARREA.

Qué hace Ud; para que su niño no aparezca con asientos?

5- EDUCACION EN SALUD.

a) Le han dado alguna plática o explicación de cómo curar los asientos? SI NO

b) Quién se la ha dado?

6- EL AGUA PARA CONSUMO DEL HOGAR.

a) De dónde viene el agua que toman en esta casa?
b) Hierven bien el agua antes de tomársela? SI NO

7- DISPOSICION DE EXCRETAS.

a) En esta casa tienen letrina? SI NO
b) A los cuántos años comienza a usar la letrina el niño?
c) En dónde hecha su popó el niño que no usa la letrina?

Mardoqueo Son
USAC
Encuestador.

PRESENTACION, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.

A continuación se presentan los resultados finales del estudio realizado, los cuales se describen sistemáticamente, siguiendo el orden de las variables investigadas.

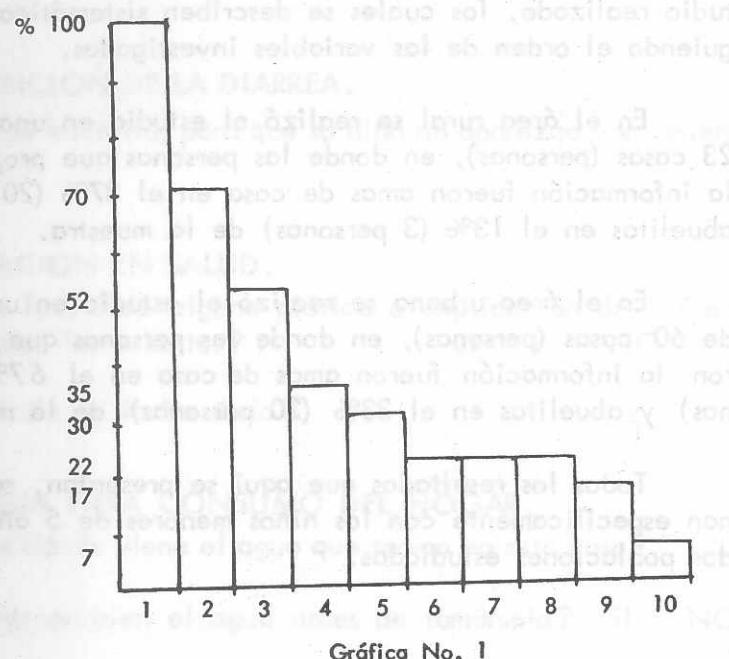
En el área rural se realizó el estudio en una muestra de 23 casas (personas), en donde las personas que proporcionaron la información fueron amas de casa en el 87% (20 personas) y abuelitas en el 13% (3 personas) de la muestra.

En el área urbana se realizó el estudio en una muestra de 60 casas (personas), en donde las personas que proporcionaron la información fueron amas de casa en el 67% (40 personas) y abuelitas en el 33% (20 personas) de la muestra.

Todos los resultados que aquí se presentan, se relacionan específicamente con los niños menores de 5 años, en las dos poblaciones estudiadas.

CONCEPTO DE DIARREA

Elementos básicos utilizados en el concepto tradicional de los "asientos" (diarrea), en el área rural.

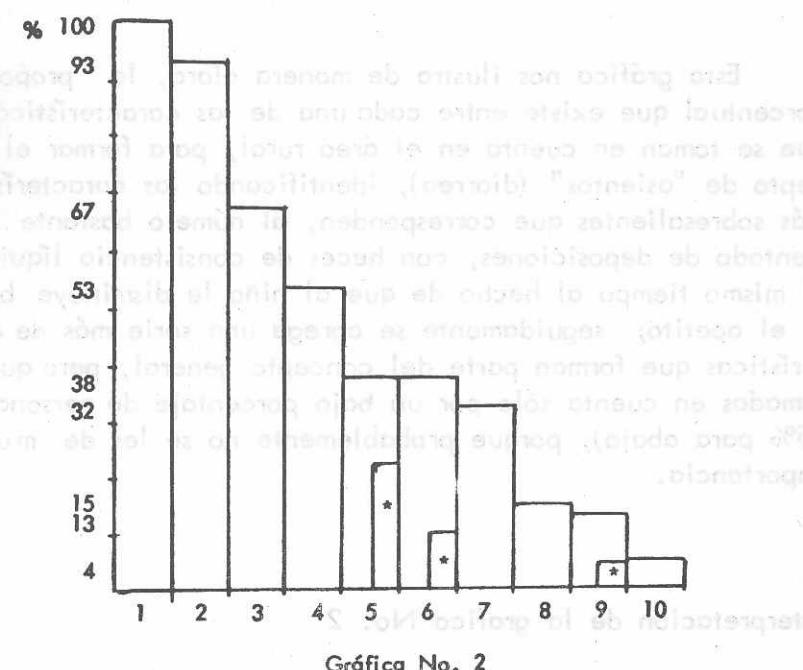


Gráfica No. 1

- 1- Hacer mucho popó (defecación \bar{X} 6 veces/día, 4 v/noche).
- 2- Ya no quiere comer nada (disminución del apetito).
- 3- Pura agua (heces de consistencia líquida).
- 4- Aguado (heces de consistencia semiliquida).
- 5- Color amarillo (de las heces).
- 6- Color blanco (heces como agua turbia, semitransparente).
- 7- Color verde (de las heces).
- 8- Con dolor de estómago (siempre).
- 9- Se mantiene llorando mucho (malestar general).
- 10- Con calentura, arrojadera (fiebre, vómitos) y se pone pálido.

CONCEPTO DE DIARREA

Área urbana



Gráfica No. 2

- 1- Hacer mucho popó (defecación \bar{X} 7 veces/día, 4 v/noche).
- 2- Pura agua (heces de consistencia líquida).
- 3- Color amarillo (de las heces).
- 4- Color verde (de las heces).
- 5- A veces con calentura (fiebre). * (siempre) ve síntesis
- 6- A veces con arrojadera (vómitos). * (siempre)
- 7- Ya no quiere comer nada (disminución del apetito).
- 8- Color blanco (heces como agua turbia, semitransparente).
- 9- Con dolor de estómago (siempre) * (a veces)
- 10- Popó aguado (semiliquido), con mal olor fétido), con malestar general, insomnio, el niño se pone pálido.

Interpretación de la gráfica No. 1

Esta gráfica nos ilustra de manera clara, la proporción porcentual que existe entre cada una de las características - que se toman en cuenta en el área rural, para formar el concepto de "asientos" (diarrea), identificando las características más sobresalientes que corresponden, al número bastante aumentado de deposiciones, con heces de consistencia líquida, - al mismo tiempo al hecho de que al niño le disminuye bastante el apetito; seguidamente se agrega una serie más de características que forman parte del concepto general, pero que son tomadas en cuenta sólo por un bajo porcentaje de personas (de 35% para abajo), porque probablemente no se les de mucha importancia.

Interpretación de la grafica No. 2

Esta gráfica también nos ilustra la proporción porcentual entre cada característica tomada en cuenta en el área urbana, para formar el concepto de "asientos" (diarrea); las características más sobresalientes del concepto corresponden a, el número bastante aumentado de deposiciones, con heces líquidas de color amarillo o verde.

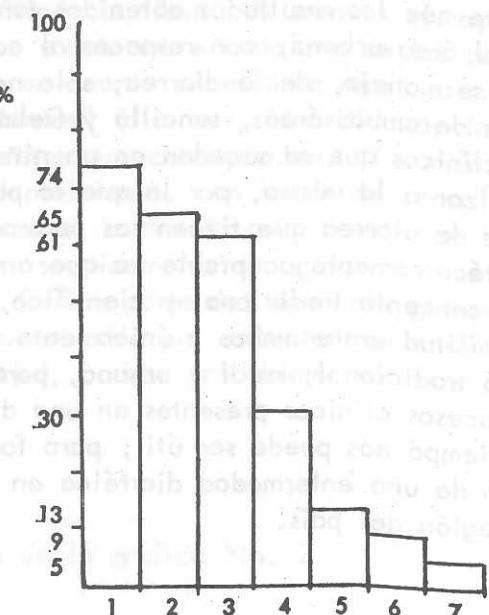
Aquí también se agrega una serie más de características para el concepto general, pero son tomadas en cuenta sólo - por un bajo porcentaje de personas (38% para abajo) porque seguramente no se les da mucha importancia.

Análisis y discusión de las gráficas No. 1 y 2

Es evidente que los resultados obtenidos tanto en el área rural como en el área urbana, con respecto al concepto tradicional que allí se maneja, de la diarrea, sólo nos demuestra que las personas de ambas áreas, sencilla y fielmente describen los signos clínicos que se suceden en un niño con diarrea, para conceptualizar a la misma, por lo que se puede afirmar, que el concepto de diarrea que tienen las personas de ambas poblaciones es técnicamente aceptable ya que analizando cuidadosamente el concepto tradicional y científico, se encuentra una gran similitud entre ambos y únicamente se extiende más el concepto tradicional, rural y urbano, porque describe casi todos los sucesos clínicos presentes en una diarrea, lo cual al mismo tiempo nos puede ser útil, para formarnos un esquema del curso de una enfermedad diarréica en menores de 5 años, en esta región del país.

ETIOLOGIA DE LA DIARREA

Aspectos básicos relacionados tradicionalmente con el aparecimiento de los "asientos" (diarrea), en el área rural.

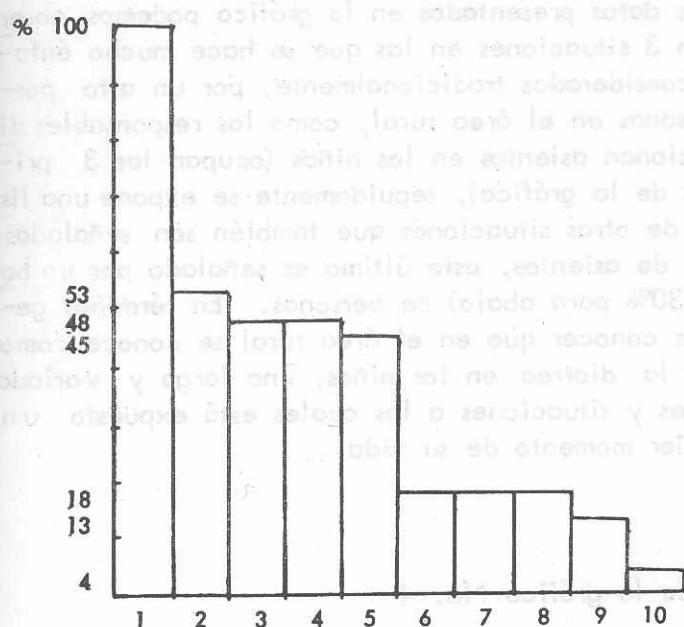


Gráfica No. 3

- 1- Por comer mucho (alimentos en exceso, aún bien cocinados).
- 2- Por comer frutas verdes (cualquier clase).
- 3- Por alboroto de lombrices (esto lo aseguran cuando ha habido - tempestad, lluvia fuerte o si el niño ha tenido algún deseo insatisfecho de alimentos o golosinas).
- 4- Por algún susto (caídas bruscas, sorpresas desagradables).
- 5- Por comer alimentos (comidas) no bien cocidos.
- 6- Por meterse cosas sucias en la boca (las manos, juguetes, frutas, dulces, otros objetos, etc.)
- 7- Por comer fuera de la hora (más tarde de lo acostumbrado), por enfriamiento o calentamiento del cuerpo al haber mucho frío o calor, por mala digestión o mal de ojo.

ETIOLOGIA DE LA DIARREA

Área urbana



Gráfica No. 4

- 1- Por meterse cosas sucias en la boca (las manos, juguetes, frutas, verduras, dulces, objetos, etc.)
- 2- Por comer alimentos no bien cocidos, mala digestión.
- 3- Por comer mucho (alimentos en exceso, aún bien cocinados).
- 4- Por comer frutas verdes (cualquier clase).
- 5- Por alboroto de lombrices (por tempestad, fuerte lluvia).
- 6- Por tomar agua de la pila (sin hervir).
- 7- Por comer fuera de la hora (mas tarde de lo acostumbrado).
- 8- Por comer mangos o nances (aún maduros y limpios).
- 9- Por algún susto (caídas bruscas, sorpresas desagradables).
- 10- Por mal de ojo, por lactancia materna poco después de una cólera (enojo) que haya tenido la madre, por enfriamiento del cuerpo (después de un baño en agua fría o clima frío), cuando comienzan a salir los dientes, por comer golosinas callejeras (enchiladas, tacos, etc.), comidas muy grasosas.

Interpretación de la gráfica No. 3

Según los datos presentados en la gráfica podemos observar que existen 3 situaciones en las que se hace mucho énfasis y que son consideradas tradicionalmente, por un alto porcentaje de personas en el área rural, como las responsables directas que ocasionan asientos en los niños (ocupan las 3 primeras columnas de la gráfica), seguidamente se expone una lista no pequeña de otras situaciones que también son señaladas como causantes de asientos, esto último es señalado por un bajo porcentaje (30% para abajo) de personas. En términos generales podemos conocer que en el área rural se conoce como responsables de la diarrea en los niños, una larga y variada lista de acciones y situaciones a las cuales está expuesto un niño en cualquier momento de su vida.

Interpretación de la gráfica No. 4

Esta gráfica nos ilustra claramente la existencia de 3 grupos importantes de situaciones que son señaladas tradicionalmente por las personas del área urbana, como culpables de los asientos en los niños. Todas las personas de esta área señalan como mayor responsable, al hecho de que los niños se introduzcan toda clase de objetos "sucios" a la boca; alrededor del 50% señalan también a los alimentos o frutas que por su mala preparación (cocimiento) y excesiva cantidad, provocan asientos, además un bajo porcentaje agrega como culpables, varias situaciones más, de naturaleza muy diferente entre sí.

Análisis de las gráficas No. 3 y 4

Analizando comparativamente los datos que presentan estas 2 gráficas, podemos establecer una diferencia muy importante en el sentido de que, el hecho de que los niños se introduzcan objetos sucios en la boca, sea tomada en cuenta como causante de asientos, sólo por un pequeño porcentaje de personas en el área rural, reflejando que no le dan importancia a esta situación que representa el mas grave riesgo para el niño, de contraer una enfermedad diarréica, si recordamos la forma de transmisión y vía de entrada de cualquier agente etiológico, lo cual nos orienta a enfatizar que el aspecto educacional con respecto a los riesgos y focos de infección, es muy defectuoso en el área rural, al contrario de la situación en el área urbana, donde colocan este factor como primer responsable, lo cual es un reflejo de una mejor educación sanitaria, aunque esto lo hayan obtenido más que todo, posiblemente a través de medios como la radio, la escuela, la prensa, etc.; y no a través de los servicios de salud oficiales, como lo veremos más adelante.

Esta situación en el área rural puede relacionarse muy bien con aspectos culturales y costumbristas arraigados profundamente, pues tomemos en cuenta que las condiciones ambientales del lugar, determinan la forma de vida de los niños, los cuales se acostumbran (aceptado como normal por los mayores) a "vivir" jugando entre la tierra, con juguetes (ya clásicos para ellos) como pedazos de trozos de madera, cuerdas de hilo, pepitas de durazno o aguacate, tapitas de botellas (mayormente de cerveza u octavos de licor), piedras, palos y cajas sueltas de cartón, etc.; se sientan o se tiran en el piso (de tierra), por lo que se mantienen siempre sucios, a veces llorando (lágrimas de lodo) o chupándose los deditos llenos de tierra (lágrimas de lodo).

rra; y si a esto agregamos sus malas condiciones nutricionales, comprenderemos que estos niños (y también los mayores) viven ingenuamente y sin culpabilidad alguna, exponiéndose cada minuto a cualquiera de las enfermedades de que serían fácil presa, especialmente "los asientos".

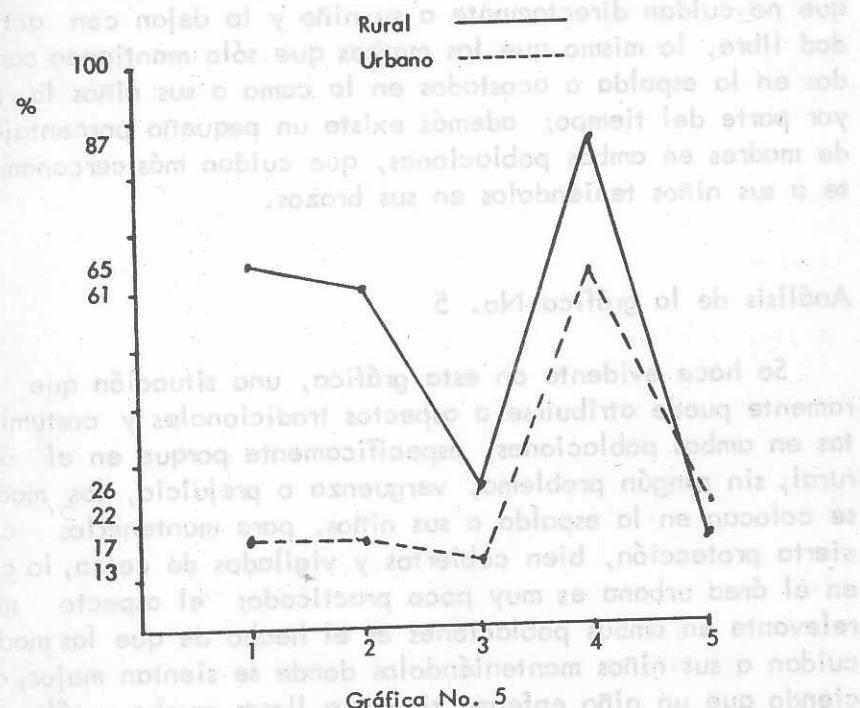
Otro aspecto muy interesante con respecto al análisis de los resultados, lo constituye la participación de aspectos emocionales negativos (sustos, la tempestad, lluvia, mal de ojo, deseos insatisfechos, exceso de frío o calor) señalados como causantes de diarrea en el área rural y urbana; ésto siempre se ha señalado como atraso e ignorancia, pero que si lo analizamos con un poco de buena voluntad, podemos ofrecerle una posible explicación y justificación científica, si nos recordamos y le damos validez, al componente psicopatológico de todas las enfermedades.

Por último consideraremos otra situación muy especial - (en el área urbana) que consiste en darle importancia (aunque sea poca) al aparecimiento de diarrea en un niño que recibe lactancia materna de una madre que previamente ha experimentado cólera (ira); éste es un fenómeno al que todavía no podemos darle una explicación científica aceptable pero que existe, ya que ésta y toda la demás información analizada, es el reflejo de lo que al respecto, las madres de familia del área rural y urbana han experimentado directamente con sus hijos.

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA

Medidas y "remedios" utilizados tradicionalmente en el tratamiento de "los asientos" (diarrea), en el área rural y urbana de Totonicapán.

Cuidados para un niño con "asientos". Área rural y urbana.



Gráfica No. 5

- 1- Lo mantiene cargado en la espalda (la mayor parte del tiempo).
- 2- Lo mantiene acostado en la cama (la mayor parte del tiempo).
- 3- Lo mantiene abrazado (la mayor parte del tiempo).
- 4- Hay que "contemplarlo" (tenerlo donde se sienta mejor).
- 5- Que el niño juegue o haga lo que quiera (actividad libre).

Interpretación de la gráfica No. 5

Podemos observar en esta gráfica, que el mayor porcentaje de amas de casa de las dos áreas, prefieren cuidar y tener a un niño con diarrea, en el lugar donde el niño se sienta mejor o más cómodo; es mucho menor el porcentaje de madres que no cuidan directamente a su niño y lo dejan con actividad libre, lo mismo que las madres que sólo mantienen cargados en la espalda o acostados en la cama a sus niños la mayor parte del tiempo; además existe un pequeño porcentaje de madres en ambas poblaciones, que cuidan más cercanamente a sus niños teniéndolos en sus brazos.

Análisis de la gráfica No. 5

Se hace evidente en esta gráfica, una situación que claramente puede atribuirse a aspectos tradicionales y costumbristas en ambas poblaciones, específicamente porque en el área rural, sin ningún problema, vergüenza o prejuicio, las madres se colocan en la espalda a sus niños, para mantenerlos con cierta protección, bien cubiertos y vigilados de cerca, lo cual en el área urbana es muy poco practicado; el aspecto más relevante en ambas poblaciones es el hecho de que las madres cuidan a sus niños manteniéndolos donde se sientan mejor, aduciendo que un niño enfermo tiende a llorar mucho y sólo se alivia un poco, cuando tiene la protección y cercanía de su madre.

En ambas poblaciones las madres cuidan muy poco a un niño enfermo teniéndolo en sus brazos, lógicamente porque ello representa imposibilidad para la madre, de realizar otras actividades, siendo ella la única responsable de todos los que hacen del hogar.

Alimentos utilizados tradicionalmente en la dieta para un niño con "asientos" (diarrea), en el área rural y urbana.

No.	Alimentos utilizados en la dieta	Área Rural	Área Urbana
1	Atoles (de maíz, maizena, arroz, incaparrina, corazón de trigo, etc.).	96 %	100 %
2	Cualquier clase de comida (media vez lo tolera el niño).	52 %	17 %
3	Caldo de arroz o fideos (sin mucha grasa).	48 %	80 %
4	Huevo cocido (preparado tibio, duro).	35 %	10 %
5	Carne (de res, marrano).	30 %	20 %
6	Agua pura, hervida (lo que tolera).	22 %	65 %
7	Verduras cocidas (cualquier clase, machacadas), hierbas cocidas.	22 %	27 %
8	Otras bebidas (té, café, limonadas, leche, etc.).	21 %	31 %
9	"Tamalitos" (masa cocida de maíz).	13 %	13 %
10	Pan, queso y gelatinas.	4 %	5 %

Cuadro No. 1

Interpretación del cuadro No. 1

En ambas poblaciones la totalidad de amas de casa proporcionan en la alimentación de los niños enfermos de diarrea, toda clase de atoles; también en buen porcentaje les proporcionan caldo sin mucha grasa con arroz o fideos y muy pocas amas de casa administran huevos, carnes, verduras, té, café, leche, etc.; mucho menos el queso y las gelatinas. Las diferencias más significativas entre las 2 poblaciones son, que en el área rural más de la mitad de las madres les proporcionan a sus niños, cualquier clase de comida durante la enfermedad, mientras en el área urbana muy pocas lo hacen; y la más importante es que en el área urbana, un alto porcentaje de mas de casa, proporcionan líquidos complementariamente a sus niños, mientras en el área rural no lo practican.

Análisis del cuadro No. 1

Podemos comprobar que la alimentación proporcionada a un niño con diarrea, en las 2 poblaciones es en alto porcentaje a base de atoles y comidas que solo proporcionan carbohidratos, lógicamente deficiente en contenido proteínico, lo cual definitivamente influye en el estado nutricional del niño y que según sea el tiempo de duración de la enfermedad, puede aumentar la gravedad de sus consecuencias. El aspecto más importante y que está asociado al nivel de educación sanitaria, es el hecho de que en el área rural poquísimas señoras acostumbran a darle agua suplementaria (mucho menos con electrolitos) a un niño con diarrea, favoreciendo así la consecuencia más temible como lo es la deshidratación; esta situa-

ción es manejada un poco más adecuadamente en el área urbana.

Considero en general que la dieta utilizada para un niño con diarrea en ambas poblaciones, es producto de costumbres y tradiciones, pues las madres sin tener una justificación valedera para ello, siguen y seguirán utilizando ese tipo de dieta que aprendieron de sus padres.

Alimentos que se quitan tradicionalmente, de la dieta de un niño con "asientos" (diarrea), durante el tiempo que dura la enfermedad, en el área rural y urbana.

No.	Alimentos que se quitan de la dieta	Área Rural	Área Urbana
1	Frijol (en sus diferentes preparaciones).	56 %	83 %
2	Carnes (de marrano y de res).	48 %	59 %
3	Comidas que contengan mucha grasa (grasa natural, manteca, aceite).	43 %	58 %
4	El caldo (de arroz, carne, etc.).	39 %	30 %
5	La leche (de vaca o de bote).	17 %	40 %
6	Verduras y hierbas (de cualquier clase)	17 %	28 %
7	Huevos (en todas sus preparaciones).	17 %	12 %
8	No lo quitan ninguna comida.	17 %	8 %
9	Frutas (de cualquier clase, ya sea que estén maduras o verdes).	13 %	7 %
10	Agua hervida, pan, le quitan todas las comidas (menos los atoles).	7 %	6 %

Cuadro No. 2

Interpretación del cuadro No. 2

Podemos apreciar en este cuadro una variada lista de alimentos que son restringidos (por diferentes porcentajes de madres de familia) de la dieta de un niño en el transcurso de la enfermedad diarréica, entre los cuales observamos que el frijol se restringe más (mayormente en el área urbana), señalando en segundo plano, las carnes y comidas que contienen mucha grasa; luego encontramos una serie de alimentos que se restringen en menor porcentaje, siendo los menos restringidos en ambas poblaciones, las frutas y el pan. Son muy pocas las personas que restringen toda clase de comidas (menos atoles).

Análisis del cuadro No. 2

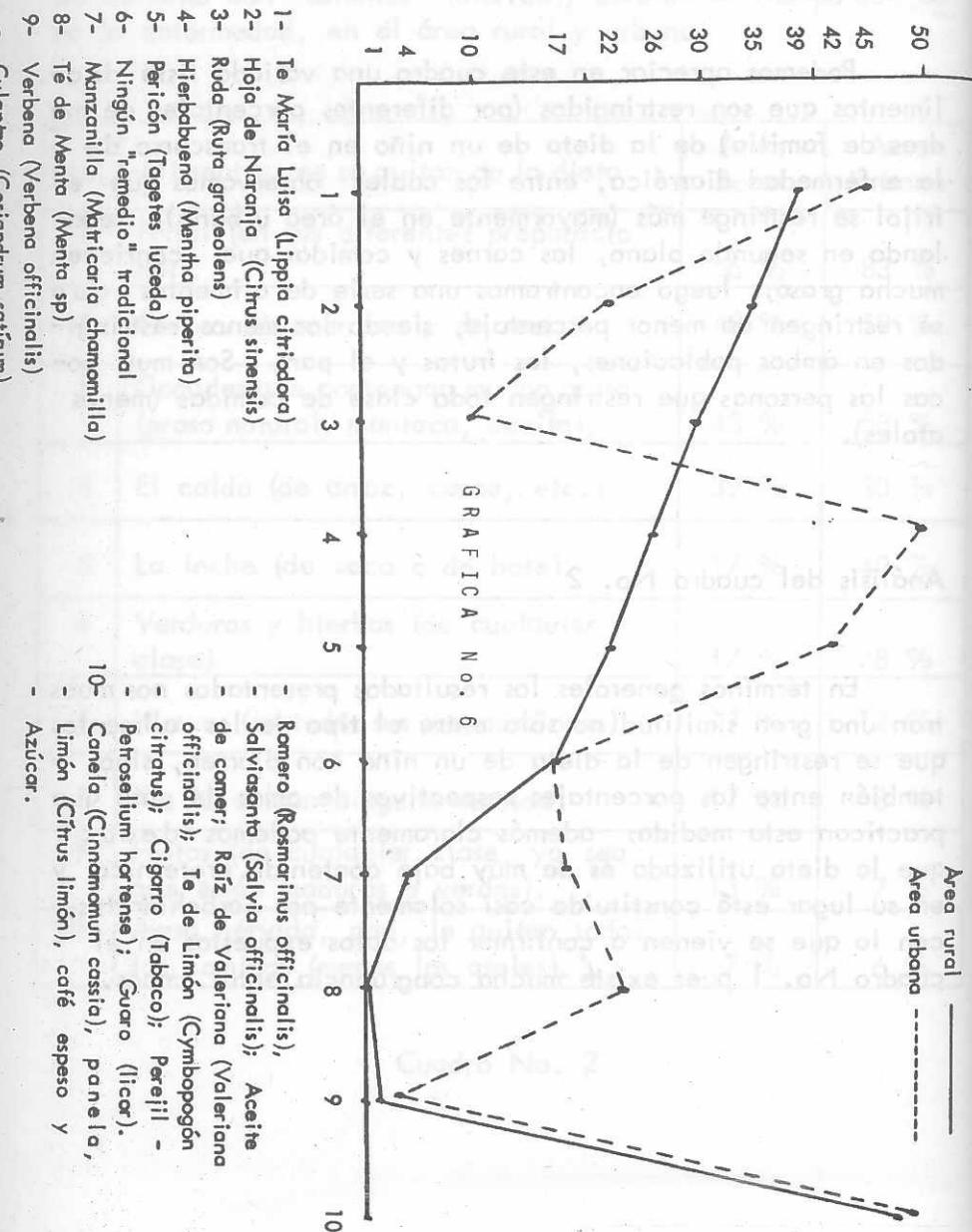
En términos generales los resultados presentados nos muestran una gran similitud no sólo entre el tipo de los alimentos que se restringen de la dieta de un niño con diarrea, sino también entre los porcentajes respectivos de amas de casa que practican esta medida; además claramente podemos deducir que la dieta utilizada es de muy bajo contenido proteínico y en su lugar está constituida casi solamente por carbohidratos, con lo que se vienen a confirmar los datos expuestos en el cuadro No. 1 pues existe mucha congruencia entre ambos.

Interpretación de la gráfica No. 6

Los datos presentados en esta gráfica nos indican que los "remedios" más utilizados en el área rural son el Te María Luisa, la hoja de naranja, la ruda y la hierbabuena, apareciendo una larga lista más que se usan en menor porcentaje, - pero resalta claramente lo poco que utilizan la manzanilla y los incluidos en el inciso No. 9, a diferencia de los utilizados en el área urbana, en donde se identifican el Té María Luisa, la hierbabuena y el pericón como los más utilizados, - dejando la ruda y también los del inciso No. 9 como los menos utilizados. El 17% de amas de casa de ambas poblaciones, no utilizan ninguno de estos remedios tradicionales. Por último observamos que casi la mitad de amas de casa de ambas poblaciones, hacen uso de sustancias complementarias y/o saborizantes que se describen en el inciso No. 10.

Análisis de la gráfica No. 6

Tanto en el área rural como en el área urbana, utilizan tradicionalmente, una extensa variedad de "remedios" en el tratamiento de los asientos en los niños menores de 5 años (posiblemente también en los mayores), los cuales casi en su totalidad son hierbas que a través de muchas generaciones se han enseñado de madres a hijas y se han conocido por sus efectos medicinales. Es necesario mencionar que estos remedios se preparan poniendo a hervir en agua, en un recipiente de barro (por la creencia de que el remedio tiene mayor eficacia - si se ha cocido en un recipiente de barro), 1 ó 2 ramitas (hojas con sus tallos) del remedio (hierba) elegido y del producto



se le administran al niño enfermo, de 2-3 cucharadas a medio vaso según la edad, por vía oral 3 veces al día, durante el tiempo que duren los asientos. Estos productos se utilizan según el grado de confiabilidad que se le tenga (por lo que unos se usan mas que otros), pero un gran porcentaje de señoras en ambas poblaciones, practican las más variadas mezclas y asociaciones (de las hierbas) o probando sistemáticamente cada una cuando no hace efecto la anterior. También influye grandemente en la determinación del remedio a utilizar, el agente señalado como causante de la enfermedad, pues las amas de casa de ambas poblaciones afirman que, cuando la diarrea es causada por otra situación diferente a los sustos en general y al alboroto de lombrices, entonces utilizan los remedios señalados en la lista con los incisos 1, 4, 7, 8 y el primero, tercero, cuarto y sexto mencionados en el inciso No. 9; cuando es causada por las lombrices, utilizan los remedios enumerados en el orden segundo, séptimo, octavo, noveno y décimo del inciso No. 9 (éstos 2 últimos mencionados se usan en forma de compresas sobre el abdomen) y cuando es ocasionada por algún susto (cualquiera), utilizan los remedios enumerados en el inciso 2 y 3. El remedio del inciso No. 5 se utiliza cuando la diarrea está acompañada por cólicos; el cigarro se prepara hirviendo en medio vaso de agua, 1 cigarrillo (cualquiera) y se administra en la misma dosis indicada anteriormente. No debemos ignorar el hecho de que algunas madres administran aceite de comer en dosis de 1 cucharadita, vía oral, 2 veces al día, los días que dura la enfermedad, afirmando que sirve para "limpiar" el estómago de toda "suciedad".

Todo lo anteriormente descrito refleja sin lugar a dudas, parte de la cultura y costumbres de estas poblaciones, puesto que ninguna ama de casa ha adquirido esos conocimientos de parte de otras personas que no sean sus padres o abuelos.

Es muy bajo el porcentaje de personas en ambas áreas, que no utilizan ninguna medicina tradicional para el tratamiento de sus niños; posiblemente este grupo está representado en su mayoría por personas de raza ladina y un pequeño grupo de indígenas poco identificados con sus tradiciones. También consideramos interesante que en ambas poblaciones se utilizan sustancias (inciso No. 10) que no son propiamente medicinales, pero que se agregan a los demás remedios para darles un empuje de mayor eficacia terapéutica y también para darles un sabor agradable a los mismos.

Por todo lo anteriormente analizado, podemos concluir que en el tratamiento de la diarrea en niños menores de 5 años, las amas de casa de ambas poblaciones utilizan en primera línea los remedios tradiciones que han aprendido de sus padres, esto hace justificable la necesidad de que se le brinde mayor atención a todos los aspectos culturales, costumbristas y tradicionales relacionados con la medicina en general, en todas las comunidades, especialmente en las áreas rurales.

Cambios clínicos conceptualizados tradicionalmente para identificar a un niño como "grave" de asientos (diarrea), en el área rural y urbana.

No.	Cambios clínicos	Area Rural	Area Urbana
1	Aumentan (en número) los "asientos", y se vuelven más líquidos.	82 %	68 %
2	Ya no come nada (intolerancia, aún de líquidos por vía oral), vómitos.	65 %	72 %
3	El niño llora mucho, ya no juega. (aumenta el malestar general).	48 %	44 %
4	El niño tiene más "calentura" (aumenta o aparece la fiebre).	26 %	57 %
5	Aumenta la debilidad y palidez.	13 %	37 %

Cuadro No. 3

Interpretación del cuadro No. 3

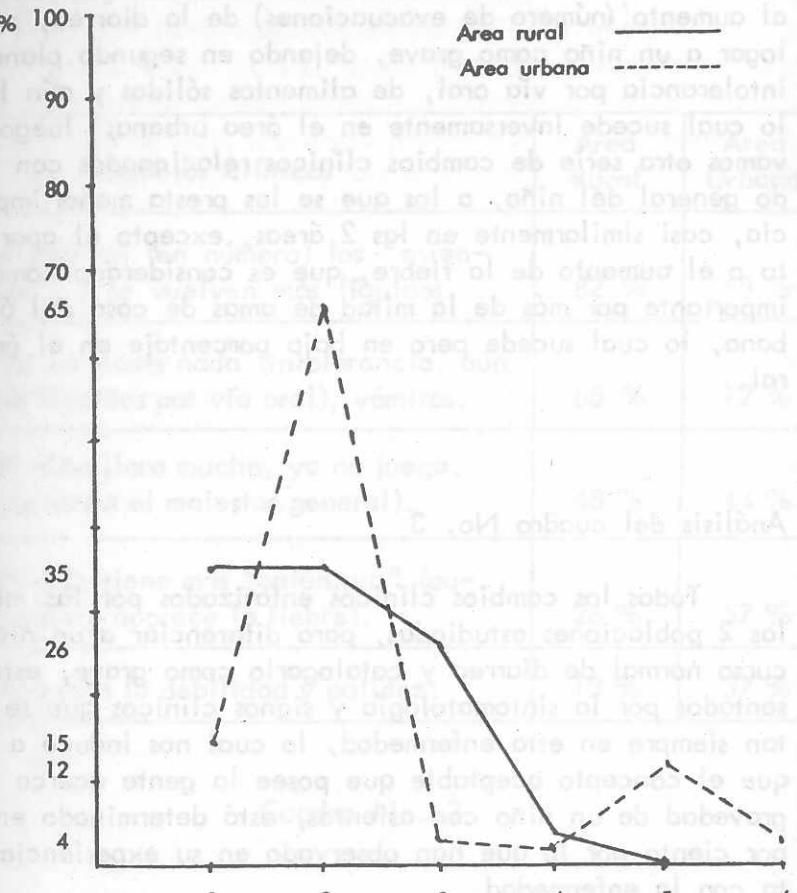
Observamos que en el área rural le dan más importancia al aumento (número de evacuaciones) de la diarrea, para catalogar a un niño como grave, dejando en segundo plano a la intolerancia por vía oral, de alimentos sólidos y aún líquidos, lo cual sucede inversamente en el área urbana; luego observamos otra serie de cambios clínicos relacionados con el estado general del niño, a los que se les presta menor importancia, casi similarmente en las 2 áreas, excepto el aparecimiento o el aumento de la fiebre, que es considerado como signo importante por más de la mitad de amas de casa del área urbana, lo cual sucede pero en bajo porcentaje en el área rural.

Análisis del cuadro No. 3

Todos los cambios clínicos enfatizados por las madres de las 2 poblaciones estudiadas, para diferenciar a un niño de un curso normal de diarrea y catalogarlo como grave, están representados por la sintomatología y signos clínicos que se presentan siempre en esta enfermedad, lo cual nos induce a pensar que el concepto aceptable que posee la gente acerca de la gravedad de un niño con asientos, está determinado en cien por ciento por lo que han observado en su experiencia directa con la enfermedad.

Es evidente que esta situación analizada a fondo, deja entrever un bajo nivel de educación sanitaria en el área rural y que lo que conocen al respecto, es producto de sus múltiples experiencias con sus propios hijos.

Lugares a donde acuden las personas en busca de ayuda, cuando consideran que un niño está "grave de asientos" (diarrea), tanto en el área rural como en el área urbana.



Gráfica No. 7

- 1- Consultan en la farmacia (la más cercana).
- 2- Consultan con un médico (privado).
- 3- Consultan con un curandero (cualquiera).
- 4- No consultan con nadie (sólo tratamiento casero).
- 5- Consultan en el Centro de Salud (mas cercano).
- 6- Consultan en el hospital (mas cercano).

Interpretación de la gráfica No. 7

En el área rural, las personas cuando tienen a un niño grave con asientos, acuden en mayor porcentaje a la farmacia (o al médico), luego un porcentaje menor acude a un curandero y una mínima parte no consulta con nadie y es claramente evidente que ninguna persona acude a los servicios de salud pública.

Las personas en el área urbana muestran una muy marcada preferencia por acudir al médico privado en busca de ayuda cuando tienen a un niño grave con asientos y muy pocas personas acuden a los otros lugares donde podrían encontrar ayuda, siendo bastante mínima la participación que le dan a un curandero.

Muy pocas personas, no consultan a nadie.

Análisis de la gráfica No. 7

Considero en general que cuando se trata de buscar ayuda para el tratamiento de un niño con asientos en estado de gravedad, se pone de manifiesto en ambas poblaciones, además de la poca educación al respecto, la situación económica de los pacientes, pues es evidente que, aunque un porcentaje de personas en el área rural busca ayuda médica privada, es mucho mayor el porcentaje (si los sumamos) que busca la farmacia o un curandero, donde cualquier tratamiento les cuesta más barato, aunque se expongan a la ineffectiva de los mismos y a las consecuencias de su fracaso, mientras en el área urbana donde se supone un mejor nivel económico, la mayoría busca directamente a un médico privado, siendo muy bajo el

porcentaje de las personas que buscan solamente la farmacia o un curandero. Con respecto a lo anterior considero que se le debe disminuir realmente, un considerable porcentaje al dato que señala un alto porcentaje de personas que buscan al médico, puesto que existe muchísima posibilidad (seguramente sucedió) de que las personas al ser interrogadas al respecto, contestarán la mejor alternativa, la cual defiende su personalidad y su imagen.

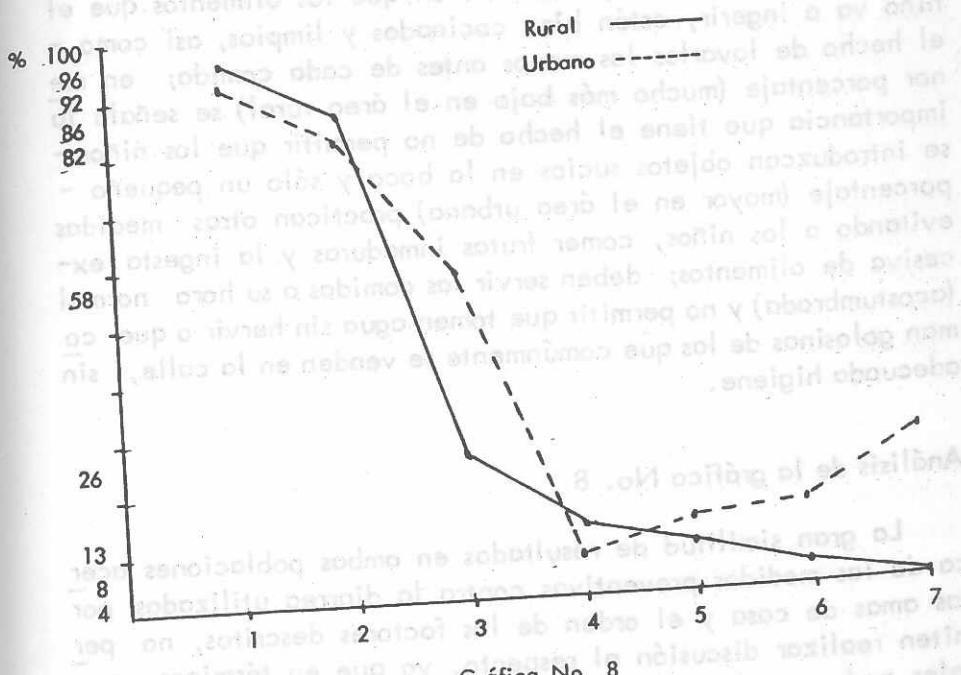
Hay que poner mucha atención en la influencia que tiene el aspecto económico de un paciente en sus posibilidades de tratamiento adecuado, pues si analizamos detenidamente los resultados, existen (aunque sea en bajo porcentaje) en las 2 poblaciones, personas que definitivamente por su situación económica, no acuden a nadie para que les ayude ante la gravedad de un niño con diarrea.

Existe una poquíssima aceptación de los servicios de salud pública entre las personas del área urbana, quienes argumentan problemas relacionados con el tiempo que tienen que gastar para obtener una consulta médica, pero esto en el área rural es mucho más difícil porque además de los problemas señalados, agregan la gran distancia que tendrían que recorrer — a pie para llegar a ellos.

Considero que el fenómeno descrito anteriormente, es más el resultado de las costumbres y tradiciones que al respecto poseen las personas que no buscan los servicios de salud profesionales pero tratan de esconder esta verdad proporcionando otra clase de respuestas para justificar su situación.

PREVENCION DE LA DIARREA

Medidas más utilizadas tradicionalmente, tanto en el área rural como en el área urbana, para la prevención de los asientos (diarrea), en los niños menores de 5 años.



Gráfica No. 8

- 1- Servir la comida (los alimentos) bien cocida y aseada.
- 2- Lavarles bien las manos (de los niños) y los trastos que les sirven para comer, antes de cada comida.
- 3- Cuidar que el niño no se meta cosas sucias (juguetes, las manos, frutas, etc.) en la boca.
- 4- Cuidar que el niño no coma frutas verdes (inmaduras).
- 5- No permitir que los niños coman mucho (en exceso).
- 6- Evitar que los niños coman fuera de la hora debida (más tarde de lo normal).
- 7- No dejar que los niños tomen "agua de la pila" (sin hervir), y que coman golosinas compradas en la calle (tacos, enchiladas, chiles rellenos, pastelillos, etc.).

EDUCACION EN SALUD

Interpretación de la gráfica No. 8

Los resultados expresados en la gráfica, señalan una gran similitud entre las 2 poblaciones en relación a las medidas utilizadas por las amas de casa para la prevención de la diarrea en sus niños, haciendo mayor énfasis en que los alimentos que el niño va a ingerir, estén bien cocinados y limpios, así como - el hecho de lavarles las manos antes de cada comida; en menor porcentaje (mucho más bajo en el área rural) se señala la importancia que tiene el hecho de no permitir que los niños - se introduzcan objetos sucios en la boca y sólo un pequeño porcentaje (mayor en el área urbana) practican otras medidas evitando a los niños, comer frutas inmaduras y la ingesta excesiva de alimentos; deben servir las comidas a su hora normal (acostumbrada) y no permitir que tomen agua sin hervir o que coman golosinas de las que comúnmente se venden en la calle, sin adecuada higiene.

Análisis de la gráfica No. 8

La gran similitud de resultados en ambas poblaciones acerca de las medidas preventivas contra la diarrea utilizadas por las amas de casa y el orden de los factores descritos, no permiten realizar discusión al respecto, ya que en términos generales podemos afirmar que en las 2 poblaciones estudiadas conocen las medidas básicas para una adecuada prevención de la diarrea, pero ésto definitivamente no implica que lo practiquen en su hogar, pues es contradictorio con el hecho de que la diarrea tenga la mayor tasa de mortalidad infantil en Totonicapán lo cual nos obliga a hacer énfasis en la situación señalada antes, en que las personas al ser interrogadas directamente por una persona a quien no conocen, señalan la mejor alternativa aunque en el campo de la práctica no hagan realidad estos conceptos.

Area rural y urbana.

No.			Area Rural	Area Urbana
1	Personas que han recibido alguna vez, una charla respecto a diarrea	SI NO	17 % 83 %	13 % 87 %
2	Charla impartida por enfermera		100 %	75 %
3	Charla impartida por médico		0 %	25 %

Cuadro No. 4

EL AGUA PARA CONSUMO DEL HOGAR

Area rural y urbana.

No.			Area Rural	Area Urbana
1	Utilizan agua del chorro público		87 %	20 %
2	Utilizan agua del chorro privado		13 %	80 %
3	Personas que "siempre" hierben bien el agua que consumen en el hogar.	SI NO	96 % 4 %	97 % 3 %

Cuadro No. 5

DISPOSICION DE EXCRETAS

Area rural y urbana.

No.		Area Rural	Area Urbana
1	Hogares que tienen letrina	96 %	97 %
2	Hogares que no tienen letrina	4 %	3 %
3	Años promedio en que comienzan (solos), a usar la letrina.	7 ¯	4 ¯
4	Niños que aún no usan la letrina (por - muy pequeños) y defecan en los terrenos.	83 %	10 %
5	Niños que defecan en cualquier lugar del patio (que aún no usan la letrina).	4 %	7 %
6	Defecan en bacín (aún no en la letrina).	13 %	83 %

Cuadro No. 6

Interpretación del cuadro No. 4

Los resultados nos indican que un alto porcentaje de personas en ambas poblaciones estudiadas, nunca han recibido una charla o clase referente a la diarrea; es mínimo el porcentaje de personas que sí han recibido una charla de este tipo, las cuales casi en su totalidad han sido impartidas por personal de enfermería.

Análisis del cuadro No. 4

Considero que el nivel de educación con respecto a la diarrea, es bastante deficiente y que afecta por igual al área rural y urbana; ésto nos proporciona una base firme para pensar en la posible explicación de una alta tasa de mortalidad infantil provocada por la diarrea en esta región.

Llama la atención observar la gran similitud de resultados en ambas poblaciones, si razonamos que el área urbana (en este caso cabecera departamental) cuenta con servicios de salud competentes y disponibles para tal efecto, los cuales no existen en el área rural.

Interpretación del cuadro No. 5

En el área rural la gran mayoría de personas utiliza chorro de servicio público para su abastecimiento de agua, muy contrariamente al área urbana, donde al agua se obtiene de chorros privados en su mayoría. Casi todas las personas en las 2 poblaciones aseguraron que siempre hierven el agua que utilizan para consumo en el hogar.

Análisis del cuadro No. 5

La evidente dominancia de los chorros públicos sobre los privados para el abastecimiento del agua en el área rural en contraposición con lo que sucede en el área urbana, es simplemente el reflejo de las condiciones económicas de las mismas y al mismo tiempo, hace evidente el grado de riesgo y la facilidad con que se puede diseminar una infección a través del agua si tomamos en cuenta que casi todos los chorros públicos cuentan con una pileta de depósito, de donde las personas recogen el agua, que puede ser contaminada por cualquiera de ellas.

También es importante discutir la confiabilidad del dato que muestra un alto porcentaje de personas en las 2 poblaciones las cuales "siempre" utilizan agua hervida para consumo, puesto que seguramente entra en acción el fenómeno de responder la mejor alternativa, ante una pregunta de tipo cerrado; creo que aunque las personas "sepan" lo que se debe hacer, muy pocas veces lo practican.

Interpretación del cuadro No. 6

Casi la totalidad de las casas en ambas áreas (rural y urbana) poseen un lugar adecuado (letrina) para la disposición de las excretas, pero existe notable diferencia en cuanto a la edad promedio en que los niños comienzan a utilizar por sí solos, la letrina para la evacuación de sus excretas, pues en el área rural lo hacen hasta 3 años después que los niños en el área urbana (4 años). De los niños que aún no usan la letrina para la evacuación de sus excretas (por ser muy pequeños), una importante mayoría (en el área rural) lo hacen en los te-

rrenos que circundan la casa, un menor porcentaje lo hacen en bacín y una minoría lo hacen en cualquier lugar del patio de la casa, mientras en el área urbana, la gran mayoría de estos niños, defecan en bacín, un pequeño porcentaje lo hace en el terreno alrededor de la casa (pocas casas tienen terreno adyacente) y aquí también una minoría de niños, defecan en cualquier lugar del patio de la casa.

Análisis y discusión del cuadro No. 6

Existe un alto porcentaje de hogares en el área rural (similar al porcentaje del área urbana) que cuentan con un adecuado lugar para la disposición de las excretas (letrina), lo cual es un dato bastante satisfactorio si lo analizamos en relación a las demás comunidades rurales del altiplano, en donde la disposición de las excretas se realiza sin las más elementales normas higiénicas; pero tampoco se debe ignorar el pequeño porcentaje de hogares que no cuentan con este servicio, - porque podría deberse a una situación diferente de las que conocemos, en vista de que, en base a los resultados que tenemos, aparentemente no es tan difícil y mucho menos extraño, que una casa cuente con este servicio tan importante.

Considero que la diferencia encontrada entre las 2 comunidades investigadas, con respecto a la edad promedio en que los niños comienzan a utilizar adecuadamente la letrina, se debe más que todo a factores educacionales, puesto que si se les diera a conocer su importancia, las madres de familia del área rural los enseñarían a sus hijos, la utilización de la letrina, a más temprana edad. El factor educacional también influye en el hecho de que el mayor porcentaje de los niños pequeños del área rural (los cuales aún no pueden usar adecuadamente la letrina) depositen sus excretas en cualquier par-

te del terreno, dejándolo al descubierto entre el sembrado de maíz y trigo a merced de las moscas que son los más comunes vectores, lo cual además es aceptado por los padres por el hecho de que sirven (las heces) como abono para la milpa; pero es más sorprendente aún el hecho de que algunos padres (en ambas poblaciones) permitan que sus niños depositen sus excretas en cualquier lugar de la misma casa, no solo por el aspecto que ofrecen las heces tiradas en el piso sino por el mayor riesgo de enfermedad que ello representa. En el área urbana la situación es más aceptable, pues los niños en su mayoría defecan en bacín, luego sus excretas son depositadas en la letrina por una persona mayor.

CONCLUSIONES

- 1- El concepto de diarrea (en su curso normal y su estado de gravedad) que tienen las amas de casa de las 2 poblaciones estudiadas (rural y urbana), es técnicamente aceptable, no alejado de la realidad, el cual han adquirido en base a su frecuente experiencia con la misma.
- 2- El nivel educacional que poseen las personas con respecto a la etiología diversa de la diarrea en los niños menores de 5 años, es bastante deficiente en el área rural y (en términos generales) aceptable en el área urbana.
- 3- Tanto en el área rural como en el área urbana (mayormente en el área rural), existe una considerable tendencia de darle importancia a los aspectos emocionales negativos (sustos, tempestad, lluvia copiosa, deseos reprimidos, mal de ojo), como causantes de diarrea en niños menores de 5 años.
- 4- Una gran mayoría de madres de familia (área rural y urbana), le brinda adecuada protección emocional (psicológica) a sus niños, cuando éstos están enfermos de diarrea.
- 5- Un alto porcentaje de amas de casa, tanto del área rural como del área urbana, les proporcionan tradicionalmente a sus niños (cuando están enfermos de diarrea), una dieta especial a base de atoles y otras comidas que únicamente contienen carbohidratos, restringiéndoles casi todos los alimentos que normalmente les proporcionan proteínas.

- 6- En el área rural de Totonicapán (más que en el área urbana) casi la totalidad de amas de casa utilizan para el tratamiento primario de la diarrea en sus niños, - una extensa variedad de "hierbas", las cuales a través de generaciones enteras, se han conocido y utilizado por sus efectos medicinales y que ellas (las amas de casa) han aprendido de sus mayores, reflejando profunda-mente con ésto, parte de sus costumbres y tradiciones.
- 7- En el área rural, las costumbres, las tradiciones, el ba-jó nivel educacional y el bajo nivel económico de las personas es lo que determina que éstas no busquen ayu-dada adecuada (profesional) aún ante la gravedad de un proceso diarréico en un niño menor de 5 años.
- 8- Tanto en el área rural como en el área urbana, las amas de casa "conocen" (no implica que lo practiquen) - la mayoría de reglas higiénicas básicas para una adecuada prevención de la diarrea.
- 9- Casi todas las amas de casa (de las 2 poblaciones) ja-más han recibido una clase o charla educativa referen-te a la diarrea.
- 10- El cien por ciento de amas de casa de las 2 poblacio-nes estudiadas, tiene disponible un suministro adecuado de agua "potable" (agua canalizada que alimenta cho-rros públicos y privados).
- 11- Casi en todos los hogares del área rural y urbana, se cuenta con un adecuado lugar para la disposición de las excretas (letrina o sanitario), pero en el área rural exis-te una antihigiénica y desordenada disposición de las excretas de los niños que por ser pequeños aún no pueden utilizar la letrina.
- 12- Solamente las mejoras logradas (en el área rural) en relación al abastecimiento del agua y el saneamiento am-biental, no han logrado la reducción de las enfermeda-des diarréicas, porque ejercen mucha más influencia so-bre ellas, las tradiciones, creencias y costumbres que allí poseen.
- 13- En términos generales, es totalmente evidente que las -costumbres, creencias y tradiciones de las dos poblacio-nes estudiadas (rural y urbana), determinan en gran por-centaje el comportamiento y las actitudes de las amas -de casa con respecto a la prevención, manejo y trata-miento del síndrome diarréico en los niños menores de 5 años.

RECOMENDACIONES

- 1- Darle mayor importancia a la realización de investigaciones encaminadas al conocimiento de las costumbres, creencias y tradiciones de una comunidad en relación a las enfermedades, tratando de comprender éstos fenómenos para poder encontrar el punto clave que nos permita un mejor acercamiento a ellos (los habitantes de la comunidad), y así poder participar (ayudar) de una mejor manera, en su proceso de salud-enfermedad.
- 2- Tratar de aprovechar y utilizar hasta donde sea posible, las creencias, costumbres y tradiciones médicas de una comunidad, introduciendo a través de ellas todas las medidas y medicamentos esenciales de la medicina moderna, dirigidas al manejo y tratamiento del síndrome diarréico en niños menores de 5 años, para no aparecer ante ellos de una manera impositiva y autoritaria, denigrando sus bien arraigados conceptos tradicionales.
- 3- Darle participación a personas de la misma comunidad - (madres de familia, comadronas, etc.), tomando muy en cuenta sus opiniones en la elaboración de cualquier programa de salud dirigido a ellos mismos, intentando de esta manera, evitar su rechazo a los servicios de salud pública.
- 4- Exigir ante las autoridades de salud pública, la implantación de un programa educacional extenso y completo, que de la mejor manera y por el medio más adecuado - proporcione eficientemente, una educación básica a todas las amas de casa del país (especialmente en las áreas rurales), con respecto a la prevención, riesgos,

etiología, manejo y tratamiento de un niño con síndrome diarréico, en su fase normal como en su fase de gravedad.

- 5- Tratar de investigar y conocer científicamente, el compuesto químico activo contenido en cada "hierba" utilizada tradicionalmente en el tratamiento de "los asientos" (diarrea), para descartar o afirmar sus posibles efectos - en contra del síndrome diarréico en niños.

RESUMEN

El presente trabajo es un estudio que fué realizado con la finalidad específica de conocer teóricamente los conceptos, manejo y tratamientos tradicionales utilizados en relación al síndrome diarréico en niños menores de 5 años en una comunidad rural y otra urbana del departamento de Totonicapán, Guatemala.

Para ello, primeramente se determinaron 7 variables a investigar (concepto, etiología, tratamiento, prevención, educación en salud, tipo de agua para consumo y disposición de excretas), las cuales fueron consideradas adecuadas para lograr los objetivos deseados.

Seguidamente se delimitó el universo a estudiar, el cual está representado por las amas de casa u otras personas que por su experiencia al respecto, son los encargados del manejo y tratamiento de un niño con diarrea; además como era necesario obtener una muestra representativa para cada población, se utilizó la fórmula específica para obtener un muestreo estratificado, en base a lo cual se realizó la investigación en, 23 personas (una sola persona en cada casa) en el área rural y 60 personas en el área urbana, las cuales fueron entrevistadas directamente en su casa, utilizando como único instrumento de medición, una boleta de encuesta elaborada específicamente para este estudio (asesorada por el INCAP), con lo que al final de la investigación se obtuvieron como resultados, múltiples situaciones que demuestran y confirman el gran valor y la relevante influencia de las creencias, costumbres y tradiciones de la gente (especialmente en el área rural), en el manejo y tratamiento de la diarrea en niños, utilizando casi en la totalidad de casos, una variada cantidad de "hierbas" que son uti-

lizadas como remedios específicos para la misma, lo cual sólo es producto de los conocimientos que heredaron de sus antepasados.

Además, los resultados de esta investigación también nos reflejan en términos generales, que existe un bajísimo nivel educacional en lo que a salud se refiere y más específicamente en relación al síndrome diarréico, principalmente en el área rural.

Además podemos conocer también que los pocos elementos (intervinientes en la diarrea) que "conocen" aceptablemente las amas de casa de las 2 poblaciones estudiadas son, el concepto de la diarrea, el concepto de la gravedad de la diarrea y las causas más comunes que provocan el desencadenamiento de la misma, los cuales han aprendido por la observación directa de lo sucedido, en sus múltiples experiencias con el problema, en sus propios hijos.

En términos generales, el presente trabajo de investigación, cumple con los objetivos propuestos al lograr identificar la mayor cantidad posible de aspectos tradicionales respecto al síndrome diarréico en niños menores de 5 años, que utilizan en el área rural y en el área urbana de Totonicapán.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Adams, R.N. *Un análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala*, C.A. - Guatemala, Ministerio de Educación Pública, 1952. 105p. (pp. 14-55)
- 2- Adams, R.N. *La antropología aplicada en los programas de salud pública de la América Latina*. Bol Of Sanit Panam 1952 Octubre; 33(4):298-305
- 3- Bracamonte, R.E. *Medicina tradicional en el municipio de Zacualpa*; Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1979. 44p.
- 4- Chavarría, J.A. *Aspectos socio-culturales y morbilidad de una comunidad indígena guatemalteca*; San Juan Chamelco, Alta Verapaz. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1977. 56p.
- 5- Deras, J.L. *Zaragoza, costumbres y creencias que impiden una buena utilización de los servicios de salud*; Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1976. 67p.
- 6- Guatemala. Dirección General de Servicios de Salud. *Programa de saneamiento ambiental*. 1981. 114p. - (pp. 3-58)

- 7- Guevara, C.C. Creencias y prácticas en la medicina tradicional de El Salvador. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud* 1976 Septiembre-Diciembre; -2(5):127-131
- 8- Henne, M.G. La comida quiché: su estructura cognitiva en Chichicastenango, Guatemala. *Guatemala Indígena* 1980 Enero-Junio; 15(1-2):111-133
- 9- Hurtado, J.J. La mollera caída: una subcategoría de las enfermedades producidas por la ruptura del equilibrio mecánico del cuerpo. *Boletín bibliográfico de antropología americana* 1979 Septiembre; 41(50):37-53
- 10- Hurtado, J.J. Algunas ideas para un modelo estructural de las creencias en relación con la enfermedad en el altiplano de Guatemala. *Guatemala Indígena* 1973 Febrero; 8(1):1-22
- 11- Kroeger, A. Los indígenas sudamericanos ante una alternativa: servicios de salud tradicionales o modernos en las zonas rurales de Ecuador. *Bol Of Sanit Panam* 1982 Octubre; 93(4):300-303
- 12- Naranjo, P. Medicina indígena y popular de América Latina y medicina contemporánea. *Guatemala Indígena* 1978 Enero-Junio; 13(1-2):186-219
- 13- Nelson, W.E. et al *Tratado de pediatría*. 7a. ed. Barcelona, Salvat, 1980. t. 1 (pp. 855-857)
- 14- Nevenswander, H.L. et al. El síndrome caliente-frío, húmedo-seco entre los quichés de Joyabaj: dos modelos cognitivos. *Guatemala Indígena* 1980 Enero-Junio; 15(1-2):139-167
- 15- OPS-UNICEF. *Diarreas y rehidratación oral*. Guatemala, OPS/OMS/Area III, s.p. 99p.
- 16- Organización Panamericana de la Salud. *Control de las infecciones entéricas*. Discusiones técnicas de la XIV reunión del consejo directivo de la OPS. Washington, 1963. 83p. (Publicación científica No. 100)
17. Ruiz, B.W. *Evaluación de algunos conocimientos y creencias sobre salud-enfermedad y los servicios de salud de una población rural guatemalteca*; Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1974. 44p.
18. Scrimshaw, S.C. Posibilidades de integración de la medicina indígena y occidental en América Latina y en las poblaciones hispánicas de los Estados Unidos de América. En: Velimirovic, B. *La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense*. Washington, OPS. 1978. (Publicación científica No. 359)
19. Solien, N. et al Prácticas de alimentación infantil observadas en una aldea de Guatemala y su significado desde el punto de vista de la salud pública. *Bol Of Sanit Panam* 1959 Enero; suplemento No. 3:216-221
- 20- Solien, N. Creencias médicas de la población urbana de Guatemala. *Guatemala Indígena* 1971 Diciembre; 6(4):169-175
- 21- Son, B. *Servicios comunales de salud*. Guatemala, Universitaria, 1980. 148p. (pp. 7-25)

22- Velimirovic, B. La medicina moderna y la antropología - médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense. Washington, OPS, 1978. 238p. (Publicación científica No. 359)

23- Werner, D. Donde no hay doctor; una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos. 3a ed. México, Pax, 1976. 402p. (pp. 7-10)

Yo Yo
Estimados

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
OPCA — UNIDAD DE DOCUMENTACION

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

(C I C S)

Dr. Jaime Rolando Ríos H.
ASESOR.

Dr. Juárez Rolando Ríos Et.
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado 3328

SATISFECHO:

Autógrafo autorizado
Dra. Mirta Juárez de A.

REVISOR.

Dra. ALITZA I. JUAREZ G.
Medico y Cirujano
Colegiado 3328

ROBADO:

Lic. Francisco Mendizabal Prem
DIRECTOR DEL CICS

IMPRIMASE:

Dr. Mario René Moreno Cámbara
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
U S A C .

Guatemala, 9 de Agosto de 1984.-

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
U S A C
CICLO LECTIVO 1984
DECÁNO 82-86
Dr. Mario René Moreno Cámbara
GUATEMALA, C. A.

s conceptos expresados en este trabajo
n responsabilidad únicamente del Autor.
Reglamento de Tesis, Artículo 44).