

**"CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE
DROME DIARREICO AGUDO Y SU TRATAMIENTO EN
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS".**

*(Estudio Comparativo en Madres Alfabetas y Analfabetas de la Aldea
Godínez, Departamento de Sololá. Septiembre de 1995 a
Febrero de 1996).*

TESIS

*Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala*

POR

EDGAR RENE GIRON SESAM

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, mayo de 1996

INDICE

	<i>Pág.</i>
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACION	4
IV. OBJETIVOS	7
V. MARCO TEORICO Y DE REFERENCIA (REVISION BIBLIOGRAFICA)	8
VI. METODOLOGIA	23
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	29
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	53
IX. CONCLUSIONES	60
X. RECOMENDACIONES	62
XI. RESUMEN	63
XII. BIBLIOGRAFIA	65
XIII. ANEXOS	67

I. INTRODUCCION

La Enfermedad Diarreica es una de las principales causas de morbi-mortalidad en niños menores de 5 años en los países en vías de desarrollo, y la deshidratación secundaria a ésta, es un problema de salud importante, debido a que es la principal causa de muerte en estos niños.

Partiendo de un marco nacional caracterizado por los altos índices de analfabetismo y deficiente condición socio-cultural (ignorancia, hacinamiento, tradiciones culturales, problemas lingüísticos) que favorecen la discriminación de la mujer, quien presenta los mayores índices de analfabetismo y que tiene menor acceso a los sistemas educativos, siempre se ha considerado que las creencias, actitudes y prácticas de la madre analfabeta favorecen la morbi-mortalidad del niño menor de 5 años, mientras la madre alfabetada por tener mayor acceso a la información logra un mejor nivel de salud. Por lo anterior se decidió comparar ambos grupos de madres para determinar si en realidad existen o no estas diferencias, en cuanto a sus Creencias, Actitudes y Prácticas sobre Síndrome Diarreico Agudo y su Tratamiento en Niños Menores de 5 Años.

Este estudio se realizó en la Aldea Godínez, San Andrés Semetabaj, Sololá. Se utilizó una boleta de recolección de datos con preguntas abiertas y cerradas, entrevistando a 40 madres, dentro de las cuales se encontraron 24 alfabetadas y 16 analfabetadas.

En cuanto al concepto de diarrea, se logró determinar que las madres analfabetadas tienen un mejor conocimiento de lo que ésta es, considerándola como evacuaciones líquidas en un 25.0 %, en comparación de un 8.3 % de madres alfabetadas. El total de madres, de ambos grupos, consideran como causa de diarrea el no lavarse las manos o ingerir alimentos y agua contaminados. Ambos grupos de madres tienen un escaso conocimiento sobre deshidratación, no considerándola como la principal causa de muerte en el niño con diarrea, lo que conlleva a que en el tratamiento de estos niños se utilicen poco las Sales de Rehidratación Oral, prefiriéndose principalmente el uso de plantas (las cuales son baratas y fáciles de conseguir), así como automedicar a los niños con antibióticos, antiparasitarios y antidiarreicos, sin considerarse sus efectos secundarios. Así mismo se logró determinar que los grupos comparados realizan prácticas negativas, principalmente las madres alfabetadas, en cuanto a lactancia materna y alimentación del niño menor de 5 años con diarrea. Los resultados obtenidos evidencian que no existe diferencia en las Creencias, Actitudes y Prácticas en el grupo de madres comparadas, determinándose así que la Medicina Tradicional es un factor mucho más importante que el analfabetismo. Esperamos que el presente estudio contribuya a mejorar el enfoque que deben tener los programas de salud dirigidos a la madre guatemalteca, alfabetada y analfabetada, logrando así un mejor nivel de salud en nuestra población.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La enfermedad diarreica se define como un aumento en la frecuencia de la evacuación, fluidez y volumen de las heces, de lo habitualmente acostumbrado. Se estima que durante los tres primeros años de vida, el niño experimentará de 1 a 3 episodios severos, agudos de diarrea. La mayoría de los episodios de diarrea aguda se solucionan en 72 horas con la administración de líquidos y simple modificación de la dieta. (6,17)

En nuestro país, diversos estudios demuestran que los niños menores de 5 años tienen, en promedio, diez episodios anuales de diarrea. (11)

En el Departamento de Sololá, para 1991 se presentaron 3834 casos de diarrea, correspondiendo a 3.4 % del total de casos, por esta enfermedad, a nivel nacional. Para el año de 1994, se reportaron 1727 casos, equivalente a 2.03 %. Esta disminución observada, ha sido explicada en base a las medidas que se han tomado para la prevención y control del cólera, medidas que han influido en la disminución de las tasas de incidencia para la enfermedad diarreica en general. (21)

Uno de los efectos negativos de la enfermedad diarreica, es la deshidratación, resultante de la pérdida excesiva de agua y sales en las materias fecales. "Las células del niño trabajan a mayor velocidad que las del adulto, por lo que el niño necesita proporcionalmente más cantidad de agua". (6)

El único tratamiento efectivo y sencillo de la deshidratación es la reposición continua de agua y sales perdidas. El tratamiento de rehidratación oral es un método sencillo que no necesita mayores recursos materiales ni económicos. (7,8,10,13)

La población rural guatemalteca, utiliza sus propios esquemas médicos para diagnosticar y tratar los procesos diarreicos, los cuales no son considerados como una enfermedad, sino que representan el síntoma de una enfermedad, tal como: "alboroto de lombrices, empacho, frío en el estómago, salida de los dientes, etc." Los agentes causales, en su mayoría, están íntimamente relacionados con la sobrealimentación de alimentos clasificados como fríos-calientes. (2,3,7,12)

La concepción prevalente consiste en que una sobredosis de alimentos fríos provoca un cuadro clínico mucho más severo que una sobredosis de alimentos calientes. (5,7,14)

El hombre desde su inicio, tuvo que idear formas para satisfacer sus necesidades y darle concepto a los fenómenos naturales. Con su experiencia generó un cuerpo de creencias y costumbres, las que fue transmitiendo a las siguientes generaciones. Esta experiencia del hombre, que le da pasado histórico y lo provee de un futuro es lo que se llama cultura. (2,3,14,19)

En Guatemala, sin soslayar el aspecto cultural (elemento muy importante en la toma de decisiones para llevar salud a la población), y dentro del dominio del campo antropológico, existen una serie de creencias, conocimientos, prácticas y actitudes ancestrales que usan las diferentes comunidades en el manejo del fenómeno salud-enfermedad. (3,5,12)

Concomitantemente, la ciencia médica presenta un desarrollo histórico-social, muy evolucionado, emergiendo así un tipo de medicina científica, pero coexistiendo al mismo tiempo otro tipo de medicina tradicional en una misma comunidad, las que incluso lejos de ser complementarias una de otra en muchas ocasiones suelen ser antagónicas entre sí. (2,12)

Las creencias y prácticas médicas constituyen una importante gama de elementos culturales que se interrelacionan con factores biológicos, económicos y sociales. Así pues, nos encontramos con un gran vagaje de conocimientos científicos y no científicos, racionales o irracionales, complejos y profundos a la vez que simples y superficiales, de entender; todos los cuales, no han desaparecido, a pesar de todo el avance de la ciencia y de la tecnología actual que ha intentado desplazarlos o reemplazarlos. (2,5,7,19)

En Guatemala se posee una cultura, en cuyas raíces ancestrales de los antiguos mayas, manifiesta las distintas creencias médicas que realizan muchos guatemaltecos y principalmente los habitantes del área rural e indígena de nuestras comunidades; cultura que todavía se conserva, a pesar de todo el tiempo transcurrido desde el origen de nuestros ancestros hasta la época actual. (3,5)

Es importante para las instituciones privadas o estatales del campo de la salud, conocer y establecer la cultura de los pueblos, especialmente las del área rural, para comprender mejor las necesidades de cada región e implementar programas de salud acorde a las necesidades de cada comunidad, considerándose que las creencias y costumbres pueden cambiar de una comunidad a otra, dependiendo del desarrollo histórico, cultural y económico de cada población en particular. (7,14)

III. JUSTIFICACION

La enfermedad diarreica es una de las principales causas de morbimortalidad en niños menores de 5 años de edad. La OMS indica que cada año la diarrea es responsable de aproximadamente 5 millones de muertes de niños menores de 5 años en países subdesarrollados. (6,8,14)

La medicina occidental, sólo ha considerado como responsables de la enfermedad diarreica a los factores biológicos, económicos y sociales; aislando los elementos culturales arraigados en grandes poblaciones y que inciden en beneficio o deterioro de la salud. (14)

La OMS, indica que no solamente a través de la práctica médica científica se puede alcanzar un objetivo concreto, como es: Salud para Todos en el año dos mil. Necesita apoyarse a la práctica médica tradicional y encontrar mecanismos favorables para enlazar ambos esquemas médicos, y así beneficiar a poblaciones mayoritarias, que por razones culturales y condiciones socioeconómicas no hacen uso de la medicina institucionalizada. (2,14)

Dos de cada 5 defunciones que ocurren en Guatemala corresponden a niños menores de 5 años; en más de la mitad de estos casos la muerte se debe a causas evitables (diarrea, 30.6 %; IRA, 22.8 %; perinatal, 19.5 %; nutricional, 3.4 %; y enfermedades inmunoprevenibles, 1.3%). Diversos estudios demuestran que los niños menores de 5 años tienen, en promedio, diez episodios anuales de diarrea. (11)

Las principales causas de defunción durante 1990, causadas por enfermedades prevenibles, según la Unidad de Informática de la Dirección General de Servicios de Salud, fueron: enfermedades infecciosas intestinales (0.68), enfermedades del aparato respiratorio (0.61), y deficiencias de la nutrición (0.58). (11)

Las principales enfermedades de notificación obligatoria fueron: infecciones respiratorias agudas 55 %, síndrome diarreico agudo 30 %, desnutrición 6 %, dengue 2 %, sarampión 1% y tuberculosis 1 % . (11)

Para 1990, con datos actualizados para 1993, el déficit de cobertura de servicios de agua potable era de 38 % a nivel nacional (en el área urbana 8 % , y mucho más acentuado en el área rural en donde el déficit alcanzaba el 54 %). En lo referente al saneamiento, el sistema de drenaje y alcantarillado en el área urbana tiene un déficit de 28 %, el de letrinas, alcanza el 49 % en el área rural. (11)

Se estima que cerca del 85 % de los sistemas instalados, provee agua con cierto grado de contaminación por falta de tratamiento adecuado y protección de las fuentes. Esto explica, en gran parte, la elevada incidencia de enfermedad diarreica y la presencia, con carácter endémico, del cólera. (11)

Otro factor importante es la falta de higiene en la manipulación de los alimentos. Se ha demostrado que un alto porcentaje de las enfermedades diarreicas se debe a alimentos contaminados. Este factor se ve agravado por la falta de educación para la salud de la población, que muchas veces alcanza al personal de salud. Así mismo, los acueductos rurales han alcanzado un 90 % de contaminación en las cuencas hidrográficas, por la descarga de aguas servidas y excretas sin tratamiento previo, y por desechos industriales y agroquímicos. (11)

En Guatemala, además de los problemas socioeconómicos, tenemos los problemas lingüísticos y culturales de las comunidades rurales que imposibilitan el desarrollo de los programas oficiales de salud. (14,19) Se estima que en nuestro país existen 23 lenguas, 21 de ellas de origen maya (las mayoritarias: kakchiquel 26.04 % , quiché 26.04 % , kekchí 14.58 % , mam 8.3 % y otros 25 %); la garífuna y el español (lengua oficial). (11)

Las comunidades rurales tienen sus culturas propias aunque se hable el mismo dialecto en determinadas poblaciones. La gama de creencias y prácticas sobre la enfermedad diarreica y su manejo son por lo tanto muy amplios. (5,7,14)

Partiendo de un marco nacional caracterizado por los altos índices de analfabetismo y un fenómeno multilingüístico, aunado con lo ya descrito, no ha sido posible proyectar un programa de educación en salud adecuado; el cual podría lograr buenos hábitos higiénicos y de salud en los estratos poblacionales de mayor riesgo. (11)

El índice de analfabetismo, profundizado con el insuficiente logro en la educación bilingüe, así como las condicionantes económicas que obligan la migración estacional familiar y el abandono de la escuela, dificulta la comprensión de mejoras de salud y la posibilidad de cambio de actitudes y hábitos negativos. (11)

De lo anterior podemos deducir fácilmente que la enfermedad diarreica continua siendo un importante flagelo a la salud del niño menor de 5 años, como lo demuestran datos encontrados para años anteriores (1988) y comparados con los actuales, los que dan a conocer que aún continúa siendo la principal causa de mortalidad infantil en nuestro país, y segunda causa de morbilidad en este grupo etáreo. Aunado a esto encontramos el analfabetismo, principalmente materno, pilar de suma importancia en la estructura de la salud, ya que es la madre el primer contacto del niño enfermo, y quien de acuerdo a sus creencias, actitudes y prácticas iniciará el tratamiento que podrá beneficiar o no al niño.

Por otro lado, la madre alfabetizada posee también una cultura propia, la cual puede influir en el tratamiento del niño con diarrea, aun cuando ésta tenga mayor acceso a la educación en salud y conozca el tratamiento adecuado.

Por lo anteriormente expuesto se decidió realizar el presente tema de investigación con el fin de determinar si realmente existen o no diferencias entre madres alfabetas y analfabetas en cuanto a sus creencias, actitudes y prácticas sobre Síndrome Diarreico Agudo y su Tratamiento en niños menores de 5 años; tema que será de beneficio para el personal de salud y para la propia comunidad de estudio.

IV. OBJETIVOS

A. General:

Determinar las creencias, actitudes y prácticas que las madres alfabetas y analfabetas tienen sobre Síndrome Diarreico Agudo y su Tratamiento en niños menores de 5 años.

B. Específicos:

1. Comparar las creencias, actitudes y prácticas que madres alfabetas y analfabetas tienen sobre Síndrome Diarreico Agudo en niños menores de 5 años.

2. Comparar las creencias, actitudes y prácticas que madres alfabetas y analfabetas tienen sobre el tratamiento del Síndrome Diarreico Agudo en niños menores de 5 años.

3. Establecer el uso de Sales de Rehidratación Oral y/o de medicamentos en el tratamiento del Síndrome Diarreico Agudo, en niños menores de 5 años, por parte de madres alfabetas y analfabetas.

4. Determinar si existen diferencias en las creencias, actitudes y prácticas, entre madres alfabetas y analfabetas, con respecto a Síndrome Diarreico Agudo y su tratamiento en niños menores de 5 años.

V. MARCO TEORICO Y DE REFERENCIA (REVISION BIBLIOGRAFICA)

A. DIARREA

1. Aspectos Generales

La enfermedad diarreica es uno de los problemas más frecuentes con los que se enfrentan los médicos. En Guatemala, en lo que se refiere a morbilidad en 1990, del total de casos registrados con diagnóstico de diarrea, ésta respresentó un 30 % en niños menores de 5 años y es la primera causa de muerte en nuestro país, según la Unidad de Informática de la Dirección General de Servicios de Salud. (11)

Guatemala, como muchos países subdesarrollados, afronta entre sus múltiples dificultades un grave problema: el de la salud, a todas luces agudizado en los grupos sociales marginados, tanto del campo como de la ciudad. (5,19)

En tan serio problema se han considerado como responsables factores biológicos, económicos, sociales, aislando los elementos culturales arraigados en grandes poblaciones y que inciden en beneficio o deterioro de la salud. No fue hasta la década de los sesenta cuando se iniciaron estudios que enfatizan los componentes culturales que intervienen en el proceso salud-enfermedad, tales como los medicamentos, los alimentos y, en general, todo cúmulo de conocimientos médicos de raigambre ancestral y que, en mayor o menor escala, están vigentes en diferentes poblaciones del llamado tercer mundo. (14,19)

El bajo ingreso económico de la población incide directamente en el problema, ya que esta situación condiciona un ambiente apropiado para que se mantenga alta la prevalencia de las enfermedades diarreicas. (5,12)

Estudios realizados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social indican que, en Guatemala, la mayoría de enfermedades infecciosas se deben al gran déficit cuantitativo y cualitativo de la vivienda, la carencia de agua potable, energía eléctrica y disposición inadecuada de excretas; que en su conjunto constituyen las condiciones ambientales en que se desenvuelve la vida de la mayoría de la población guatemalteca, y que son fuente de un sin número de enfermedades, en especial de tipo infeccioso del tracto intestinal. (5,14)

La enfermedad diarreica se asocia a problemas nutricionales. Hay una relación causal bidireccional; la desnutrición predispone al huésped a la infección y por el otro lado, la diarrea ejerce un impacto negativo sobre el estado nutricional. (6)

Las condiciones higiénicas tanto a nivel personal como a nivel de comunidad son factores condicionantes en la transmisión de los organismos patogénicos que causan la enfermedad diarreica. La transmisión de las materias fecales puede

ocurrir por medio del agua, de los alimentos o bien, directamente por medio del ciclo ano-mano-boca. Para interrumpir la transmisión de los organismos patógenos se requiere de la aplicación de una serie de medidas tales como: el mejoramiento de los sistemas de distribución de agua potable y de la disposición de excretas, las medidas higiénicas personales y domésticas (en especial, lavado de manos), la higiene de los alimentos, el control de los reservorios y el control de las moscas. (6)

Además del mejoramiento de los factores ya mencionados, existen otros cuyo mejoramiento influye en la reducción de la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas, como son: elevación del nivel educacional tanto de niños como de adultos, toma de conciencia por parte de madre y demás familiares de la importancia de la atención precoz del paciente que incluye la utilización precoz y adecuada de Sales de Rehidratación Oral. (5,7,14)

2. Definición

La diarrea se define como un aumento en la frecuencia, fluidez, y volumen de las heces (17). Además, puede definirse como la pérdida excesiva de agua fecal debida a un aumento de secreción de agua, una reducción de la absorción o una combinación de ambas. (15,17,18)

La diarrea, cualquiera que sea su etiología, representa una pérdida anormal de sal y agua del organismo, lo que puede dar como resultado una deshidratación. (14,17)

Por otra parte la Organización Mundial de la Salud (OMS), la define de la siguiente manera: "en niños de 0 a 2 años de edad, tres o más evacuaciones líquidas en doce horas o una evacuación con las mismas características que contenga moco, pus o sangre"; en personas mayores se define como "dos o más evacuaciones líquidas o semilíquidas en doce horas o una evacuación que contenga moco, pus o sangre". (8,18)

Dependiendo de su duración se clasifica en: (14,18)

- a. Aguda: cuando dura de unas horas a ocho días.
- b. Prolongada: la que dura entre una y tres semanas.
- c. Crónica: Cuando se prolonga más de tres semanas.

3. Etiología

La etiología aún no es conocida en un 100 %, se puede decir de acuerdo con Turnberg, que existen 5 mecanismos por medio de los cuales se produce la diarrea: (14)

- a. Diarrea osmótica
- b. Defectos en la permeabilidad intestinal
- c. Defectos en el transporte activo intestinal
- d. Diarrea secretoria
- e. Disturbios en la motilidad intestinal

La diarrea infecciosa es la más común en los niños. Los virus son la causa más frecuente en lactantes. Los rotavirus son el agente etiológico en más del 50 % de los casos en niños (14,15,17,18). Hay otros agentes como el Norwalk, Hawai, y los menos frecuentes astrovirus y calicivirus. (14,15,17,18)

La segunda causa de diarrea infecciosa es por bacterias enteropatógenas: Shigellas, Salmonellas, E. Coli. Es muy común en poblaciones con malas condiciones higiénicas y ocurre el mayor número en época de calor y lluvias. (15,17)

4. Mecanismos de Transmisión

Se transmite a través de las heces de personas enfermas, ya sea en forma directa de persona a persona (por medio del ciclo ano-mano-boca) o bien mediante la contaminación de alimentos o bebidas. (5)

5. Fisiopatología (15,17,18)

La alteración básica en toda diarrea es un transporte intestinal anormal de los solutos, puesto que el paso del agua a través de la membrana intestinal es pasivo y está sujeto a los desplazamientos activos y pasivos de los solutos, especialmente del sodio, los cloruros y la glucosa.

En la mayoría de las situaciones clínicas, las causas determinantes de la diarrea son las alteraciones del epitelio intestinal. La hiperomotilidad rara vez es un factor importante, la invasión intestinal está investigándose intensamente y poco se sabe sobre el papel del riego sanguíneo y linfático del intestino en la génesis de la diarrea. Normalmente, toda el agua, salvo una pequeña parte, se absorbe en el intestino delgado, las enfermedades del mismo tienden a provocar una diarrea voluminosa, mientras que la diarrea del colon es menos copiosa y se caracteriza por heces blandas alternando con heces formadas o duras.

Las enfermedades pueden producir diarrea al lesionar la pared intestinal o elaborando secretagogos que llegan al epitelio a través de la circulación o de la luz intestinal. Cuando existe una lesión de la mucosa, puede haber no sólo una superficie de absorción disminuida, sino también un deterioro de la función de las células restantes. Este es el caso de la enteritis por rotavirus, en donde el transporte de glucosa es defectuoso, hay disminución de la actividad de las disacaridasas y de

la ATPasa de Na y K y se altera el cotransporte de Na-glucosa y Na-alanina en el epitelio del intestino delgado después de que el virus ha invadido el intestino.

Otros procesos pueden producir diarrea intensa sin ninguna consecuencia sobre la superficie de absorción ni sobre la estructura del epitelio intestinal. Los potentes secretagogos elaborados en la luz intestinal por Vibrio cholerae y E. Coli se fijan al borde en cepillo de las células del intestino delgado y estimulan la actividad de la adenilato ciclasa, provocando el acúmulo de AMP cíclico en el epitelio. El resultado es una masiva diarrea acuosa caracterizada por la secreción brusca de cloruros con deterioro de la absorción del NaCl, pero conservándose la absorción de Na estimulada por la glucosa y la actividad de la ATPasa de Na y K que son deficientes en la enteritis viral. Otros secretagogos, como la toxina termolabile de E. Coli, producen acumulo de GMP cíclico, con el mismo resultado.

Además, durante el proceso diarreico, cuando las vellosidades intestinales se ven afectadas, el organismo como mecanismo de defensa provoca migración de enterocitos (los cuales provienen de la región basal del intestino, y tapizan éste con vellosidades), pero éstos son inmaduros teniendo principalmente función de secreción, lo que produce como consecuencia aumento en las evacuaciones líquidas.

6. Cuadro Clínico

Primero se debe verificar la existencia de la misma: aumento en el número y volumen o disminución en la consistencia de las heces. Se debe constatar la presencia de sangre o moco en las heces, dolor abdominal, tenesmo, fiebre, mása abdominal, pérdida de peso, o consumo de productos lácteos, agua o carne contaminada. El grado de deshidratación y el nivel de conciencia deben describirse específicamente. (14,18)

Se clasifica en:

- a. *Leve: cuando no hay disminución de peso durante la diarrea y el paciente no presenta signos de deshidratación.*
- b. *Moderada: cuando hay pérdida de peso entre 50 y 100 gr/kg de peso corporal, y se identifican dos o más signos de deshidratación.*
- c. *Grave: cuando la pérdida de peso es mayor de 100 gr/kg de peso corporal y se identifican dos o más signos de deshidratación. (14,18)*

Para signos de deshidratación ver más adelante en Clasificación de la Deshidratación Clínica.

7. Efectos Negativos de la Enfermedad Diarreica

Los efectos negativos más importantes de la enfermedad diarreica son la desnutrición proteica-energética y la muerte.

La muerte por enfermedad diarreica aguda se debe principalmente a la deshidratación resultante de la pérdida excesiva de agua y sales en las materias fecales, los vómitos, orina, el sudor y las pérdidas insensibles, y que no son repuestas a través de una rehidratación precoz y adecuada. (10,13,16,18)

8. Control y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda

El tratamiento de la enfermedad diarreica comprende el de la causa etiológica y de las complicaciones. (16)

La mayoría de los cuadros diarreicos son autolimitantes y son producidos por virus; y la mayoría de las de origen bacteriano son producidos por *E. Coli* toxigénica; por lo tanto el tratamiento se dirige principalmente a la deshidratación y el uso de antibióticos es muy reducido. (14,17,18)

El uso de medicamentos: absorbentes o "antidiarreicos", anti-espasmódicos, antieméticos y antibióticos, no es recomendable para el tratamiento de la diarrea aguda ya que en diversos estudios se ha demostrado que no causan ningún beneficio en el niño, y que por el contrario pueden causar diversos efectos secundarios. (9,18)

a. Antiespasmódicos: Este grupo de drogas usadas frecuentemente como "antidiarreicos", por su acción sobre la motilidad intestinal, incluyen a los alcaloides (codeína, elixer paregórico, tintura de opio) y los derivados opiáceos sintéticos (difenoxilato y loperamida). (9,18)

Estas drogas pueden causar retención de líquidos dentro de la luz intestinal en diarreas líquidas graves, como las causadas por *E. Coli* entorotoxigénica y *V. cholerae*. Esto se debe a que disminuyen los movimientos intestinales, interfiriendo con los movimientos peristálticos normales de expulsión, pero no disminuyen la secreción ni favorecen la absorción intestinal. De esta manera, pueden confundir al clínico al subestimar las pérdidas intestinales. (9,18)

Todas ellas pueden causar náusea, vómitos, aletargamiento, íleo paralítico e incluso paro cardiorespiratorio. Además, pueden empeorar el curso clínico de las diarreas infecciosas. (9,18)

b. Drogas Antisecretorias: Cloropromacina, salicilato de bismuto y aspirina.

Al ser probadas en estudios clínicos controlados, han mostrado un índice terapéutico bajo, eficacia modesta e importantes efectos secundarios. Ninguna puede recomendarse para el tratamiento de la diarrea aguda en niños. (18)

c. Absorbentes o "Antidiarreicos": El kaolín, carbón vegetal y otros absorbentes se han usado extensamente por su habilidad de ligar e inactivar toxinas bacterianas, pero los resultados de pruebas clínicas controladas han sido decepcionantes. (18)

d. Antibióticos: Son pocas las diarreas infecciosas en las cuales los antibióticos pueden reducir significativamente la gravedad y duración de la diarrea y acortar el período de excreción del agente causal. Los antibióticos se recomiendan en casos bien definidos, como los siguientes:

- Cólera, tetraciclina durante dos días. En caso de resistencia puede usarse: trimetoprim-sulfametoxazol, furazolidina, cloranfenicol o eritromicina.

- *Campylobacter jejuni*, eritromicina, cuando se inicia desde el primer día de la enfermedad, acorta la duración.

- Disenterías moderadas a graves, caracterizadas por fiebre y evacuaciones de moco y sangre, son causadas casi siempre por *Shigella*. Puede usarse trimetoprim-sulfametoxazol o ampicilina.

- Disentería por *E. histolítica*, metronidazole.

- Para *G. lamblia* puede usarse metronidazol, tinidazol, quinacrina o furazolidona.

No se ha probado el valor del uso rutinario en casos de diarrea aguda de antibióticos incluyendo sulfas poco absorbibles, neomicina y oxiquinolonas halogenadas. Los antibióticos no deben de usarse en más del 10 % de las diarreas.

El mejor tratamiento del paciente con diarrea es la rehidratación, oral o endovenosa según el caso. En cuanto a rehidratación oral, ésta es accesible para toda la población ya que en los centros y puestos de salud se distribuyen gratuitamente Sales de Rehidratación Oral, y además se le explica a la madre como prepararlas. (9,18)

B. DESHIDRATACION

1. Definición

Término que se aplica al estado consecutivo a la pérdida, en grado variable, de agua y de solutos del organismo. (7,8,13,14,18)

2. Clasificación de la Deshidratación Clínica (7,18)

Se clasifica de acuerdo a su grado de gravedad: leve, moderada, severa; depende de la pérdida de peso corporal:

- Grado I: Pérdida del 5 % del peso corporal
- Grado II: Pérdida del 10 % del peso corporal
- Grado III: Pérdida del 15 % del peso corporal

a. Deshidratación Leve:

Es cuando comienza el cuadro clínico de la deshidratación, la cual aún es muy difícil de evaluar; sólo se puede orientar por medio de la historia con los familiares del paciente, que pueden referir evacuaciones diarreicas en las últimas horas o días. Ha habido una pérdida de peso de un 5 % lo que corresponde a 50 ml/kg. de líquidos a reponer.

Clínicamente el paciente se encuentra en buenas condiciones, consciente, llorando con lágrimas, las mucosas principian a secarse, los ojos están ligeramente hipotónicos. Hay una ligera pérdida de la turgencia de la piel, hay inquietud, taquicardia y disminución del tono de los globos oculares; también se puede notar una menor frecuencia de micciones.

b. Deshidratación Moderada:

Este grado de deshidratación corresponde entre 5 y 10 % de pérdida de peso corporal, lo que equivale a 100 ml/kg. de líquido a reponer. El niño se observa más enfermo, somnoliento, pero responde a estímulos externos, labios y mucosas secas, turgencia de la piel disminuida, enoftalmos e hipotensión de globos oculares, taquicardia, disminución de la temperatura en las extremidades y pulso rápido.

c. Deshidratación Severa:

Las pérdidas corresponden al 10 - 15 % del peso corporal, equivalente a 150 ml/kg. de líquidos a reponer. El niño se mira muy grave, generalmente agónico o en estado de shock, hay hipotensión arterial, piel fría, cianosis distal. Si el niño no se trata rápidamente fallece a corto plazo.

B. DESHIDRATACION

1. Definición

Término que se aplica al estado consecutivo a la pérdida, en grado variable, de agua y de solutos del organismo. (7,8,13,14,18)

2. Clasificación de la Deshidratación Clínica (7,18)

Se clasifica de acuerdo a su grado de gravedad: leve, moderada, severa; depende de la pérdida de peso corporal:

- Grado I: Pérdida del 5 % del peso corporal
- Grado II: Pérdida del 10 % del peso corporal
- Grado III: Pérdida del 15 % del peso corporal

a. Deshidratación Leve:

Es cuando comienza el cuadro clínico de la deshidratación, la cual aún es muy difícil de evaluar; sólo se puede orientar por medio de la historia con los familiares del paciente, que pueden referir evacuaciones diarreicas en las últimas horas o días. Ha habido una pérdida de peso de un 5 % lo que corresponde a 50 ml/kg. de líquidos a reponer.

Clínicamente el paciente se encuentra en buenas condiciones, consciente, llorando con lágrimas, las mucosas principian a secarse, los ojos están ligeramente hipotónicos. Hay una ligera pérdida de la turgencia de la piel, hay inquietud, taquicardia y disminución del tono de los globos oculares; también se puede notar una menor frecuencia de micciones.

b. Deshidratación Moderada:

Este grado de deshidratación corresponde entre 5 y 10 % de pérdida de peso corporal, lo que equivale a 100 ml/kg. de líquido a reponer. El niño se observa más enfermo, somnoliento, pero responde a estímulos externos, labios y mucosas secas, turgencia de la piel disminuida, enoftalmos e hipotensión de globos oculares, taquicardia, disminución de la temperatura en las extremidades y pulso rápido.

c. Deshidratación Severa:

Las pérdidas corresponden al 10 - 15 % del peso corporal, equivalente a 150 ml/kg. de líquidos a reponer. El niño se mira muy grave, generalmente agónico o en estado de shock, hay hipotensión arterial, piel fría, cianosis distal. Si el niño no se trata rápidamente fallece a corto plazo.

Al ser probadas en estudios clínicos controlados, han mostrado un índice terapéutico bajo, eficacia modesta e importantes efectos secundarios. Ninguna puede recomendarse para el tratamiento de la diarrea aguda en niños. (18)

c. **Absorbentes o "Antidiarreicos":** El kaolín, carbón vegetal y otros absorbentes se han usado extensamente por su habilidad de ligar e inactivar toxinas bacterianas, pero los resultados de pruebas clínicas controladas han sido decepcionantes. (18)

d. **Antibióticos:** Son pocas las diarreas infecciosas en las cuales los antibióticos pueden reducir significativamente la gravedad y duración de la diarrea y acortar el período de excreción del agente causal. Los antibióticos se recomiendan en casos bien definidos, como los siguientes:

- Cólera, tetraciclina durante dos días. En caso de resistencia puede usarse: trimetoprim-sulfametoxazol, furazolidina, cloranfenicol o eritromicina.
- *Campylobacter jejuni*, eritromicina, cuando se inicia desde el primer día de la enfermedad, acorta la duración.
- Disenterías moderadas a graves, caracterizadas por fiebre y evacuaciones de moco y sangre, son causadas casi siempre por *Shigella*. Puede usarse trimetoprim-sulfametoxazol o ampicilina.
- Disentería por *E. histolytica*, metronidazole.
- Para *G. lamblia* puede usarse metronidazol, tinidazol, quinacrina o furazolidona.

No se ha probado el valor del uso rutinario en casos de diarrea aguda de antibióticos incluyendo sulfas poco absorbibles, neomicina y oxiquinolonas halogenadas. Los antibióticos no deben de usarse en más del 10 % de las diarreas.

El mejor tratamiento del paciente con diarrea es la rehidratación, oral o endovenosa según el caso. En cuanto a rehidratación oral, ésta es accesible para toda la población ya que en los centros y puestos de salud se distribuyen gratuitamente Sales de Rehidratación Oral, y además se le explica a la madre como prepararlas. (9,18)

3. Normas Generales para el Tratamiento de la Deshidratación

En los pacientes deshidratados, se hará primero una buena historia clínica que incluya antecedentes de alimentación, interrogatorio sobre posible fuente de contaminación o contagio y un examen físico completo.

De acuerdo con la historia clínica y el examen físico, se valorará el estado de hidratación del paciente, debiéndose pesar éste sin ropa.

Con una deshidratación leve, el paciente puede continuar con una alimentación normal (si ésta es adecuada). Tomará únicamente la mitad de la concentración de la leche de vaca (si la toma) durante la diarrea. Se indicará a la madre que ofrezca líquidos cada vez que el niño tenga una evacuación; puede ser agua de arroz, atol de almidón de yuca y suero de rehidratación oral. Si el paciente tiene vómitos, se dará la alimentación fraccionada; si los vómitos son muy frecuentes, se puede fraccionar la administración de líquidos a una cucharada cada minuto en el preescolar, y cada 5 minutos en el lactante; después, de acuerdo a la tolerancia del paciente, se darán las tomas más espaciadas. El paciente se puede tratar ambulatoriamente.

Por lo general, el tratamiento de la deshidratación se hará por vía oral de preferencia. Se indicará vía endovenosa únicamente en aquellos pacientes en estado de shock, con alteraciones de la conciencia, con íleo mecánico o paralítico, o que se encuentre con convulsiones. (8,14,18)

4. Pérdida y Reposición de Líquidos (14)

Deshidratación Estimada (%)	Líquidos Perdidos (ml/kg)	Cantidad de Líquidos a Reponer (ml/kg)	
		Vía Oral	Vía IV
2.5	25	50	25
5.0	50	100	50
7.5	75	150	75
10.0	100	200	100
12.0	125	250	125
15.0	150	No	150
		Recomendable	

D. ASPECTOS CULTURALES DE LA MEDICINA TRADICIONAL

El tratamiento médico moderno suele ser eficaz para resolver los problemas de salud, como las enfermedades infecciosas y la malnutrición, pero es muy difícil enfrentar a los problemas culturales y sociales, que requieren de la participación de la comunidad para resolverlos. Además, los intentos de superar la salud de las comunidades rurales se complican con los problemas de comunicación entre el personal de salud y la población, a causa de las barreras culturales, sociales y lingüísticas. (5,7,14)

La medicina tradicional no tiene apoyo económico ni técnico por parte del estado en nuestro medio; por esta razón hay un estancamiento en la explicación científica de los aspectos culturales. Por razones culturales propias de cada comunidad no son aceptados los servicios del sistema institucionalizado. (14)

Desde 1976 la OMS, en su afán de promoción y desarrollo de la Medicina Tradicional, la ha definido de la siguiente manera: *"Es la suma de los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para el diagnóstico, prevención y tratamiento de trastornos físicos, mentales o sociales, basados en la experiencia y observación, transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra". Puede considerarse también como una firme amalgama de práctica médica activa y experiencia ancestral.* (2,7)

En la actualidad la Medicina tradicional conforma un campo de investigación de interés especial para las personas involucradas en las áreas de salud: médicos, químicos, farmacólogos, psicólogos, psiquiatras y para aquellos interesados en conocer y conservar los elementos culturales que forman parte de las diferentes sociedades entre ellos sociólogos y antropólogos. (5,7)

Su propósito último es investigar y analizar aquellos recursos positivos que benefician la salud física, mental, social y espiritual de la colectividad. Así, también descartar las creencias y/o elementos negativos o nocivos. (2)

La OMS, consciente de que solamente a través de la práctica médica científica no puede alcanzar un objetivo concreto, como es: Salud para Todos en el año dos mil; busca apoyarse en la práctica médica tradicional y encontrar los mecanismos de la articulación entre ambos esquemas médicos, con lo que se beneficiará a poblaciones mayoritarias que por razones culturales y/o económicas no hacen uso de la medicina institucionalizada. (2,5,7,14)

E. SALUD-ENFERMEDAD EN LA MEDICINA TRADICIONAL

El proceso salud-enfermedad tiene un significado que está de acuerdo con un esquema de creencias, propio de lo que se refiere a la cultura a la cual el grupo social pertenece.

El concepto enfermedad popular, se refiere *"al síndrome, que los miembros de un grupo en particular dice sufrir y para lo cual su cultura, proporciona etiología, diagnóstico, método de curación y medidas preventivas. Además esta enfermedad no es de comprensión ni competencia de la medicina occidental"*. (2,3,14)

En Guatemala, se agrupa la enfermedad popular así:

1. *Enfermedad Natural:*

Se refiere a la creencia de que es la voluntad de Dios, como un castigo. Así creen algunas comunidades del altiplano de Guatemala. (12,14,19)

2. *Enfermedad Sobrenatural:*

Se refiere a las enfermedades producidas por el hombre (por envidias, rencores, etc.), a través de brujería; en el tratamiento interceden personas especializadas, brujos y/o zahorínes. Los factores sobrenaturales forman parte muy importante en el desarrollo de las enfermedades tanto de los adultos como de la población infantil. (12,14,19)

F. ENFERMEDAD DIARREICA EN LA MEDICINA TRADICIONAL (2,5,7,12,14,19)

Los factores culturales intervienen en gran medida sobre la incidencia de la enfermedad diarreica. En las poblaciones guatemaltecas en áreas marginadas, tanto rurales como urbanas, se desconocen las medidas higiénicas o sanitarias para prevenir la enfermedad diarreica.

En el esquema médico tradicional, la diarrea no se considera como una enfermedad, sino como el síntoma de una enfermedad. Los agentes causantes están relacionados con alimentos fríos-calientes.

Para el tratamiento de la diarrea se emplean un gran número de plantas medicinales y para prevenirla se cambian los alimentos fríos con los calientes obteniendo así un balance en la temperatura.

1. *Enfermedad Diarreica en la Población Infantil:*

Se clasifica en etiología natural y sobrenatural.

a. Etiología Natural:

Ruptura del equilibrio frío-caliente (ingestión de alimentos fríos) y ruptura del equilibrio mecánico del cuerpo (mollera caída).

Durante el primer año de vida los niños son alimentados al seno materno. Por esta razón, según la concepción popular los procesos diarreicos en niños menores de un año obedecen a varios agentes causales:

I. "En lactantes, la ingestión de alimentos fríos por parte de la madre; este efecto frío es transmitido al niño a través de la leche materna".

II. "Mollera caída, nombre con el que se denomina la depresión de la fontanela bregmática. El agente causal proviene de someter al niño a movimientos violentos o de que éste sufra caídas accidentales".

III. "Alboroto de Lombrices (enfermedad parasitaria). La gente piensa que el lactante tiene lombrices de leche. De acuerdo a la edad del niño, éste va ingiriendo otro tipo de alimentos, por tanto así serán las lombrices que se le van formando en el estómago. Otra creencia, es que las lombrices están en el estómago por voluntad de Dios. Se cree que la causa del alboroto de lombrices, se debe al dejar de dar al niño el alimento al que las lombrices están acostumbradas, presencia de fiebre alta y el ruido que producen los truenos que preceden a las lluvias".

b. Etiología Sobrenatural:

La que tiene origen en la hechicería (brujería), envidias y mal de ojo.

Los conceptos no se pueden generalizar a nivel nacional, ya que existen creencias y recursos medicinales, así como conocimientos y prácticas, diferentes en cada grupo étnico. Lo que revela la necesidad de estudiar cada uno de éstos.

G. DEFINICIÓN DE TERMINOS

1. Actitud:

Reacción afectiva, positiva o negativa, hacia un objeto, persona, posición u otra. Postura del cuerpo humano, especialmente cuando es determinada por los movimientos del ánimo o expresa algo con eficacia. Disposición de ánimo de algún modo manifestado. Ejemplo: Una madre que no daría suero oral al niño en caso de diarrea. (5,7,14)

2. Creencia:

Expresión de lo que una persona da por cierto. Conjunto de conformidades y sentimientos firmes hacia una concepción que históricamente se le tiene fe y por ende se le da crédito. (5,7,14)

3. Prácticas:

Ejercicio de cualquier arte, facultad o trabajo; que produce un beneficio o una utilidad material inmediata. Ejemplo: práctica de madre para preparar suero de rehidratación oral. (5,7,14)

H. MONOGRAFIA DE LA ALDEA GODINEZ, DEPARTAMENTO DE SOLOLA

La Aldea Godínez pertenece al municipio de San Andrés Semetabaj, del Departamento de Sololá. Se encuentra a una altura aproximada de 2,000 metros sobre el nivel del mar, por lo que cuenta con clima frío en la mayor parte del año.

Dista a la cabecera municipal 8 kms., y a la cabecera departamental a 24 kms. Dista a la ciudad 139 kms.

Una parte de su población se dedica al cultivo de maíz y frijol principalmente. Otra parte de la población se dedica al comercio, siendo propietarios de tiendas, panaderías, comedores, carnicerías, etc. El principal día de comercio es el viernes, cuando se instala el mercado de la aldea, viniendo personas de otras aldeas a comprar y ofrecer productos.

En cuanto a etnia, la mayoría de habitantes son ladinos.

La aldea cuenta con una iglesia católica y una iglesia evangélica.

I. RECURSOS DE SALUD DE LA POBLACION DE GODINEZ

La Aldea Godínez cuenta con un Puesto de Salud, en el cual laboran un EPS-R, una enfermera y un técnico de salud rural.

Cuenta con un promotor de salud rural, una comadrona titulada, dos farmacias y una venta de medicinas.

Además, los días viernes llega un médico particular.

En la cabecera departamental existe un Hospital Nacional, una extensión del IGSS y un Hospital Privado.

VI. METODOLOGIA

a. Tipo de Estudio:

Se utilizarán los tipos de estudio prospectivo y comparativo para determinar si existe diferencia entre las madres alfabetas y analfabetas, en cuanto a creencias, actitudes y prácticas sobre Síndrome Diarreico Agudo y su Tratamiento en el niño menor de 5 años.

b. Material de Estudio (Población de Estudio):

Se utilizarán como objeto de estudio las madres de niños menores de 5 años, alfabetas y analfabetas, ya que son ellas las personas más inmediatas y responsables del cuidado del niño enfermo.

c. Tamaño de la Muestra:

Considerando que en la Aldea Godínez habitan 82 familias, y de éstas 44 tienen aún niños menores de 5 años, con madres alfabetas y analfabetas, se decidió tomar estas 44 familias para el estudio.

d. Criterios de Inclusión y Exclusión:

- Criterios de Inclusión:

Madres alfabetas de 15 a 45 años, con niños menores de 5 años, residentes en la aldea Godínez.

Madres analfabetas, de 15 a 45 años, con niños menores de 5 años, residentes en la Aldea Godínez.

Madres con las características anteriores que sean ladinas o indígenas, sin importar credo o religión que profesen.

- Criterios de Exclusión:

Madres alfabetas y analfabetas, que no tengan hijos menores de 5 años, residentes en la Aldea Godínez.

Madres alfabetas y analfabetas, que no estén comprendidas entre 15 a 45 años de edad.

Madres alfabetas y analfabetas, con hijos menores de 5 años, residentes en la Aldea Godínez, que no deseen colaborar con el estudio.

e. Variables a Estudiar:

i. Diarrea: Aumento en la frecuencia, fluidez, y volumen de las heces. Se determinarán las creencias que las madres tienen acerca de Diarrea a través de la boleta de recolección de datos. Escala de Medición Nominal.

ii. Alfabeta: Persona que sabe leer y escribir habiendo asistido o no a la escuela. Se determinará a través de la boleta de recolección de datos. Se medirá en Escala Ordinal para la escolaridad comprendida entre primero primaria a tercero básico, y en Escala Nominal en el caso tengan alguna profesión.

iii. Analfabeta: Persona que no sabe leer ni escribir. Se determinará a través de la boleta de recolección de datos. Se medirá en escala nominal.

iv. Creencia: Expresión de lo que una persona da por cierto. Firme asentimiento y conformidad con alguna cosa. Se establecerán las creencias sobre la enfermedad diarreica y su tratamiento, incluyéndose en este último el uso de medicamentos populares y Terapia de Rehidratación Oral. Se medirá en escala nominal.

v. Práctica: Ejercicio de cualquier arte o facultad. Uso continuado, costumbre o estilo de una cosa. Aplicación de una idea o doctrina. Se determinarán las medidas que utilizan las madres entrevistadas para el tratamiento de la diarrea y la deshidratación (aumento o restricción de alimentos y líquidos, uso de medicamentos populares, uso de sales de rehidratación oral). Escala de Medición Nominal.

vi. Actitud: Disposición de ánimo de algún modo manifestada. Durante las entrevistas que se realizarán en el trabajo de campo, se determinarán las actitudes de las madres estudiadas sobre el uso de medicamentos populares y terapia de rehidratación oral para el tratamiento de la diarrea y la deshidratación, por ejemplo: ¿ Que suero le daría a su hijo, el que se distribuye en el puesto de salud o un suero casero ? Escala de Medición Nominal.

vii. Edad: Tiempo que una persona ha vivido a contar desde que nació. Se tomarán en cuenta madres alfabetas y analfabetas, con niños menores de 5 años, de 15 a 45 años de edad. Escala de Medición Nominal (en años exactos).

viii. Religión: Conjunto de creencias o dogmas acerca de la Divinidad y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio, para darle culto. Se tomarán en cuenta madres católicas, evangélicas, o aquellas que no profesan ninguna religión. Escala de Medición Nominal.

f. Recursos:

1. Materiales:

1.a. Económicos:

Papel Bond Tamaño Carta	Q. 12.00
Un Lápiz Mongol	Q. 1.00
Un Lapicero Bick	Q. 1.25
Una Regla de Metal	Q. 2.50
Un Borrador	Q. 2.00
Un Folder Tamaño Carta	Q. 1.25
Un Corrector Líquido	Q. 9.85
Fotocopias	Q. 25.00
Derecho a Impresión de Tesis	Q. 50.00
Derecho a Impresión de Título	Q. 50.00
Total	Q. 144.85

1.b. Físicos:

- Aldea Godínez, Departamento de Sololá
- Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala
- Biblioteca del INCAP
- Archivos de la Municipalidad de San Andrés Semetabaj, Departamento de Sololá
- Croquis del Area Mencionada

2. Humanos:

- Enfermera del Puesto de Salud de la Aldea Godínez
- Técnico en Salud Rural del Puesto de Salud de la Aldea Godínez

3. Legales:

- El presente estudio será llevado a cabo en madres, que llenan los requisitos anteriormente mencionados, y que deseen participar de manera voluntaria, sin causar daño físico, psicológico y/o social en ellas, garantizando no invadir su vida privada y mantener carácter confidencial en la información obtenida de su participación.

g. Plan Para la Recolección de Datos:

Una vez conocida la comunidad de estudio, se procedió a realizar el croquis de ésta, determinando el número de familias que cuentan con niños menores de 5 años, tomándose la totalidad de éstas, 44.

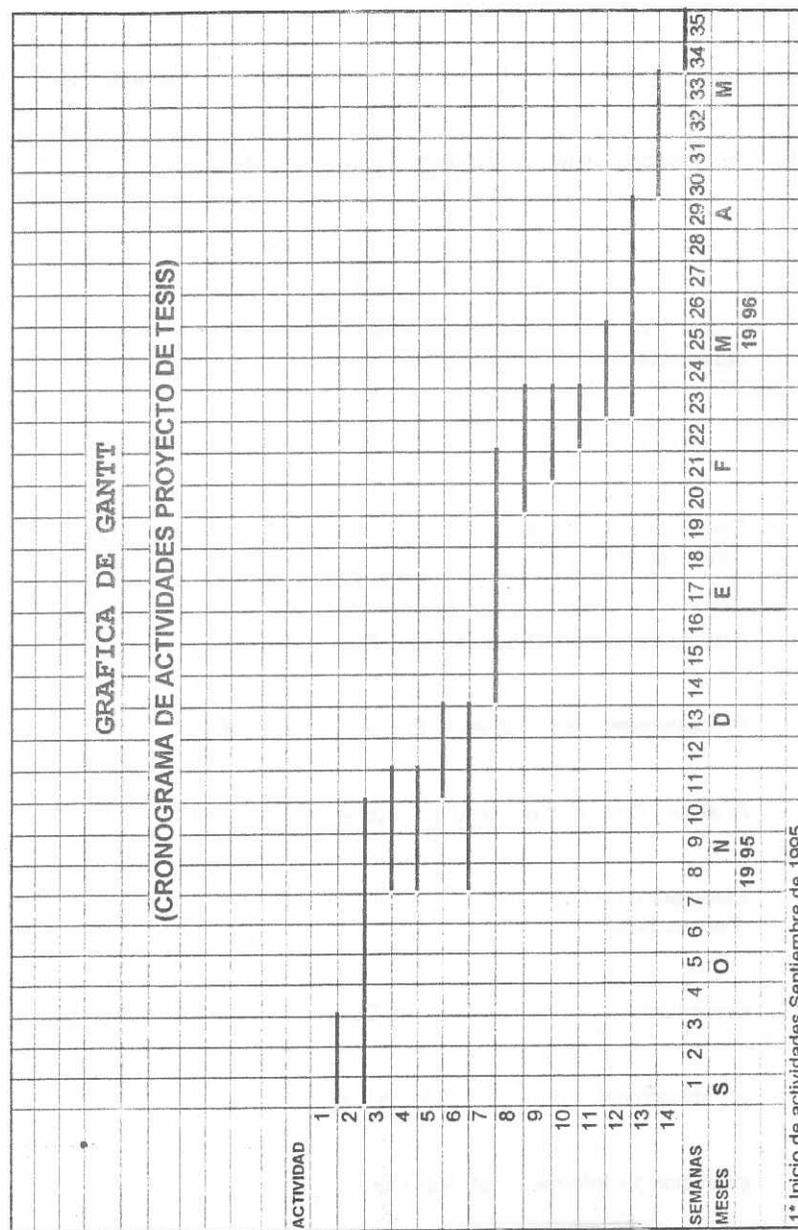
Para la ejecución del presente estudio se realizarán visitas domiciliarias en las cuales se obtendrá la información a través de entrevista directa, observaciones directas y conversaciones informales. Se utilizará una boleta de recolección de datos utilizando preguntas de tipo cerrado y abierto. Con las madres que hablen cakchiquel se usará la ayuda de un traductor.

Además, para la recolección de datos se contará con la ayuda del personal del puesto de salud: enfermera y técnico de salud rural.

h. Tiempo de Ejecución de la Investigación:

El presente trabajo de investigación se ha decidido programarlo en un tiempo comprendido del mes de Septiembre de 1995 al mes de Febrero de 1996 (tiempo sujeto a modificaciones en sus diferentes etapas).

A continuación se presenta una Gráfica de Gantt (Cronograma de Actividades) en donde aparecen las diferentes etapas de la presente investigación:



ACTIVIDADES GRAFICA DE GANTT

1. Selección del Tema del Proyecto de Investigación (Septiembre 1995)
2. Recopilación de Material Bibliográfico (Septiembre, Octubre y Noviembre 1995)
3. Elección del Asesor y Revisor (Octubre y Noviembre 1995)
4. Elaboración del Proyecto de Investigación con Asesor y Revisor (Octubre y Noviembre 1995)
5. Aprobación del Proyecto por la Unidad de Tesis (Noviembre 1995)
6. Diseño de los Instrumentos para la Recopilación de la Información (Octubre y Noviembre 1995)
7. Trabajo de Campo (Diciembre 1995, Enero 1996)
8. Procesamiento de Resultados (Enero y Febrero 1996)
9. Análisis y Discusión de Resultados (Enero y Febrero 1996)
10. Elaboración de Conclusiones, Recomendaciones y Resumen (Febrero 1996)
11. Presentación del Informe Final para Correcciones (Febrero 1996)
12. Aprobación del Informe Final (Marzo 1996)
13. Impresión del Informe Final (Abril 1996)
14. Examen Público (Mayo 1996)

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

Para la presentación de resultados en el informe final se usaron cuadros en las respuestas que manejan datos numerosos, así mismo se escogió la Gráfica de Pie (Pastel) para la presentación de resultados estadísticos.

A continuación se presentan los resultados finales del estudio realizado en la Aldea Godínez, Departamento de Sololá, durante los meses de Septiembre de 1995 a Enero de 1996.

Se tomó al total de madres con hijos menores de 5 años, siendo éstas 44, sin embargo 4 de ellas no participaron en el estudio (2 se mudaron a otro departamento del país, y 2 no quisieron colaborar).

En el cuadro 10 (Actitudes), se tomaron sólo 14 madres analfabetas como el 100 % de este grupo, ya que 2 madres dijeron que sus hijos aún no han presentado diarrea.

En el cuadro 11 (Prácticas), se tomaron únicamente 16 madres alfabetas y 12 madres analfabetas, como 100 % para cada grupo respectivamente, ya que fueron las únicas en las cuales se pudo observar las prácticas que realizan dichas madres, ya que durante la recolección de datos los niños presentaban diarrea.

La guía de entrevista utilizada incluyó preguntas abiertas y cerradas; las respuestas fueron agrupadas según su similitud.

CUADRO No. 1

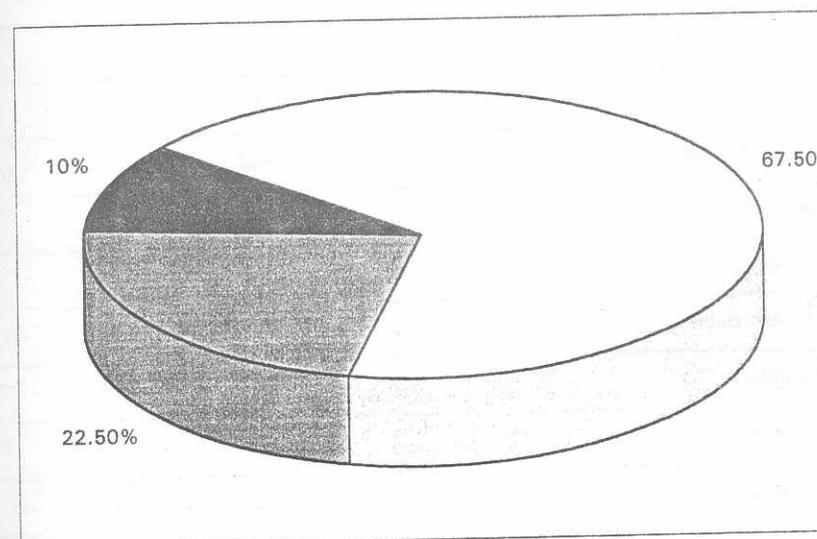
DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO
MADRES ALFABETAS Y ANALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996

Edad en Años	Alfabetas		Analfabetas	
	No.	%	No.	%
15 - 20	3	12.5	4	25.0
21 - 25	8	33.2	4	25.0
26 - 30	1	4.2	4	25.0
31 - 35	5	20.9	0	0.0
36 - 40	4	16.7	0	0.0
41 - 45	3	12.5	4	25.0
TOTAL	24	100.0	16	100.0

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA No. 1

RELIGION DE MADRES (ALFABETAS Y ANALFABETAS) CON NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996



Religión	No.	%
Católica	27	67.5
Evangélica	9	22.5
No Religión	4	10

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO No. 2

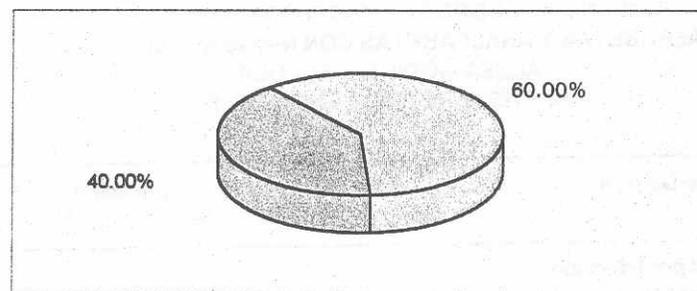
NIVEL DE ESCOLARIDAD
MADRES ALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996

Nivel de Escolaridad	No.	%
Segundo Primaria	3	12.5
Cuarto Primaria	4	16.7
Quinto Primaria	1	4.2
Sexto Primaria	7	29.1
Primero Básico	2	8.3
Tercero Básico	2	8.3
Magisterio	3	12.5
Secretariado	1	4.2
Perito Contador	1	4.2
TOTAL	24	100.0

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA No. 2

POBLACION DE ALFABETAS Y ANALFABETAS
MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996

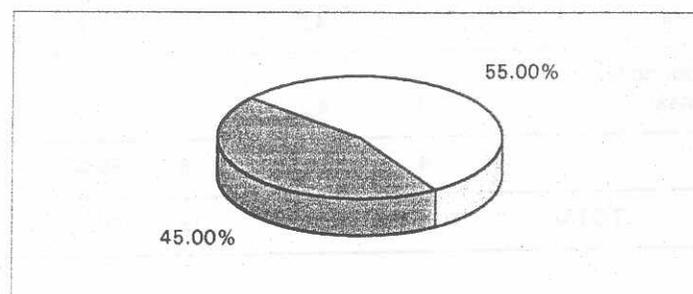


	N	%
Alfabetas	24	60
Analfabetas	16	40

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA No. 3

DISTRIBUCION POR GRUPO ETNICO
MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996



	N	%
Ladino	22	55
Indígena	18	45

Fuente. Boleta de Recolección de Datos.

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
 BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
CUADRO No. 3
 ALDEA GODINEZ, SOLOLA
 SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996

**CREENCIAS SOBRE EL CONCEPTO DE DIARREA
 MADRES ALFABETAS Y ANALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
 ALDEA GODINEZ, SOLOLA
 SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996**

Concepto de Diarrea	Alfabetas		Analfabetas	
	No.	%	No.	%
Enfermedad por Infección del Estómago/Intestino	8	33.2	2	12.5
Enfermedad Grave/Peligrosa	5	20.8	2	12.5
Evacuaciones Líquidas	2	8.3	4	25.0
"Algo Malo "	1	4.2	0	0.0
Enfermedad " Común "	1	4.2	0	0.0
" Algo que va a Limpiar el Estómago "	1	4.2	0	0.0
Enfermedad por Alimentos que no " caen bien "	1	4.2	0	0.0
Enfermedad por no tener hacedo en la casa	1	4.2	0	0.0
No sabe	4	16.6	8	50.0
TOTAL	24	100.0	16	100.0

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO No. 4

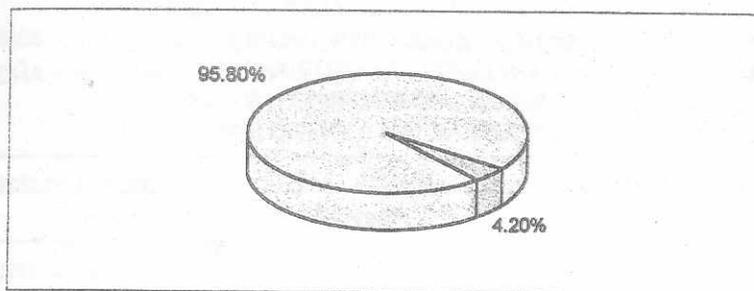
**CREENCIAS SOBRE CAUSAS ETIOLÓGICAS DE DIARREA
 MADRES ALFABETAS Y ANALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
 ALDEA GODINEZ, SOLOLA
 SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996**

Causas de Diarrea	Alfabetas		Analfabetas	
	No.	%	No.	%
Castigo de Dios	3	12.5	8	50.0
Lombrices	19	79.2	16	100.0
Mollera Caída	11	45.8	14	87.5
Comida y Agua Contaminadas	23	95.8	14	87.5
Susto	11	45.8	12	75.0
No lavarse las Manos Después de ir al Baño	24	100.0	16	100.0
No lavarse las Manos Antes de Comer	24	100.0	16	100.0
Alimento Frío	21	87.5	16	100.0
Alimento Caliente	4	16.6	0	0.0
Brujería	3	12.5	2	12.5

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA No. 4

¿ QUIEN SE ENFERMA MAS FRECUENTEMENTE CON DIARREA ?
MADRES ALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996

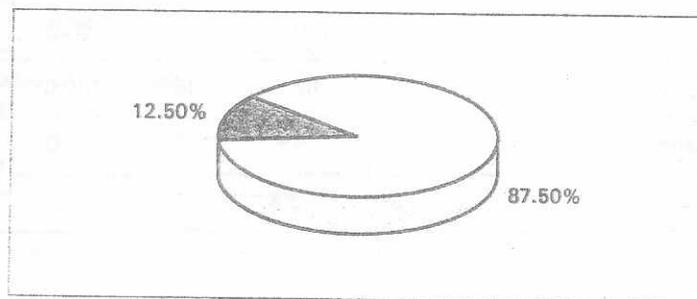


	No.	%
Niño	23	95.8
Adulto	1	4.2

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA No. 5

¿ QUIEN SE ENFERMA MAS FRECUENTEMENTE CON DIARREA ?
MADRES ANALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996



	N	%
Niño	14	87.5
Adulto	2	12.5

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO No. 5

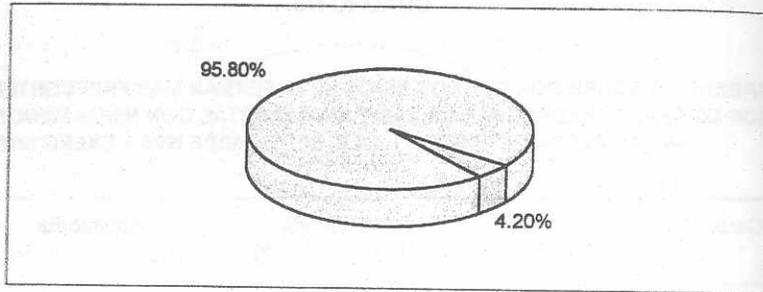
CREENCIAS SOBRE POR QUE LOS NIÑOS SE ENFERMAN MAS FRECUENTEMENTE
CON DIARREA. MADRES ALFABETAS Y ANALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE
5 AÑOS. ALDEA GODINEZ, SOLOLA. SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996

Causas	Alfabetas		Analfabetas	
	No.	%	No.	%
Descuido de la Madre	7	30.4	6	42.8
No se lavan las manos	6	26.0	6	42.8
Se meten cosas sucias a la boca	5	21.7	0	0.0
Comen alimentos contaminados como fruta sin pelar	6	26.1	0	0.0
Son más débiles	5	21.7	4	28.6
Tocan cosas sucias	4	17.4	0	0.0
Juegan bajo la lluvia	0	0.0	2	14.3
Madre da Alimentos Fríos	0	0.0	2	14.3

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA No. 6

¿ PUEDE EVITARSE LA DIARREA ?
MADRES ALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996

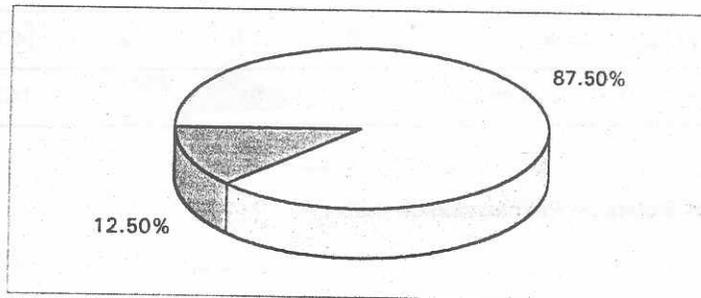


	No.	%
Sí	23	95.8
No	1	4.2

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA No. 7

¿ PUEDE EVITARSE LA DIARREA ?
MADRES ANALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996



	N	%
Sí	14	87.5
No	2	12.5

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO No. 6

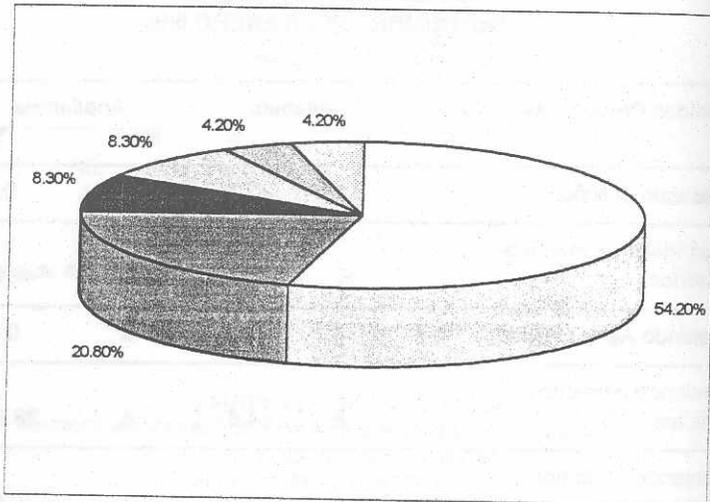
CREENCIAS SOBRE COMO PUEDE EVITARSE LA DIARREA
MADRES ALFABETAS Y ANALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996

Medidas Preventivas	Alfabetas		Analfabetas	
	No.	%	No.	%
Cuidando al Niño	11	47.8	0	0.0
Lavándole las manos a los niños	15	65.2	6	42.8
Tomando Agua Hervida	3	13.0	0	0.0
Comiendo alimentos "limpios"	8	34.8	4	28.6
Comiendo "a la hora acostumbrada"	1	4.3	0	0.0
No comer Alimentos Fríos	1	4.3	6	42.8

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA No. 8

¿ QUE ES MAS IMPORTANTE EN EL TRATAMIENTO DEL NIÑO CON DIARREA ?
MADRES ALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996

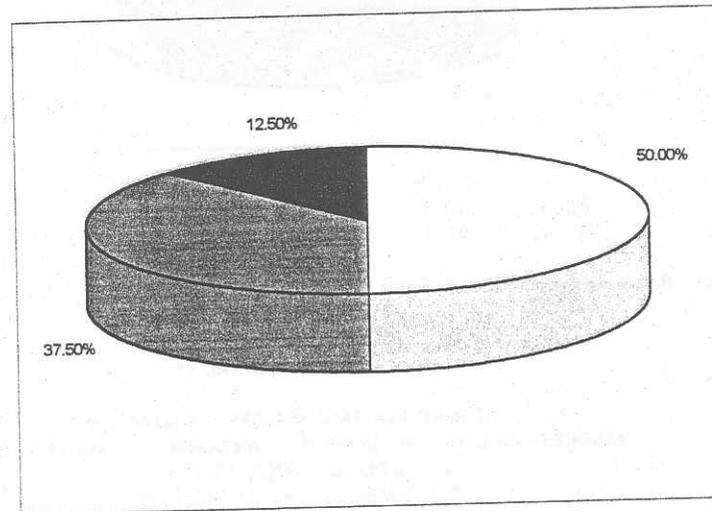


	No.	%
Suero Oral	13	54.2
Antibiótico	5	20.8
Plantas	2	8.3
Antidiarreico	2	8.3
Antiparasitario	1	4.2
No Sabe	1	4.2

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA No. 9

¿ QUE ES MAS IMPORTANTE EN EL TRATAMIENTO DEL NIÑO CON DIARREA ?
MADRES ANALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996

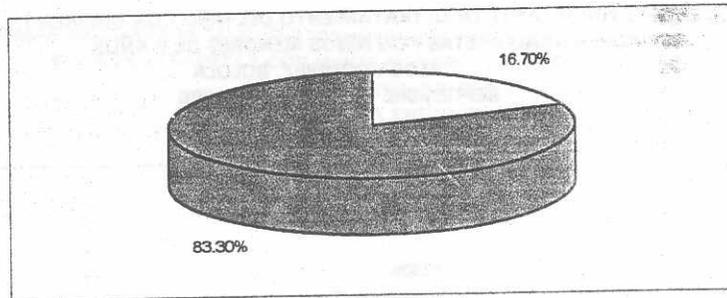


	No.	%
Plantas	8	50
Antidiarreico	6	37.5
Suero Oral	2	12.5

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA No. 10

¿ HA ESCUCHADO LA PALABRA DESHIDRATACION ?
MADRES ALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996

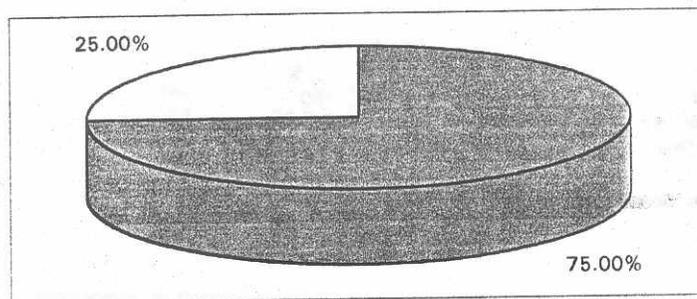


	No	%
Sí	20	83.3
No	4	16.7

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA No. 11

¿ HA ESCUCHADO LA PALABRA DESHIDRATACION ?
MADRES ANALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996



	N	%
Sí	4	25
No	12	75

Fuente. Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO No. 7

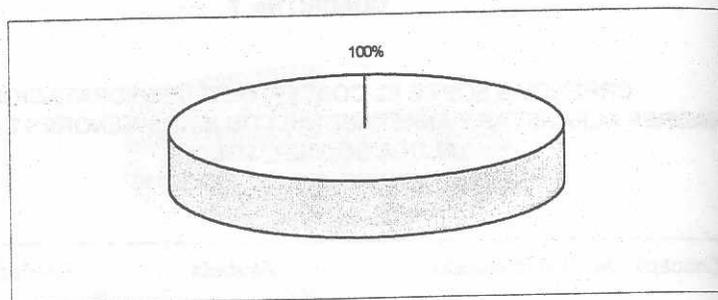
CREENCIAS SOBRE EL CONCEPTO DE DESHIDRATACION
MADRES ALFABETAS Y ANALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996

Concepto de Deshidratación	Alfabetas		Analfabetas	
	No.	%	No.	%
Cuando el Niño Pierde Líquido del Cuerpo	10	50.0	0	0.0
Niño no come/no toma líquido	1	5.0	0	0.0
Cuando el niño pierde peso	3	15.0	0	0.0
Niño débil por la diarrea	3	15.0	4	100.0
Falta de Suero en el Niño	2	10.0	0	0.0
Cuando el Niño pide sólo Agua	1	5.0	0	0.0
TOTAL	20	100.0	4	100.0

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA No. 12

¿ HA OIDO HABLAR DE SALES DE REHIDRATACION ORAL (SUERO DE SOBRE) ?
MADRES ALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996

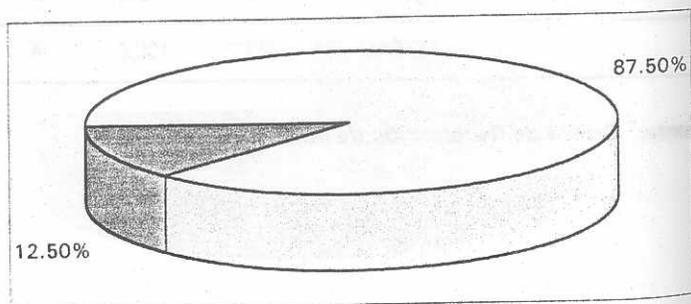


	Sí	No
No.	24	0
%	100	0

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA No. 13

¿ HA OIDO HABLAR DE SALES DE REHIDRATACION ORAL (SUERO DE SOBRE) ?
MADRES ANALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996

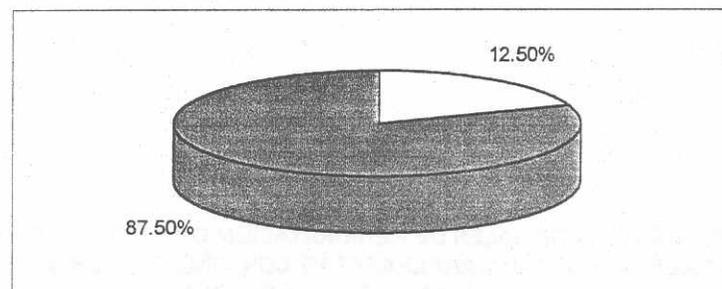


	No.	%
Sí	14	87.5
No	2	12.5

Fuente. Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA No. 14

¿ HA USADO ALGUNA VEZ SALES DE REHIDRATACION ORAL ?
MADRES ALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996

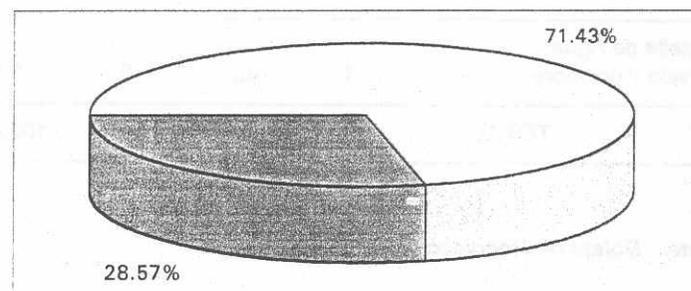


	No.	%
Sí	21	87.5
No	3	12.5

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA No. 15

¿ HA USADO ALGUNA VEZ SALES DE REHIDRATACION ORAL ?
MADRES ANALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996



	No.	%
Sí	10	71.43
No	4	28.57

Fuente. Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO No. 8

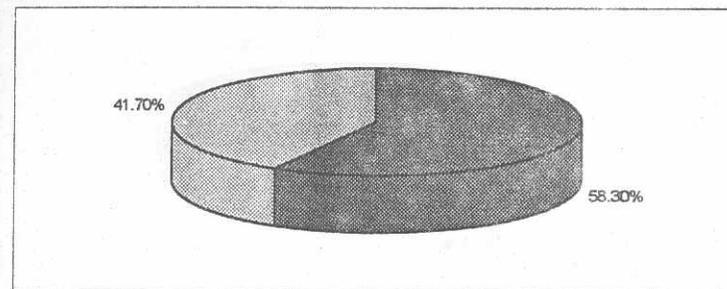
PREPARACION DE SALES DE REHIDRATACION ORAL (SUERO DE SOBRE)
MADRES ALFABETAS Y ANALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996

Preparación	Alfabetas		Analfabetas	
	No.	%	No.	%
I Litro de Agua Hervida y un sobre	15	62.5	12	85.7
I/2 Litro de Agua Hervida y un sobre	1	4.2	0	0.0
No Recuerda	7	29.1	2	14.3
I Botella de Agua Hervida y un sobre	1	4.2	0	0.0
TOTAL	24	100.0	14	100.0

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA No. 16

¿ HA OIDO HABLAR SOBRE SUERO CASERO ?
MADRES ALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996

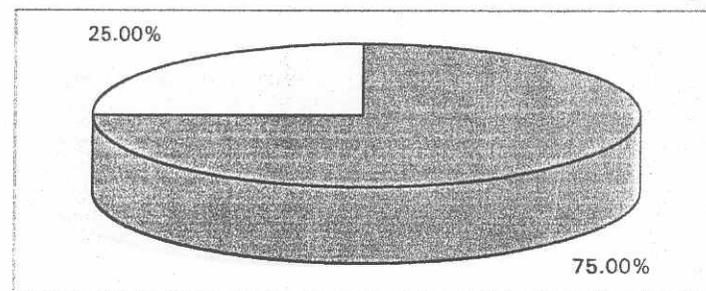


	Sí	No
No.	14	10
%	58.3	41.7

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA No. 17

¿ HA OIDO HABLAR SOBRE SUERO CASERO ?
MADRES ANALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996

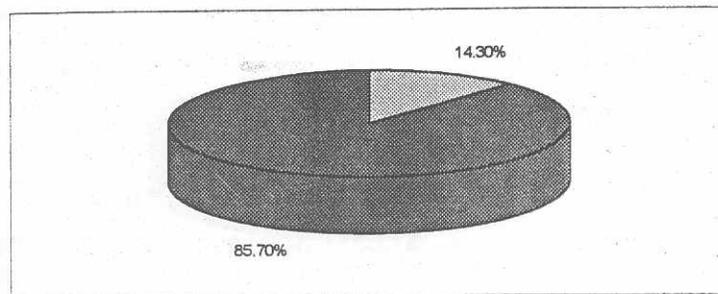


	No.	%
Sí	4	25
No	12	75

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA No. 18

¿ HA USADO ALGUNA VEZ SUERO CASERO ?
MADRES ALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996

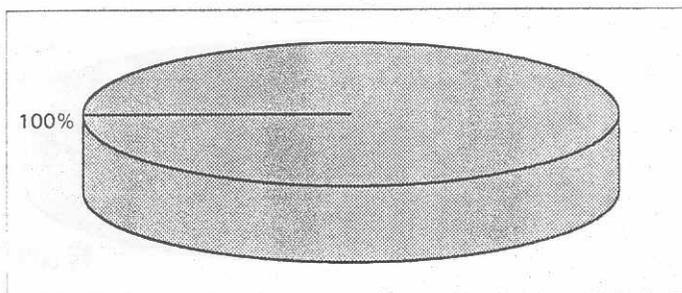


	No.	%
Sí	2	14.3
No	12	85.7

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA No. 19

¿ HA USADO ALGUNA VEZ SUERO CASERO ?
MADRES ANALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996

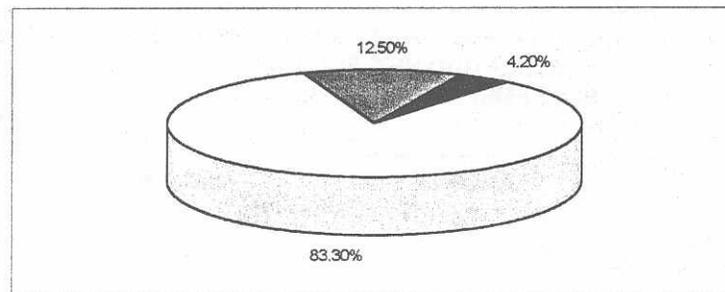


	No.	%
Sí	4	100
No	0	0

Fuente. Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA No. 20

¿ ES BUENA LA LACTANCIA MATERNA EN UN NIÑO CON DIARREA ?
MADRES ALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996

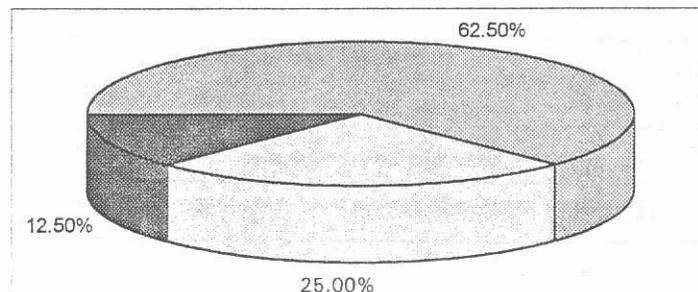


	No.	%
Sí	20	83.3
No	3	12.5
No Sabe	1	4.2

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA No. 21

¿ ES BUENA LA LACTANCIA MATERNA EN UN NIÑO CON DIARREA ?
MADRES ANALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996



	No.	%
Sí	10	62.5
No	4	25
No Sabe	2	12.5

Fuente. Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO No. 9

CREENCIAS SOBRE LACTANCIA MATERNA Y DIARREA
MADRES ALFABETAS Y ANALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996

Creencias	Alfabetas		Analfabetas	
	No.	%	No.	%
Evita Deshidratación	8	33.3	0	0.0
" Les Ayuda "	1	4.2	0	0.0
Evita que el niño se " grave "	1	4.2	0	0.0
Alimenta al niño y lo " sostiene "	8	33.3	8	50.0
No le " perjudica "	1	4.2	0	0.0
Aumenta la Diarrea	2	8.3	2	12.5
La madre le transmite al niño lo malo que tiene	1	4.2	0	0.0
Es mejor darle agua hervida	0	0.0	2	12.5
No sabe	2	8.3	4	25.0
TOTAL	24	100.0	16	100.0

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO No. 10

TRATAMIENTO DE DIARREA
ACTITUDES DE ALFABETAS Y ANALFABETAS
MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996

Actitudes	Alfabetas		Analfabetas					
	Si No.	No %	Si No.	No %				
Da Plantas	22	91.7	2	8.3	12	85.7	2	14.3
Da Antidiarreicos	18	75.0	6	25.0	8	57.1	6	42.9
Consulta Farmacia	17	70.8	7	29.2	12	85.7	2	14.3
Consulta Médico o Puesto de Salud	18	75.0	6	25.0	12	85.7	2	14.3
Automedica (Antibiótico o Antiparasitario)	13	54.2	11	45.8	8	57.1	6	42.9
Da Suero de Sobre o Suero Casero	20	83.3	4	16.7	8	57.1	6	42.9
Da de comer menos	9	37.5	15	62.5	4	28.6	10	71.4
Va con el brujo	0	0.0	24	100.0	0	0.0	14	100.0
Coloca algún amuleto	0	0.0	24	100.0	0	0.0	14	100.0
Continúa Lactancia Materna	10	41.7	14	58.3	4	28.6	10	71.4

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO No. 11

PRACTICAS OBSERVADAS EN EL TRATAMIENTO DE DIARREA
MADRES ALFABETAS Y ANALFABETAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ALDEA GODINEZ, SOLOLA
SEPTIEMBRE 1995 A ENERO 1996

Prácticas	Alfabetas		Analfabetas		Alfabetas		Analfabetas	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Usa SRO	7	43.7	9	56.3	0	0.0	12	100.0
Usa Suero Casero	0	0.0	16	100.0	0	0.0	12	100.0
Usa Antibióticos	6	37.5	10	62.5	0	0.0	12	100.0
Usa Antiparasitarios	5	31.2	11	68.7	3	25.0	9	75.0
Usa Plantas	10	62.5	6	37.5	12	100.0	0	0.0
Usa Antidiarreicos	5	31.2	11	68.7	3	25.0	9	75.0
Usa Amuletos	0	0.0	16	100.0	0	0.0	12	100.0
Consultó Primero:								
Farmacia	5	31.2	—	—	3	25.0	—	—
Médico/Puesto Salud	6	37.5	—	—	3	25.0	—	—
Vecina	0	0.0	—	—	3	25.0	—	—
No consultó	5	31.2	—	—	3	25.0	—	—
Automedicó Niño	9	56.2	7	43.7	6	50.0	6	50.0
Da Lactancia Materna	3	18.7	13	81.2	6	50.0	6	50.0
Da de comer menos	9	56.2	7	43.8	4	33.3	8	66.7

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Durante el trabajo de campo se entrevistaron 40 madres, con niños menores de 5 años, residentes en la Aldea Godínez, encontrándose éstas en edades comprendidas desde 19 a 45 años de edad, siendo el principal grupo etéreo el de 23 años (6 madres), seguido de 20 y 30 años, 5 y 4 madres respectivamente; lo cual demuestra que esta aldea tiene un grupo materno joven.

De las 40 madres, 24 (60.0 %) son alfabetas, de ellas la mayoría ladinas (20 madres), mientras las 16 restantes madres son analfabetas (40.0 %), y de ellas 14 son indígenas.

Si comparamos el total de mujeres ladinas, 22 madres (55.0%) y el de mujeres indígenas, 18 madres (45.0 %), con los datos anteriores, podemos observar fácilmente que las primeras tienen mayor oportunidad para la educación, ya que el grupo de madres indígenas por factores Económicos y por la condición del sexo no tienen acceso a los diferentes sistemas de educación, lo cual se pudo establecer durante las visitas efectuadas.

Con respecto a la escolaridad, pudo comprobarse que de las 24 madres alfabetas 15 (62.5 %) cursaron algún grado de primaria; 4 (16.7 %) algún grado de básico; y 5 (20.8 %) obtuvieron título de nivel medio (Magisterio, Secretariado, Perito Contador).

El 75.0 % , para un total de 30 madres, tienen 1 niño menor de 5 años; 10 madres, 25.0 % , tienen 2 niños menores de 5 años.

Comparando ambos grupos de madres, alfabetas y analfabetas, sobre el concepto de diarrea, se encontró que el 50.0 % de las madres analfabetas no saben como definirla, mientras que el 16.6 % de las madres alfabetas no pudo indicar que es diarrea.

Se considera que las madres alfabetas se encuentran en mejores condiciones educacionales lo cual podría influir en el mejor conocimiento del tema; sin embargo, esta situación no se evidencia en la realidad, ya que del 83.4 % de madres alfabetas que afirmaron "saber" el concepto de diarrea, solamente el 8.3 % creen que la diarrea son evacuaciones líquidas, sin definir el número, lo que se acerca más al concepto real de diarrea; mientras el 33.2 % la consideraron como una enfermedad infecciosa del estómago e intestino, el 20.8 % considera que la diarrea es una enfermedad grave y peligrosa; algunas otras madres la consideran como " algo que limpia el estómago " y una enfermedad producida por alimentos que no caen bien. En las madres analfabetas el 25.0 % respondieron que la diarrea son evacuaciones líquidas, sin definir el número al día; mientras el resto la consideró dentro de los conceptos ya mencionados.

Por lo anterior, puede considerarse que las madres analfabetas tienen mayor conocimiento sobre el concepto de diarrea, indicando que el nivel de alfabetismo no es el factor más importante para conocer que es diarrea, ya que los medios de comunicación juegan un papel muy importante en la divulgación de información verbal y audiovisual sobre el tema, y no solamente en forma escrita, que es inaccesible para las madres analfabetas.

Al preguntar a las madres sobre lo que creen que produce la diarrea, se observa que el 100 % de madres alfabetas y analfabetas, creen que la diarrea puede ser producida por no lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño. El 95.8 % de madres alfabetas y 87.5 % de madres analfabetas, creen que también puede producirse por comida y agua contaminadas, por lo que no existe diferencia en el conocimiento, entre los grupos comparados, sobre los factores anteriores como causa de diarrea. Este resultado puede estar influenciado por la difusión que se ha dado a la prevención del cólera y la enfermedad diarreica, donde se consideran muy importantes estas medidas preventivas, y considerando además que esta información no se da únicamente escrita sino también por diversos medios verbales y audiovisuales, que son sencillos de entender por las madres analfabetas.

Se encontraron algunos otros factores, en ambos grupos, considerados como causa de diarrea, tales como lombrices, alimentos fríos, mollera caída, susto, castigo de Dios y brujería. Podemos deducir entonces, que la consideración de estos factores como causa de diarrea, esta influenciada por las creencias que se tienen en la comunidad rural en torno a la medicina tradicional, las cuales se encuentran más arraigadas en la población analfabeta, quienes al no tener acceso a todo tipo de información escrita se les hace más fácil la transmisión de conocimientos de manera verbal de generación en generación.

El 95.8 % de la población alfabetada respondió que los menores de 5 años se enferman más frecuentemente con diarrea, atribuido esto a descuido por parte de la madre, a que no se lavan las manos antes de comer, se "meten" cosas sucias a la boca, ingieren comida contaminada como frutas sin pelar y porque los niños son más débiles que los adultos, entre otros factores. En cuanto al grupo de madres analfabetas, el 87.5 % consideran también que son los niños los que se enferman más frecuentemente con diarrea por los factores anteriormente mencionados, creencias muy similares al que tiene el grupo de comparación. Además consideran que si el niño juega bajo la lluvia presentará diarrea, lo que nuevamente indica la presencia del factor medicina tradicional.

El 95.8 % de madres alfabetas y el 87.5 % de madres analfabetas, consideran que si puede evitarse la diarrea. A la pregunta ¿cómo?, se obtuvieron como principales respuestas en ambos grupos: lavándole las manos a los niños y dándoles alimentos "limpios", lo cual indica que la información de salud proporcionada en el área rural, ya sea escrita o por otros medios de comunicación, ha logrado obtener importantes cambios en los hábitos higiénicos de las personas con el fin de evitar

diversas enfermedades, entre ellas diarrea. Sin embargo, aún persisten creencias como "no comer alimentos fríos", que obstaculizan la prevención de la enfermedad diarreica, y que ayudan a incrementar la presencia de desnutrición en nuestro país, al eliminar de la dieta de los niños alimentos esenciales para su crecimiento y desarrollo.

Al entrevistar a las madres sobre lo que consideran como deshidratación, el 16.7 % de madres alfabetas y el 75.0 % de las analfabetas, respondieron que no han escuchado hablar de ésta. Del total de madres que respondieron que "si saben" que es deshidratación, el 50.0 % de alfabetas respondieron que es "falta de líquido en el cuerpo", y el 25.0 % de madres analfabetas piensan que ésta es cuando "el niño se encuentra débil por la diarrea".

Otras respuestas obtenidas por parte de las madres alfabetas fueron: pérdida de peso, niño débil por diarrea, falta de suero en el niño.

Al preguntar a las madres entrevistadas si han escuchado hablar de suero casero, el 58.0 % de alfabetas y el 25.0 % de analfabetas respondieron positivamente, sin embargo únicamente el 14.3 % lo ha utilizado alguna vez, siendo éstas madres alfabetas.

Además ninguna de las madres, aún cuando han escuchado hablar de este suero, lo prepara adecuadamente (incluyendo las que lo han usado). La poca utilización del suero casero se debe a que "no se confía" en éste para el tratamiento de la deshidratación y se da mayor importancia a las Sales de Rehidratación Oral (SRO) por su fácil preparación.

Es relevante el hecho que únicamente el 41.7 % de madres alfabetas tienen conocimiento que la deshidratación es la principal causa de muerte en el niño con diarrea, mientras entre las madres analfabetas, ninguna considera a la deshidratación como causa de muerte.

Entre las madres analfabetas, el 50.0 %, piensa que la muerte del niño se debe a descuido de la madre al no dar tratamiento rápido, debilidad, no comer y "porque el niño pierde toda la sangre". En las madres alfabetas se obtuvieron respuestas similares, agregando además que la infección grave es causa de muerte, al igual que las lombrices y "por no hacer efecto el tratamiento administrado".

Al evaluar el conocimiento del tratamiento del niño con diarrea se encontró que el 100 % de madres alfabetas ha oído hablar de Sales de Rehidratación Oral (SRO), y el 87.5 % en el grupo de madres analfabetas. Se determinó que sólo el 62.5 % del primer grupo y el 85.7 % del segundo las preparan correctamente.

El 54.2 % de madres alfabetas reconoce como más importante la administración de SRO; así mismo 12.5 % de madres analfabetas lo consideran así. Al indagar sobre las actitudes de ambos grupos, se encontró que 83.3 % de las

alfabetas dice hacer uso de SRO, pero sólo 45.8 % prefieren darlas sobre cualquier otro medicamento. Las madres analfabetas, por su parte, dicen dar SRO en 57.14 % sin embargo sólo 14.3 % las prefieren para el tratamiento de sus hijos ya que " evitan que se le seque la sangre a los niños " . En la práctica se logró determinar que únicamente el 43.95 % de madres alfabetas dieron a sus niños SRO durante el tiempo que presentaron diarrea, y que ninguna madre analfabeta las utilizó.

Lo anterior demuestra el poco conocimiento que las madres tienen acerca de lo que es deshidratación y su principal complicación, la muerte del niño con diarrea, lo cual conlleva a un escaso uso de SRO, en el tratamiento de la diarrea, sin tomar en cuenta el beneficio que éstas brindan al niño, al reponer el agua y las sales que pierde el cuerpo durante la diarrea, ya que la Terapia de Rehidratación Oral, que incluye el uso de Sales de Rehidratación Oral, líquidos disponibles en el hogar (soluciones caceras) y el mantenimiento de la alimentación del niño durante la fase aguda y la convalecencia de la enfermedad, se ha descrito como "potencialmente el avance médico más importante de este siglo" (5,7,14,18). Además, la composición de la fórmula de SRO recomendada por la OMS/UNICEF, se considera ideal para la rehidratación de pacientes de todas las edades: niños menores de 5 años (incluyendo menores de un mes) y adultos que sufren deshidratación causada por diarrea aguda de cualquier etiología. (5,7,8,10,13,18) Además debe considerarse que las SRO son un tratamiento efectivo y sencillo que no requiere mayores recursos materiales ni Económicos. (7,8,10,13)

El 8.3 % de madres alfabetas cree que las plantas son importantes en el tratamiento de la diarrea en el niño, mientras el grupo en comparación considera lo mismo en el 50.0 % . En cuanto a actitudes, el 97.71 % de las madres alfabetas dice hacer uso de medicinas caseras (plantas como hierbabuena, canela, pericón, apazote) cuando sus niños tienen diarrea, aunque solo el 16.7 % las prefieren como el mejor tratamiento, esto último atribuido a que son más baratas y los " curan " más rápido. En el grupo de madres analfabetas se encontró que un 85.7 % dicen hacer uso de plantas, de las cuales 42.8 % las prefiere a cualquier otro tratamiento porque éstas " curan " a los niños y además " les calientan el estómago " , cosa que ningún otro medicamento puede hacer, incluyendo también el aspecto económico de suma importancia.

Sin embargo, a la observación de las prácticas se encontró que el 62.5 % de madres alfabetas y el 100 % de madres analfabetas utilizaban plantas para el tratamiento de sus hijos con diarrea, lo que refleja el factor médico-tradicional presente en el área rural, principalmente en el grupo de madres analfabetas, e indica la poca diferencia existente entre ambos grupos en cuanto a las creencias, actitudes y prácticas que guardan sobre medicina-tradicional.

Un hecho que cobra suma importancia en el tratamiento del niño con diarrea, es el uso de medicamentos populares (antidiarreicos y antiparasitarios) así como

antibióticos que son automedicados por la madre. Así el 20.8 % de madres alfabetas creen que es importante el uso de antibióticos, 4.2 % antiparasitarios y 8.3 % antidiarreicos. Por su parte las madres analfabetas creen en un 37.5 % que utilizar un antidiarreico es importante, sin darle mayor importancia a los antibióticos y antiparasitarios.

Se encontró que entre las actitudes de las madres alfabetas el 75.0 % dice usar antidiarreicos (enteroguanil y yodoclorina) y el 54.2 % automedica antibióticos o antiparasitarios. Estos medicamentos son preferidos como el mejor tratamiento en 16.7 % para los antidiarreicos, 8.3 % antibióticos y 8.3 % para antiparasitarios, por experiencias anteriores en donde han sido " buenos " para el tratamiento de la diarrea. En el caso de los antidiarreicos argumentan que éstos " paran " la diarrea más rápido, considerándolo desde el punto de vista económico y da alivio a la ansiedad de la madre provocada por la enfermedad del niño.

Para el grupo de madres analfabetas se encontraron actitudes similares a las de las otras madres estudiadas, así el 57.14 % contestó que sí hace uso de antidiarreicos en los niños, así como automedican a éstos con antibióticos o antiparasitarios. Sin embargo, solo 28.6 % consideran como mejor tratamiento los antidiarreicos y 14.3 % a los antiparasitarios. Las restantes madres no consideraron los antibióticos como el mejor tratamiento ya que los han usado en diversas ocasiones obteniendo resultados muy variables, por lo que prefieren el uso de las plantas. Las madres analfabetas consideran, al igual que el grupo en comparación que los antidiarreicos son el mejor tratamiento por los factores ya mencionados.

Mucho más interesantes son los datos obtenidos de la observación de las prácticas por ambos grupos, encontrándose una única excepción en cuanto al uso de antibióticos. Así únicamente el 31.25 % de las madres alfabetas usa realmente antidiarreicos y antiparasitarios, mientras el 25.0 % de las analfabetas hacen uso también de estos medicamentos. El uso de antibióticos en la práctica se limitó al grupo alfabetas (37.5 %), quienes atribuyeron su uso por el " conocimiento " que tienen en la etiología de la enfermedad diarreica, por experiencias anteriores en donde ha dado " buen efecto " y por considerar que la enfermedad no era " grave " para consultar con un médico. Se logró comprobar en la práctica que estos medicamentos fueron automedicados por las madres, 56.25 % alfabetas y 50.0 % analfabetas.

Por lo anterior, nuevamente podemos determinar la similitud existente en las creencias, actitudes y prácticas entre las madres alfabetas y analfabetas en cuanto al uso de medicamentos en el tratamiento de la diarrea, los cuales son automedicados por la madre, en su gran mayoría, sin considerar los efectos colaterales que éstos pueden causar en el niño, así como el riesgo de intoxicación por dosis excesivas, olvidando además la importancia de la administración de SRO como el mejor tratamiento en la diarrea, el cual es sencillo y barato.

Un 70.8 % de las madres alfabetas mencionó entre sus actitudes consultar a la farmacia (52.9 % sin consultar primero con un médico) ya sea para adquirir un medicamento automedicado o para obtener uno prescrito por un " facultativo " farmacéutico; otro 17.9 % consulta a la farmacia en segunda instancia para adquirir un antidiarreico que " ayude " al medicamento recetado por el médico. En cuanto a consultar a un médico o al puesto de salud el 75.0 % refiere que lo hace, de las cuales sólo 44.44 % no consulta antes a la farmacia, con familiares, con vecinas u otras personas, o cuando medicamentos automedicados o las plantas no han " curado " al niño y la diarrea aumenta.

En el grupo de madres analfabetas el 85.7 % consulta a la farmacia y al médico/puesto de salud, siendo el 50.0 % el que consulta en segunda instancia con este último, luego de haber dado al niño una variedad de medicamentos populares y tradicionales, al igual que las madres alfabetas, sin obtener que la diarrea mejore.

Al observar lo que realmente practican ambos grupos de madres, se encontró que 31.2 % de alfabetas consultó primero a la farmacia, 37.5 % consultó primero con un médico/puesto de salud y 31.2 % no consultaron. El 25.0 % de madres analfabetas consultó primero a la farmacia, otro 25.0 % consultó primero con un médico/puesto de salud, 25.0 % con una vecina y el resto no consultó.

Las actitudes que ambos grupos dicen tener, en definitiva no se cumplen en la práctica observada, y una vez más se observa escasa diferencia entre ambos grupos en la poca búsqueda de los servicios de salud, consultando primero a personas no calificadas para indicar el manejo del niño con diarrea, lo que provoca un tratamiento adecuado tardío y mayor riesgo de complicaciones.

Al investigar sobre alimentación durante el cuadro de diarrea, se encontró que 37.5 % de madres alfabetas tienen como actitud disminuir la cantidad de alimentos que ingiere el niño con diarrea. Por otra parte, las madres analfabetas tienen esta actitud en el 28.6 % . Durante la práctica observada se encontró que 56.25 % de madres alfabetas disminuyen la cantidad de alimentos consumidos por el niño, en comparación del 33.3 % de las madres analfabetas. Como vemos ambos grupos realizan una práctica errónea, principalmente las madres alfabetas, en cuanto a disminuir la cantidad de alimentos que el niño debe ingerir durante un cuadro de diarrea lo cual, lejos de ayudarlo, va en detrimento de la salud de éste, favoreciendo aún más el círculo diarrea-desnutrición.

En cuanto a lactancia materna, el 83.3 % de madres alfabetas creen que es bueno continuarla durante la diarrea porque evita deshidratación y alimenta al niño. Por otra parte las madres analfabetas creen lo mismo en un 62.5 % .

El 41.7 % de madres alfabetas dicen tener como actitud continuar la lactancia materna, aunque solo el 4.2 % la consideran como la mejor opción para darle a sus hijos cuando tienen diarrea. Las madres analfabetas por su parte tienen como

actitud continuar lactancia materna en un 28.6 % y ninguna la prefiere como la mejor opción.

Al observar la práctica, se determinó que las madres alfabetas continúan la lactancia materna en sólo 18.75 % , mientras las madres analfabetas lo hacen en 25.0 % . Como puede observarse ambos grupos de madres tienen una práctica negativa en cuanto a lactancia materna y diarrea, ya que al discontinuar la primera se evita que cumpla con varios objetivos fundamentales: mantener hidratado al niño con diarrea, evitar su desnutrición, proporcionarle Ig A secretora (impide la adherencia de microorganismos a la mucosa intestinal) y proporciona también un " factor de crecimiento " que favorece la colonización intestinal por *lacto bacillus bifidus* que los protege contra infecciones por algunas especies de *E. Coli*. (17)

Al evaluar las actitudes y prácticas referentes a medicina mágico-religiosa, ambos grupos de madres expresaron que no acuden con el brujo y no colocan amuletos a sus hijos cuando tienen diarrea, a pesar de que 12.5 % , para cada grupo, consideran que la etiología de la diarrea puede ser una brujería. Probablemente no se logró la completa confianza por parte de las madres, para que expresaran abiertamente lo que practican sobre este tema.

IX. CONCLUSIONES

1. El alfabetismo materno no es un factor importante en el conocimiento de la enfermedad diarreica, en cuanto a su concepto, causa, prevención y edades más afectadas; ya que éstas madres tienen los mismos conocimientos que las madres analfabetas, considerándose que los medios de comunicación escritos, verbales y audiovisuales han jugado un papel muy importante para la adquisición de este conocimiento, el que a su vez se ve influenciado por las creencias prevalentes en el área rural en ambos grupos de estudio.
2. Las creencias y actitudes prevalentes en ambas poblaciones estudiadas, pero más arraigadas en las madres analfabetas, influyen en el poco conocimiento que se tiene sobre lo que es deshidratación, y no considerarla como la principal causa de muerte en los niños con diarrea, hace que ambos grupos en la práctica no utilicen Sales de Rehidratación Oral como el principal tratamiento en la diarrea aguda. Así mismo no se hace uso del suero casero por no tenerse confianza y no ser de fácil preparación.
3. La no utilización de los servicios de salud, por diversos factores, permite que las madres alfabetas y analfabetas automediquen irresponsablemente a los niños con antiparasitarios, antibióticos y antidiarreicos, sin tomar en consideración los efectos secundarios que éstos pueden causar, y sin tener conocimiento que dosis altas pueden provocar intoxicación.
4. El principal tratamiento observado en la práctica, en ambos grupos de madres, fue el uso de medicamentos caseros (plantas como hierbabuena, pericón, canela y apazote), esto debido a las propiedades que se les atribuyen a éstas plantas por creencias populares, al factor económico y estar presentes en toda época del año.

5. Madres alfabetas y analfabetas realizan prácticas negativas en el niño con diarrea, en cuanto a alimentación y lactancia materna se refiere, lo cual incrementa el daño a la salud de aquel, favoreciendo aún más el binomio diarrea-desnutrición, al no hacer uso de alimentos esenciales en la dieta y necesarios para el adecuado crecimiento y desarrollo del niño.
6. Por los resultados obtenidos en este estudio, puede concluirse que no existen diferencias en las creencias, actitudes y prácticas, sobre Síndrome Diarreico Agudo y su Tratamiento en el niño menor de 5 años, entre madres alfabetas y analfabetas, considerándose que el saber leer o no, no es un factor tan importante como lo es la medicina tradicional practicada por las madres comparadas.

X. RECOMENDACIONES

1. Continuar desarrollando programas de salud a nivel nacional, acorde a las características socio-económicas y culturales de cada comunidad, considerando las necesidades de la misma, y dirigiéndolas principalmente a la madre, ya que es ésta el principal ente en el cuidado de la salud de la familia.
2. Que estos programas de salud den a conocer, de manera clara y sencilla, el concepto de diarrea, medidas de prevención y su tratamiento, incluyéndose el concepto de deshidratación y sus consecuencias, para lograr así incrementar el uso de Sales de Rehidratación Oral tanto en madres alfabetas como en analfabetas.
3. Promover la importancia de continuar la lactancia materna durante el tiempo que dura la diarrea, así como continuar la ingesta de todo tipo de alimento, con el fin de evitar desnutrición en el niño.
4. Que las autoridades de la comunidad, conjuntamente con el personal del puesto de salud, promuevan un mejor control sobre la venta de medicamentos populares para la enfermedad diarreica, para evitar el uso innecesario de éstos, que son potencialmente peligrosos, especialmente para los niños.

XI. Resumen

La enfermedad diarreica se define como un aumento en la frecuencia, fluidez y volumen de las heces, de lo habitualmente acostumbrado. Es la principal causa de morbi-mortalidad en niños menores de 5 años en los países en vía de desarrollo y provoca la tercera parte de las muertes en niños de esta edad.

Los efectos negativos más importantes de la enfermedad diarreica son la desnutrición proteico-energética y la muerte. Esta última debida principalmente a la deshidratación, resultante de la pérdida excesiva de agua y sales en las materias fecales.

La medicina occidental sólo ha considerado como responsables de la enfermedad diarreica a los factores biológicos, Económicos y sociales, aislando los elementos culturales arraigados en grandes poblaciones y que inciden en beneficio o deterioro de la salud.

En Guatemala, además de los problemas socio-económicos, tenemos los problemas lingüísticos y culturales de las comunidades rurales que imposibilitan el desarrollo de los programas oficiales de salud.

El presente estudio se realizó en la aldea Godínez, del municipio de San Andrés Semetabaj, Sololá, de Septiembre de 1995 a Enero de 1996, estableciéndose las creencias, actitudes y prácticas sobre Síndrome Diarreico Agudo y su Tratamiento en Niños Menores de 5 Años.

Se tomó el total de madres alfabetas y analfabetas con niños menores de 5 años, constituyendo éstas 44, de las cuales 4 no participaron en el estudio. La población estudiada se encuentra comprendida entre 19 a 45 años de edad, siendo los principales grupos etáreos 20, 23 y 30 años.

De las 40 madres estudiadas, 24 son alfabetas y 16 analfabetas; en cuanto al grupo étnico 22 son ladinas y 18 indígenas.

En cuanto al concepto de diarrea se logró establecer que las madres analfabetas tienen un mejor conocimiento de lo que es ésta, por lo cual se considera que el alfabetismo no es un factor importante para tener un mejor conocimiento del tema. Estando ésto a la vez influenciado por las creencias que ambos grupos guardan.

Se logró establecer que un buen número de madres, alfabetas y analfabetas, consideran como causa de diarrea el no lavarse las manos o ingerir alimentos y agua contaminados.

Ambos grupos de madres tienen un escaso conocimiento sobre lo que es deshidratación y su principal consecuencia como lo es la muerte, por lo que en la práctica hacen poco uso de las Sales de Rehidratación Oral, prefiriéndose el uso de medicamentos caseros (plantas), las cuales son baratas y fáciles de adquirir.

La gran mayoría de madres, en ambos grupos, automedican a los niños con antidiarreicos, antiparasitarios y antibióticos, sin tomar en cuenta los efectos secundarios que éstos pueden producir, poniendo en peligro al niño.

Así mismo, se determinó la realización de prácticas negativas, por ambos grupos de madres, en cuanto a lactancia materna y alimentación del niño con diarrea, que desfavorece el crecimiento y desarrollo de éste.

Se considera que en la comunidad aún persiste la medicina mágico-religiosa, sin embargo no se lograron determinar las prácticas realizadas por las madres, probablemente por falta de confianza de éstas hacia el personal que realizó el estudio.

Con todo lo anterior, puede concluirse que no existen diferencias en las creencias, actitudes y prácticas sobre Síndrome Diarreico Agudo y su Tratamiento en los Niños menores de 5 años entre madres alfabetas y analfabetas.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Aguilar, Delgado. "*PARASITOLOGIA MEDICA*". Guatemala, 1987. 366 pág. (210 - 231)
2. Berman, H. "*LA MEDICINA TRADICIONAL EN EL PROGRAMA DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD*". 1987, 53 pág.
3. Cáceres, E. et al. "*VESTIGIOS DE UNA CIENCIA MEDICA PRECOLOMBINA EN LA GUATEMALA DE HOY*". Guatemala, 1980. 56 Pág. (43 - 48)
4. Conley, J. et al. "*THE EFFECT OF MISCLASSIFICATION OF DIARROHEA ON ESTIMATES OF ITS OCURRENCE. THE ASSESMENT OF PREVENTION EFFORTS*". Journal of Diarrheal Diseases. 1989, September to December. Pág. 70 (63 - 70)
5. Chicas Martínez, Rosana Elizabeth. "*MEDICAMENTOS POPULARES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA*". Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Tesis Médico y Cirujano. Guatemala, Marzo de 1992. 65 Pág.
6. Delgado, H. et al. "*CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS*". Revista del Colegio de Médicos. Guatemala, 1986. 72 Pág.
7. Escobar Salazar, Luis René. "*CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS CON RESPECTO A TERAPIA DE REHIDRACION ORAL EN DIARREA AGUDA*". Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Tesis Médico y Cirujano. Guatemala, Octubre de 1991. 101 Pág.
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. "*LA DIARREA Y LA TERAPIA DE REHIDRACION ORAL*". Guatemala, 1989. 24 Pág.
9. Goodman y Gilman. "*BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA*". Editorial Interamericana Mc-Graw Hill. Séptima Edición, México, D.F. 1987. 1421 Pág. (473 - 505, 948 - 957, 1047 - 1061)
10. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento Materno-Infantil. "*PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA DESHIDRACION CAUSADA POR DIARREA*". 1991. sp.

11. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **"LINEAMIENTOS DE POLITICAS DE SALUD 1994 - 1995"**. 33 Pág. (15 - 21)
12. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas, Fase III. **"LA MEDICINA TRADICIONAL EN GUATEMALA"**. 1979 SP.
13. Guatemala, Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas, Fase II. **"LA TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL EN EL TRATAMIENTO DE LA DIARREA INFANTIL"**. 1984 sp (Mimeografiado)
14. Hernández Cojobol, Diego Alfredo. **"CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE SINDROME DIARREICO AGUDO Y TRATAMIENTO DE REHIDRATACION ORAL"**. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Tesis Médico y Cirujano. Guatemala, 1991. 96 Pág.
15. Meneghello R., Julio. **"PEDIATRIA"**. Editorial Mediterráneo, Cuarta Edición. Santiago de Chile, 1991. Pág. 636 - 647.
16. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **"PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA"**. Unidad de Programas Aplicativos Materno-Infantil. Febrero 1988.
17. Nelson. **"TRATADO DE PEDIATRIA"**. Editorial Interamericana Mc-Graw Hill, Décimo Cuarta Edición. México, D.F. 1992. Pág. 800 - 802, 1142 - 1143.
18. OPS. **"MANUAL DE TRATAMIENTO DE LA DIARREA"**. Serie Paltex para Ejecutores de Programa de Salud. No. 13, 1987. 177 Pág.
19. Villatoro, E. **"LA MEDICINA TRADICIONAL Y LOS PROBLEMAS DE SALUD EN GUATEMALA"**. Centro de Estudios Folklóricos, Universidad de San Carlos de Guatemala. 1983, 43 pág.
20. Werner, D. **"DONDE NO HAY DOCTOR. UNA GUIA PARA LOS CAMPESINOS QUE VIVEN LEJOS DE LOS CENTROS MEDICOS"**. Décimo Segunda Edición. Pax, México. Marzo, 1985. 402 Pág. (168, 169, 309)
21. **"BOLETIN EPIDEMIOLOGICO NACIONAL"**. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Servicios de Salud, División de Vigilancia y Control de Enfermedades. República de Guatemala, C.A. Números: 6 (1991); 7 (1992); 9 (1993); 10 (1994); 11 (1994).

XIII. ANEXOS

BOLETA PARA RECOLECCION DE DATOS

Familia No. _____

Nombre de la Madre _____ Edad _____

Religión _____ Alfabeto Si _____ No _____

Escolaridad: Primaria _____ Otros _____ Ninguna _____

Grupo Etnico: Ladino _____ Indígena _____

No. de Niños menores de 5 años: _____

CONOCIMIENTOS (CREENCIAS)

1. ¿ Qué considera usted como diarrea ?

2. ¿ Qué cree que produce la diarrea ?

Castigo de Dios _____ Alimentos Fríos _____

Lombrices _____ Alimentos Calientes _____

Mollera Caída _____ Brujería _____

Comida y Agua Contaminadas _____ No lavarse las manos antes

Susto _____ de comer _____

No lavarse las manos después de ir al baño _____

3. ¿ Quién se enferma más frecuentemente con diarrea ?

Niños _____ Adultos _____

¿ Porqué ? _____

4. ¿ Puede evitarse la diarrea ? Si _____ No _____

Si la respuesta es positiva, ¿ Cómo ? _____

5. ¿ Qué es más importante en el tratamiento del niño con diarrea ?

Antibiótico _____ Antiparasitario _____

Suero (Sobre o Casero) _____ Antidiarreico _____

Medicinas Caseras (Plantas) _____ Otros _____

6. ¿ Ha escuchado la palabra deshidratación ? Si _____ No _____

Si la respuesta es positiva, ¿ Qué considera cómo deshidratación ?

7. ¿ Ha oído hablar de Sales de Rehidratación Oral (Suero de Sobre) ? Si _____

No _____

8. Sólo para las personas que respondieron positivamente la pregunta anterior.
 ¿ Ha usado alguna vez sales de rehidratación oral ?
 Si ___ No ___
 ¿Cómo las prepara ? _____

9. ¿ Ha oído hablar sobre suero casero ?
 Si ___ No ___

10. Sólo para las personas que respondieron positivamente la pregunta anterior.
 ¿ Ha usado alguna vez suero casero ?
 Si ___ No ___
 ¿ Cómo lo prepara ? _____

11. ¿ Es buena la lactancia materna en un niño con diarrea ?
 Si ___ No ___
 ¿ porqué ? _____

12. ¿Cuál cree usted que es la principal causa de muerte en los niños con diarrea ?

Alimentos Fríos _____
 Alimentos Calientes _____
 Bebidas Calientes _____
 Agua Contaminada _____
 No lavarse las manos antes de comer _____
 No lavarse las manos después de ir al baño _____

ACTITUDES

1. ¿ Qué hace cuando su(s) niño(s) tiene(n) diarrea ?
 Le da medicinas caseras (plantas) Si ___ No ___
 Le da antidiarreicos Si ___ No ___
 Va a consultar a la farmacia Si ___ No ___
 Va con el médico (Puesto de Salud) Si ___ No ___
 Le da antibióticos o Antiparasitarios (Que usted automedica) Si ___ No ___
 Le da Suero de Sobre o Suero Casero Si ___ No ___
 Le da de comer menos Si ___ No ___
 Va con el brujo Si ___ No ___
 Le coloca algún amuleto Si ___ No ___
 Continúa con la lactancia materna Si ___ No ___

2. De las siguientes opciones ¿ cuál prefiere usted darle a su(s) hijo(s) cuando tiene(n) diarrea ?

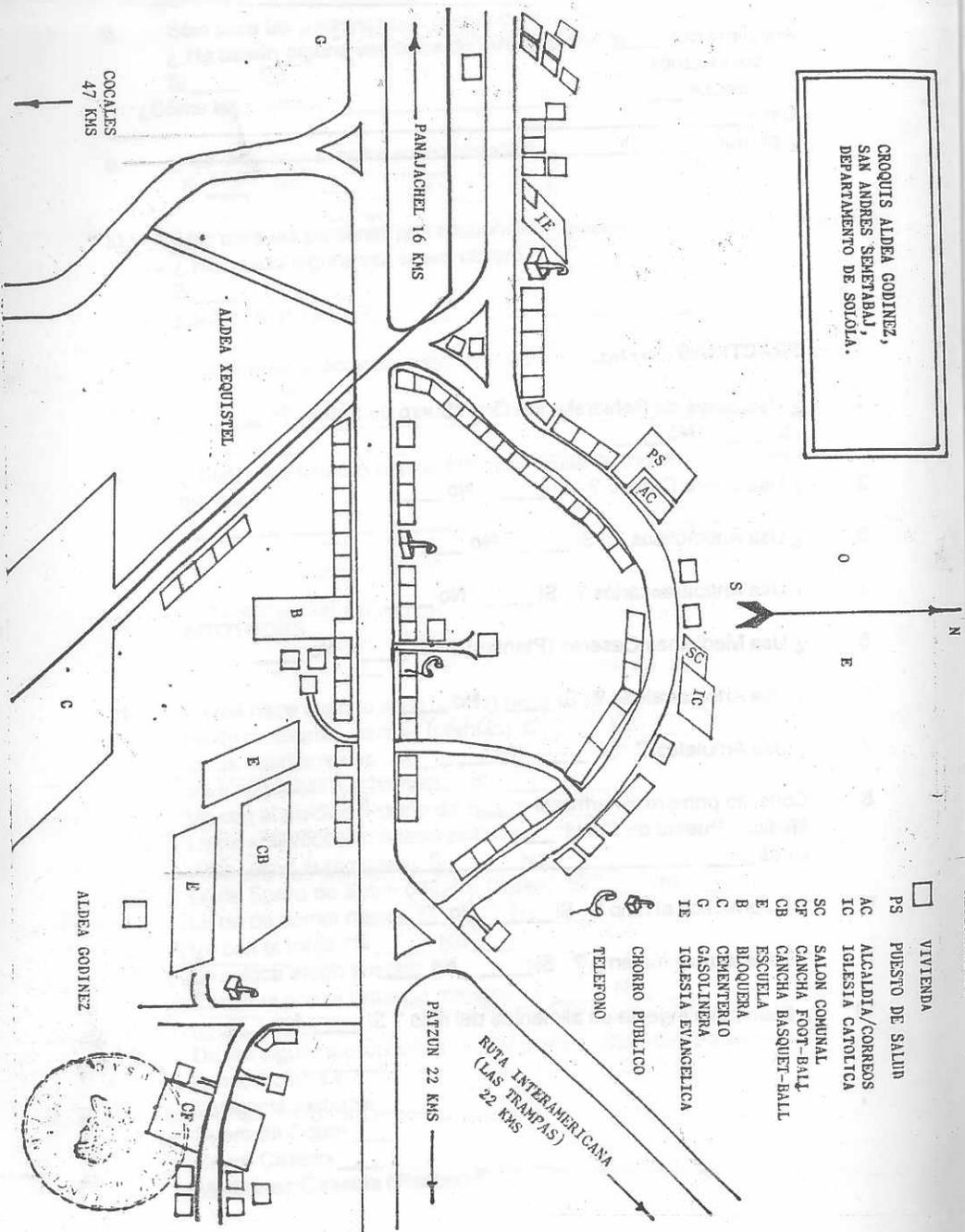
Lactancia materna _____
 Suero de Sobre _____
 Suero Casero _____
 Medicinas Caseras (Plantas) _____

Antidiarreicos _____
 Antiparasitarios _____
 Antibióticos _____
 Otros _____
 ¿ porqué ? _____

PRACTICAS

1. ¿ Usa Sales de Rehidratación Oral (Suero de Sobre) ?
 Si ___ No ___
2. ¿ Usa Suero Casero ? Si ___ No ___
3. ¿ Usa Antibióticos ? Si ___ No ___
4. ¿ Usa Antiparasitarios ? Si ___ No ___
5. ¿ Usa Medicinas Caseras (Plantas) ? Si ___ No ___
6. ¿ Usa Antidiarreicos ? Si ___ No ___
7. ¿ Usa Amuletos ? Si ___ No ___
8. Consultó primero: Farmacia _____
 Médico / Puesto de Salud _____
 Otros _____
9. ¿ Automedicó al niño ? Si ___ No ___
10. ¿ Da lactancia materna ? Si ___ No ___
11. ¿ Disminuye ingesta de alimentos del niño ? Si ___ No ___

CROQUIS ALDEA GODINEZ,
SAN ANDRES SEMETABAI,
DEPARTAMENTO DE SOLOLA.



REFERENCIAS:

- VIVIENDA
- PS PUESTO DE SALIN
- AC ALCALDIA/CORREOS
- IC IGLESIA CATOLICA
- SC SALON COMUNAL
- CF CANCHA FOOT-BALL
- CB CANCHA BASQUET-BALL
- E ESCUELA
- B HIGUERA
- C CEMENTERIO
- G GASOLINERA
- IE IGLESIA EVANGELICA

CHORRO PUBLICO
TELEFONO

RUTA INTERAMERICANA
(LAS TRAMPAS)
22 KMS

PATZUN 22 KMS

ALDEA XEQUISTEL

COCALES
47 KMS

ALDEA GODINEZ