

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
UNIDAD CENTRAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA



**ETNOPRÁCTICAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON  
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA QUE CONSULTARON EN LAS  
UNIDADES “EL TINTERAL”, SANTA ANA Y “NOMBRE DE JESÚS”  
CHALATENANGO EN EL PERIODO JUNIO-AGOSTO 2016**

INFORME FINAL PRESENTADO POR:

Karla Lizette González Callejas

Violeta Abigail Gómez Sánchez

Para optar al título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor.

Dr. Luis Alberto Valencia Flores

San Salvador 29 de agosto, de 2016.

## INDICE.

RESUMEN.....	i
INTRODUCCIÓN.....	ii
OBJETIVOS.....	iv
MARCO TEORICO.....	1
DEFINICION .....	1
EPIDEMIOLOGIA .....	1
ETIOLOGÍA DE LA DIARREA.....	2
MECANISMO DE LA DIARREA.....	2
PATOGENIA DE LA DIARREA INFECCIOSA.....	4
FACTORES DE RIESGO PARA LA GASTROENTERITIS .....	7
MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA DIARREA .....	8
COMPLICACIONES.....	8
DIAGNÓSTICO.....	9
EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA DIARREA. ....	9
EXAMEN DE LAS HECES. ....	10
TRATAMIENTO .....	10
PREVENCIÓN .....	12
MARCO CONCEPTUAL.....	14
DEFINICION DE ETNOPRACTICA .....	14
EMPACHO .....	15
MAL DE OJO .....	15
SUSTO .....	16
MARCO HISTÓRICO.....	18

PARADIGMA TRADICIONAL.....	20
VARIANTES DEL PARADIGMA TRADICIONAL.....	20
Paradigma espiritualista o concepción mágico religiosa.....	20
Paradigma ambientalista o naturalista.....	20
PARADIGMA HIPOCRÁTICO .....	20
MODELO HIGIENISTA. ....	21
PARADIGMA MODERNO. ....	21
PARADIGMA BIOLOGISTA.....	22
PARADIGMA HIGIÉNICO PREVENTIVISTA. ....	22
MODELO EPIDEMIOLÓGICO SOCIAL. ....	22
MODELO DEL CAMPO DE LA SALUD. ....	23
MARCO LEGAL.....	23
DISEÑO METODOLÓGICO .....	28
Tipo de investigación: .....	28
Periodo de investigación:.....	28
Universo: .....	28
Muestra:.....	28
Operacionalización de variables: .....	29
Instrumento de recolección de datos:.....	29
Fuentes de información: .....	29
Técnicas de obtención de información: .....	29
Herramientas para obtención de información: .....	29
Mecanismos de confidencialidad y resguardo de los datos: .....	29
Procesamiento y análisis de la información. ....	29
RESULTADOS.....	32
DISCUSION .....	46

CONCLUSIONES.....	48
RECOMENDACIONES.....	49
BIBLIOGRAFIA.....	51
ANEXOS. ....	53

## RESUMEN.

Dada la alta frecuencia de enfermedad diarreica aguda en El Salvador, y como parte de la idiosincrasia poblacional, es muy común la creencia del origen mágico religioso de esta patología, y que por ende se recurra a rituales curativos, es decir, las llamadas “etnoprácticas”, en niños menores de 5 años.

El objetivo de la presente investigación es identificar a aquellos niños menores de 5 años de edad, con enfermedad diarreica aguda, que se les aplica etnoprácticas, y sus repercusiones en la salud.

Dentro de los objetivos específicos se pretende describir el tipo de etnoprácticas que se realizan, clasificarlas según paradigma, y establecer los resultados percibidos por la población, respecto al uso de dichas etnoprácticas en niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda.

La metodología empleada para la realización de ello, fue la aplicación de un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal, en los niños menores de cinco años que consultaron por GEA en UCSF El Tinteral y Nombre de Jesús, en el periodo de junio-agosto 2016. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, dada la mayor accesibilidad y proximidad, para los investigadores, de los sujetos en estudio, tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión; siendo las fuentes primarias los padres o cuidadores responsables de los pacientes. Las dos técnicas empleadas fueron la observación y la entrevista, utilizando para ello guías de entrevista estructuradas como listas de chequeo, heteroaplicadas. Para el procesamiento y análisis de la información se utilizaron los programas de Microsoft Word y Microsoft Excel.

El resultado fue de un 70% de sujetos en estudio que no acudió a un sobador, contra un 30% que refiere haber acudido a un sobador. Sin embargo, cabe destacar que de este 30% en su mayoría corresponde a la población de Chalatenango, lo cual es debido probablemente a la falta de “curandero” en la zona del Tinteral en Santa Ana, que corresponde a la mayor proporción de población que contestó que nunca había acudido al sobador, que fue del 70%. Sin embargo durante las encuestas realizadas, varias personas refirieron haber aprendido las técnicas de “sobar” y realizar las “tomas de hierbas”. Por lo tanto, se pudo evidenciar que en ambas poblaciones se presentó el uso de etnoprácticas, debido a las creencias populares de que otras personas tienen el “poder divino” de causar este tipo de enfermedades, y que por medio del “ritual” se debía llegar a la sanación; lo cual sugirió un predominante modelo Mágico Religioso, respecto al proceso salud-enfermedad.

## INTRODUCCIÓN

La gastroenteritis aguda, es una de las causas más frecuentes de consulta pediátrica, en el primer nivel de atención de salud en El Salvador.

Según datos recientes del boletín epidemiológico de la semana 20 del año 2015, se evidenció que, hubo un aumento del 32% de casos de enfermedad diarreica aguda, respecto al mismo período del año anterior; registrándose predominantemente la mayor cantidad de casos en los departamentos de San Salvador, La Libertad y Santa Ana. Del total de egresos, la mayor proporción se encuentra entre los menores de 5 años (73%).

Datos de la OMS reportan que a nivel mundial, anualmente ocurren alrededor de mil trescientos millones de episodios de diarrea y, cuatro millones de muerte por deshidratación.

Por otra parte, a través de la historia de la humanidad, se ha dado explicaciones diversas al proceso salud-enfermedad.

En primer momento, habrían sido las distintas religiones las que dan respuesta a este tipo de preguntas a través del mito, que es una narración fabulosa e imaginaria que intenta dar una explicación no racional a la realidad. Junto al mito se encuentra el rito, entendiéndose como las costumbres o ceremonias que se repiten y donde se establecen las reglas para el culto.

Las prácticas de salud también se incluyen dentro de estos ritos, definiéndose entonces etnoprácticas, como el conjunto de acciones socialmente reconocidas y ejecutadas por los grupos sociales, para recuperar la salud, las cuales se realizan a base de un conocimiento empírico de medicina, o creencias religiosas para tratar una enfermedad.

La persona encargada de realizar estas etnoprácticas son conocidos como “curandero/a”, “sobador/a” y “partero/a”, quienes son respetados y aceptados por parte de la comunidad, para realizar el tratamiento de las enfermedades.

Utilizan recursos terapéuticos, con una interpretación del proceso salud-enfermedad, desde la óptica que un grupo social ha adquirido por tradición, adjudicándolo a fenómenos sobrenaturales, desde una percepción mágica.

Siendo la cultura el conjunto de formas de vida creados por los grupos sociales, este tipo de prácticas se aprende y se transmite de generación en generación a los miembros de una sociedad.

Dado que las enfermedades diarreicas agudas son de las causas más frecuentes de enfermedades en niños, es común como parte de nuestra cultura recurrir a etnopraxis en primera instancia, acudiendo al “curandero”, realizándose prácticas de riesgo que complican la evolución en estos pacientes.

Lo que se desea lograr a través del presente trabajo, es identificar aquellos niños con enfermedad diarreica aguda, en quienes se realizan etnoprácticas, cuáles son los resultados obtenidos , para lograr determinar sus repercusiones en la salud

Para ello se realizará la presente, en la UCSFI El Tinteral, en el municipio de Coatepeque, departamento de Santa Ana, en el período comprendido de Junio a Agosto de 2016.

Dentro de los objetivos que se espera alcanzar es, describir el tipo de etnoprácticas que se aplican, clasificar dichas etnorprácticas según paradigmas de salud, y establecer los resultados percibidos por parte la población, respecto a los beneficios o desventajas obtenidas con la aplicación de dichos prácticas.

Para ello se realizará una investigación, descriptiva, cuantitativa y transversal, utilizando una guía de encuesta, aplicada a los cuidadores de los niños que acuden por gastroenteritis aguda.

## **OBJETIVOS.**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Identificar etnoprácticas en niños menores de 5 años de edad, con Enfermedad Diarreica Aguda, que consultan en las unidades “El Tinteral, Coatepeque, Santa Ana”, y UCSF “Nombre de Jesús, Chalatenango” en el período de junio-agosto 2016.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Describir el tipo de etnoprácticas que se realizan en los niños menores de 5 años, con enfermedad diarreica aguda que consultan en la UCSF “El Tinteral, Coatepeque, Santa Ana”, y UCSF “Nombre de Jesús, Chalatenango”, en el período de junio-agosto 2016.
- Clasificar las etnorprácticas según paradigma, que se realizan en los niños menores de 5 años, con enfermedad diarreica aguda que consultan en la UCSF “El Tinteral, Coatepeque, Santa Ana”, y UCSF “Nombre de Jesús, Chalatenango” en el período de junio-agosto 2016.
- Establecer los resultados percibidos por la población, respecto al uso de etnoprácticas en niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda que consultan en la UCSF “El Tinteral, Coatepeque, Santa Ana”, y UCSF “Nombre de Jesús, Chalatenango” en el período de junio-agosto 2016.

## **MARCO TEORICO**

### **DEFINICION**

Las enfermedades diarreicas varían desde una leve molestia hasta un cuadro de deshidratación devastador.

En niños menores de 5 años, constituyen la principal causa de muerte. Cada año fallecen por tal motivo casi dos millones de niños de ese grupo de edad y la mayoría de ellos son pobres y viven en áreas con recursos deficientes.

El término *gastroenteritis* denota infecciones del tracto gastrointestinal causadas por patógenos bacterianos, víricos o parasitarios.

Muchas de estas infecciones son enfermedades vehiculadas por alimentos. Las manifestaciones más comunes son diarrea y vómitos, que pueden estar también asociadas con características sistémicas tales como dolor abdominal y fiebre.

La mejor definición de la diarrea es la pérdida excesiva de líquido y electrólitos a través de las heces. Un lactante pequeño presenta una eliminación de alrededor de 5 g/kg de heces; el volumen aumenta hasta 200 g/24 horas en el adulto.

### **EPIDEMIOLOGIA**

Los trastornos diarreicos en la infancia dan cuenta de una gran proporción (18%) de muertes en la infancia, con 1,8 millones de muertes por año globalmente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sospecha que hay >700 millones de episodios de diarrea anualmente en niños <5 años de edad en los países en desarrollo. Aunque la mortalidad global puede estar disminuyendo, la incidencia global de la diarrea sigue sin cambios en aproximadamente 3,2 episodios por niño/año. Globalmente, se estimó en 1999 que las infecciones por *Shigella* pueden llevar a 600.000 muertes por año de niños <5 años de edad, o de un cuarto a un tercio de la mortalidad relacionada con la diarrea en este grupo de edad. Las tasas de hospitalización y de muertes debidas a infecciones por *Shigella*, especialmente *S. dysenteriae* tipo 1, la forma más grave de shigelosis, pueden estar disminuyendo; cálculos recientes son de 160.000 muertes. Las infecciones por rotavirus (la causa vírica identificable más común que provoca gastroenteritis en todos los niños) dan cuenta de al menos el 35% de los episodios de diarrea acuosa graves y potencialmente mortales, con una estimación de 500.000 muertes por año en todo el mundo debidas a infecciones por rotavirus.

El declinar en la mortalidad por diarrea, a pesar de la ausencia de cambios significativos en la incidencia, es el resultado de una mejora en el tratamiento de los casos, así como de una mejor nutrición de los lactantes y niños. Estas intervenciones han incluido el tratamiento de rehidratación oral

generalizado en el domicilio y en el hospital, así como un mejor tratamiento nutricional de los niños con diarrea.

Hay una muy escasa información sobre las consecuencias a largo plazo de las enfermedades diarreicas, especialmente la diarrea y malnutrición persistente o prolongada. Las enfermedades diarreicas pueden tener un impacto significativo sobre el desarrollo psicomotor y cognitivo en los niños jóvenes. Los episodios tempranos y repetidos de diarrea en la infancia durante los períodos del desarrollo crítico, especialmente cuando se asocian con malnutrición, coinfecciones y anemia, pueden tener efectos a largo plazo sobre el crecimiento longitudinal, así como sobre las funciones físicas y cognitivas.

### **ETIOLOGÍA DE LA DIARREA**

La gastroenteritis se debe a infección adquirida por la vía feco-oral o por ingestión de alimentos o agua contaminados. Las gastroenteritis se asocian con pobreza, ambiente higiénico deficiente y escasos índices de desarrollo. Los enteropatógenos que son infecciosos en un pequeño inóculo (*Shigella*, *Escherichia coli*, norovirus, rotavirus *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium parvum*, *Entamoeba histolytica*) pueden ser transmitidos por contacto de persona a persona, mientras que otros, como el cólera son generalmente consecuencia de la contaminación del alimento o del abastecimiento de aguas.

Los organismos *Salmonella*, *Shigella* y, muy notablemente, los diversos organismos de *E. coli* productores de diarrea son los patógenos más comunes en los países en desarrollo. *Clostridium difficile* (por la producción de toxina) se halla ligado a la diarrea asociada a antibióticos y a la colitis pseudomembranosa, aunque la mayoría de los casos de diarrea asociada a antibióticos en niños no se deben a *C. difficile*. La colitis hemorrágica asociada con antibióticos negativa a *C. difficile* en adultos puede ser debida a *Klebsiella oxytoca* productora de citotoxina.

Los niños de los países en desarrollo se infectan con un diverso grupo de patógenos bacterianos y parasitarios, mientras que todos los niños de los países tanto desarrollados como en desarrollo adquieren rotavirus y, en muchos casos, otros enteropatógenos víricos, así como *G. lamblia* y *C. parvum*, en los primeros 5 años de vida.

### **MECANISMO DE LA DIARREA**

La causa de cualquier diarrea es el trastorno del transporte de solutos a través de la pared intestinal. La patogenia de la mayor parte de los episodios de diarrea se puede explicar mediante alteraciones secretoras, osmóticas o de la motilidad, o por cualquier combinación de ellas. (Tabla 303-7)

**TABLA 303-7. Mecanismos de la diarrea**

MECANISMO PRIMARIO	DEFECTO	CARACTERÍSTICAS DE LAS HECES	EJEMPLOS	COMENTARIO
Secretora	Disminución de la absorción, aumento de la secreción, transporte eléctrico	Acuosas; osmolalidad normal; osmoles $\approx 2 \times (\text{Na}^+ + \text{K}^+)$	Cólera, <i>E. coli</i> toxigénica, carcinoma, VIP neuroblastoma, diarrea de cloruro congénita, <i>Clostridium difficile</i> , criptosporidiasis (SIDA)	Persistente durante el ayuno; la malabsorción de las sales biliares también puede aumentar la secreción; acosa intestinal, ausencia de leucocitos en heces
Osmótica	Maldigestión, defectos de transporte, ingestión de solutos no absorbibles	Acuosas, ácidas, con sustancias reductoras; aumento de la osmolalidad; osmoles $>2 \times (\text{Na}^+ + \text{K}^+)$	Déficit de lactasa, malabsorción de glucosa-galactosa, lactulosa, abuso de laxantes	Cede con el ayuno; aumento del hidrógeno respirado con malabsorción de carbohidratos, ausencia de leucocitos en heces
Aumento de la motilidad	Disminución del tiempo de tránsito	Aspecto de las heces sueltas-normales, estimuladas por el reflejo gastrocólico	Síndrome de intestino irritable, tirotoxicosis, síndrome de vaciamiento rápido postvagotomía	La infección también puede contribuir al aumento de la motilidad
Disminución de la motilidad	Defecto de las unidades neuromusculares Estasis (sobrecrecimiento bacteriano)	Aspecto de las heces sueltas-normales	Seudoobstrucción, asa ciega	Posible sobrecrecimiento bacteriano
Disminución del área de la superficie (osmótica, motilidad)	Disminución de la capacidad funcional	Acuosas	Síndrome de intestino corto, enfermedad celíaca, enteritis por rotavirus	Puede requerir aportes nutricionales elementales y alimentación parenteral
Invasión de la mucosa	Inflamación, disminución de la reabsorción colónica, aumento de la motilidad	Sangre y aumento de leucocitos en heces	<i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> , amebiasis, <i>Yersinia</i> , <i>Campylobacter</i>	Disentería con sangre, moco y leucocitos

K<sup>+</sup>, Potasio; Na<sup>+</sup>, sodio; VIP, péptido intestinal vasoactivo.  
De Kliegman RM, Greenbaum LA, Lyn PS (eds.): *Practical Strategies in Pediatric Diagnosis and Therapy*, 2.<sup>a</sup> ed. Filadelfia, Elsevier, 2004, pag. 774

La **diarrea secretora** suele estar causada por algún secretagogo, como la toxina del cólera, que se une a un receptor en el epitelio de la superficie intestinal y que, por tanto, estimula la acumulación intracelular de AMPc o GMPc. Algunos ácidos grasos y sales biliares intraluminales hacen que la mucosa del colon secrete mediante este mecanismo. La diarrea no asociada con un secretagogo exógeno también puede presentar un componente secretor (enfermedad de inclusión microvellositaria congénita). La diarrea secretora suele ser acuosa y de gran volumen; la osmolalidad de las heces se puede explicar por la presencia de electrólitos, el análisis de las heces revela un contenido elevado en sodio y cloruro ( $>70$  mEq/l).

El ejemplo clásico de diarrea secretora es la inducida por las enterotoxinas del cólera y de *Escherichia coli* que se unen a un receptor de superficie específico del enterocito (el monosialogangliósido GM1); a continuación entra un fragmento de la toxina en la célula, donde activa la adenilatociclasa en la membrana basolateral a través de la interacción con una proteína G estimuladora. Esto aumenta el AMPc intracelular. La *E. coli* enterotoxigénica media en la diarrea secretora al producir toxina termolábil (TL) y termoestable (TE) en el intestino delgado. La

TL tiene una acción similar a la toxina cólerica y se une al mismo receptor GM1 de superficie. Los pacientes más jóvenes están más predispuestos a los efectos de la TE porque el número de receptores TE es mayor durante las primeras fases de la vida en comparación con los adultos

La diarrea secretora persiste generalmente incluso aunque no se administren alimentos por vía oral.

La **diarrea osmótica** aparece tras la ingestión de solutos mal absorbidos. El soluto puede ser cualquiera que normalmente no se absorbe bien (magnesio, fosfato, lactulosa o sorbitol), o que presenta dificultades de absorción por algún trastorno del intestino delgado (lactosa en el déficit de lactasa o glucosa en la diarrea por rotavirus). El ejemplo clásico de este trastorno es la intolerancia a la lactosa debida a un déficit de la enzima de la lactasa, en el que la lactosa no se absorbe en el intestino delgado y llega

intacta al colon; los carbohidratos malabsorbidos fermentan típicamente en el colon y producen ácidos grasos de cadena corta (AGCC) lo que produce una carga osmótica que da lugar a que se segregue agua a la luz intestinal. Aunque los AGCC se pueden absorber en el colon y utilizar como fuente de energía, el efecto neto que producen es el incremento de la carga osmótica del soluto; Otros ejemplos son la ingestión de cantidades excesivas de líquidos carbonatados que excede la capacidad de transporte, en especial en los niños que empiezan a andar, y la ingestión de hidróxido de magnesio y sorbitol, ninguno de los cuales se absorbe, lo que da lugar a una carga osmótica. Esta forma de diarrea suele tener un volumen menor que la diarrea secretora y desaparece con el ayuno. La osmolalidad de las heces no se explica por su contenido electrolítico, dado que existe otro componente osmótico; la diferencia entre el contenido de electrólitos (suma de Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup> y los aniones asociados) y la osmolalidad de las heces es >50 mOsm. Los trastornos de la motilidad se pueden asociar con un tránsito rápido o lento, y generalmente no se acompañan de una diarrea de gran volumen. La motilidad con tránsito lento se puede asociar con un crecimiento bacteriano excesivo como causa de diarrea.

**TABLA 338-2. Diagnóstico diferencial de la diarrea osmótica frente a la secretora**

	DIARREA OSMÓTICA	DIARREA SECRETORA
Volumen de heces	<200 ml/24 h	>200 ml/24 h
Respuesta al ayuno	Cesa la diarrea	Continúa la diarrea
Na <sup>+</sup> en heces	<70 mEq/l	>70 mEq/l
Sustancias reductoras*	Positivas	Negativas
pH en heces	<5	>6

\*La sacarosa no es un agente reductor. Añadir 5 gotas de HCl 0,1 N a la muestra de heces antes de agregar el agente reductor (pastilla Clinitest).

### **PATOGENIA DE LA DIARREA INFECCIOSA**

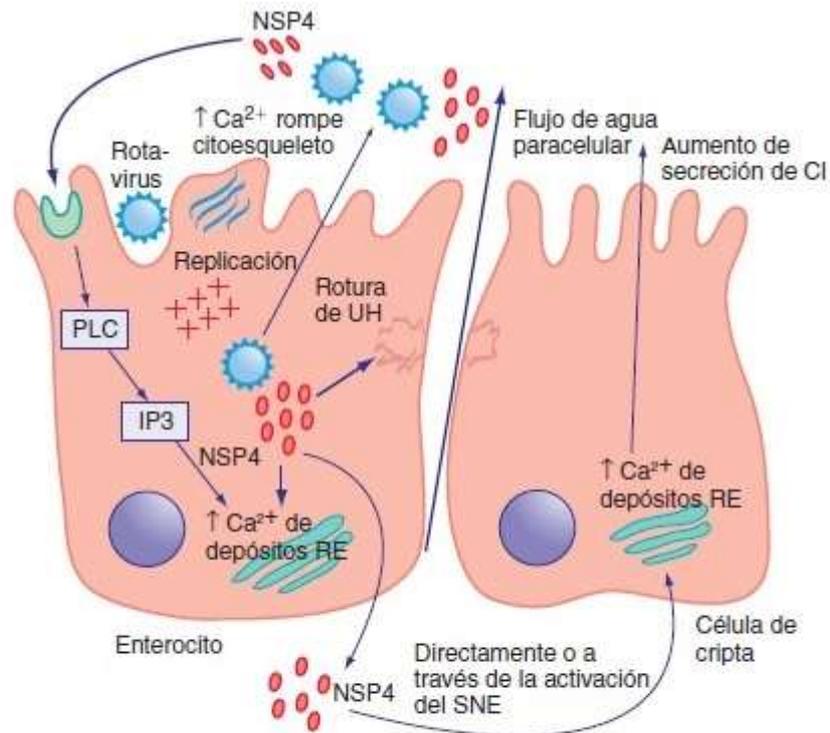
La patogenia y la gravedad de la enfermedad bacteriana dependen de si los organismos tienen toxinas preformadas (*Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus*), producen toxinas o son invasivos y de si se replican en el alimento.

Los enteropatógenos pueden llevar a una respuesta inflamatoria o no inflamatoria en la mucosa intestinal.

Los enteropatógenos provocan una **diarrea no inflamatoria** por la producción de **enterotoxinas** por algunas bacterias, destrucción de las células de las vellosidades (superficie) por virus, adherencia por parásitos y adherencia y/o translocación por bacterias. La **diarrea inflamatoria** suele estar causada por bacterias que directamente invaden el intestino o producen citotoxinas, con la consiguiente entrada de líquidos, proteínas y células (hematíes, leucocitos) en la luz intestinal.

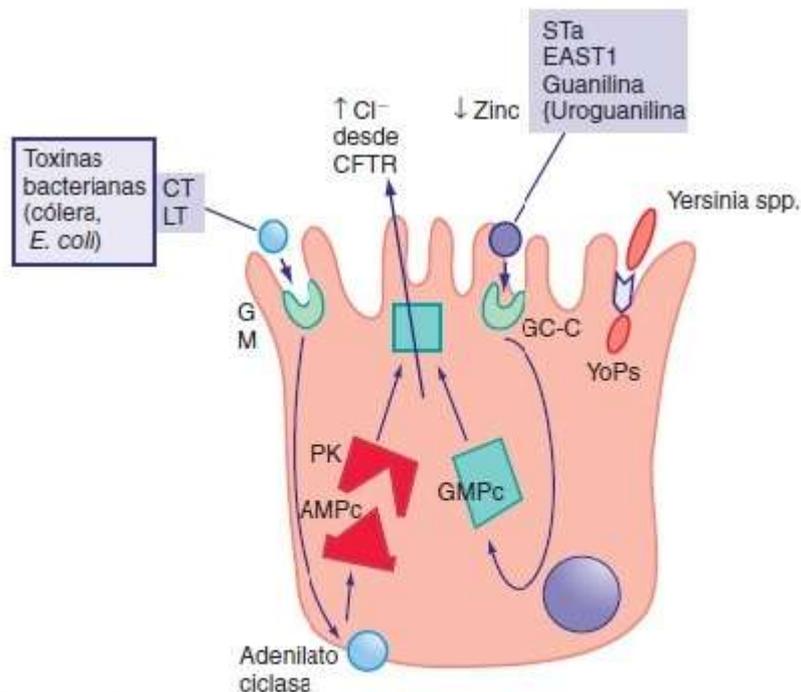
Algunos virus, como los rotavirus, seleccionan como objetivo las puntas de las microvellosidades de los enterocitos y pueden penetrar en las células por

invasión directa o por endocitosis dependiente del calcio. Esto puede dar lugar a un acortamiento de la vellosidad y a la pérdida de la superficie absorbente del enterocito por el acortamiento celular y la pérdida de las microvellosidades (fig. 337-2).



**Figura 337-2.** Patogenia de la infección y diarrea por rotavirus. RE, Retículo endoplásmico; SNE, sistema nervioso entérico; UH, unión hermética. (Adaptada de Ramig RF: Pathogenesis of intestinal and systemic rotavirus infection. *J Virol* 2004;78:10213-10220.)

La mayoría de los patógenos bacterianos elaboran enterotoxinas; la proteína NSP4 del rotavirus actúa como enterotoxina vírica. Las enterotoxinas bacterianas pueden activar selectivamente la transducción de señales intracelulares del enterocito y pueden afectar también a las redistribuciones citoesqueléticas, con posteriores alteraciones en los flujos de agua y electrólitos a través de los enterocitos. El aumento por regulación de estas vías da lugar a la inhibición del transporte acoplado al NaCl y a un aumento de la salida de cloruro, lo que da lugar, a su vez, a una secreción neta y pérdida de agua a la luz intestinal (fig. 337-3).

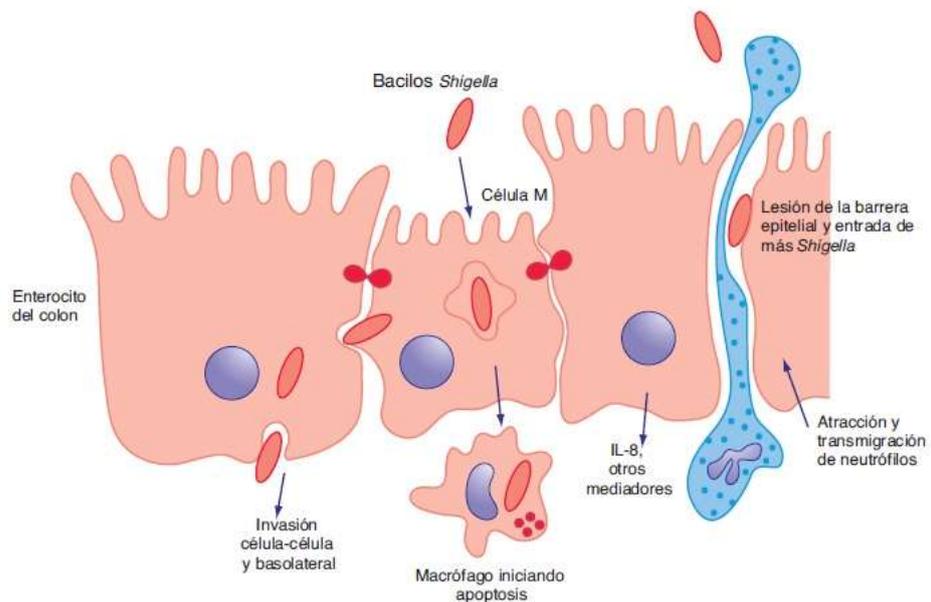


**Figura 337-3.** Mecanismo de la toxina del cólera. (Adaptada de Tapar M, Sanderson IR: Diarrhoea in children: An interface between developing and developed countries. *Lancet* 2004;363:641-653; y Montes M, DuPont HL: Enteritis, enterocolitis and infectious diarrhea syndromes. En Cohen J, Powderly WG, Opal SM y cols. [eds.]: *Infectious Diseases*, 2.ª ed. Londres, Mosby, 2004, págs. 31-52.)

El transporte acoplado de sodio a glucosa y aminoácidos no se ve afectado en gran medida. La vía del óxido nítrico puede estar también implicada, ya que la producción endógena de óxido nítrico es significativamente mayor en la diarrea infecciosa que en la no infecciosa.

***E. coli* enterotoxigénico (ETEC)** coloniza y se adhiere a los enterocitos del intestino delgado por las fimbrias de su superficie (pili) e induce la hipersecreción de líquidos y electrolitos al intestino delgado por una de estas dos toxinas: la enterotoxina termolábil (LT) o la enterotoxina termoestable.

La LT es estructuralmente similar a la toxina de *Vibrio cholerae* y activa la adenilato ciclasa, dando lugar a un aumento del guanosina monofosfato cíclico intracelular (GMPc) (v. fig. 337-3). En contraste, las especies de *Shigella* causan gastroenteritis por una invasión superficial de la mucosa del colon, que invaden a través de las células M localizadas sobre las placas de Peyer. Después de la fagocitosis se producen una serie de acontecimientos, incluida la apoptosis de macrófagos, multiplicación y diseminación de bacterias al interior de células adyacentes, liberación de mediadores inflamatorios (interleucina [IL]-1 e IL-8), trasmigración de neutrófilos a la luz del colon, necrosis y desgranulación de neutrófilos, una mayor rotura de la barrera epitelial y destrucción de la mucosa (fig. 337-4).



© ELSEVIER. Fotocopiar sin autorización es un delito.

**Figura 337-4.** Patogénesis de la infección y diarrea por *Shigella*. (Adaptada de Opal SM, Keusch GT: Host responses to infection. En Cohen J, Powderly WG, Opal SM y cols. [eds.]; *Infectious Diseases*, 2.ª ed. Londres, Mosby, 2004, págs. 31-52.)

## FACTORES DE RIESGO PARA LA GASTROENTERITIS

Los factores de riesgo incluyen la contaminación y un aumento de la exposición a enteropatógenos. Otros factores incluyen una edad joven, inmunodeficiencia, sarampión, malnutrición y ausencia de alimentación a pecho exclusiva o predominante. La malnutrición aumenta en varias veces el riesgo de diarrea y de mortalidad asociada. La fracción de tales muertes por diarrea infecciosa que son atribuibles a deficiencias nutricionales varía con la prevalencia de las deficiencias. Los riesgos son particularmente mayores con la malnutrición en micronutrientes; en niños con **deficiencia de vitamina A**, el riesgo de fallecer por diarrea, sarampión y malaria aumenta en un 20-24%. La **deficiencia en zinc** aumenta el riesgo de mortalidad por diarrea, neumonía y malaria en un 13-21%.

La mayoría de los casos de diarrea se resuelven en el transcurso de la primera semana de la enfermedad. Una menor proporción de enfermedades diarreicas no se resuelve y persisten durante >2 semanas. La **diarrea persistente** se define como episodios que comenzaron de forma aguda pero con una duración de al menos 14 días. Tales episodios dan cuenta del 3% y del 20% de todos los episodios diarreicos en niños <5 años de edad y de hasta el 50% de todas las muertes relacionadas con diarrea. Muchos niños (especialmente lactantes y niños pequeños) en los países en desarrollo tienen episodios frecuentes de diarrea aguda. Aunque pocos episodios individuales persisten más de 14 días, los episodios frecuentes de diarrea aguda pueden dar lugar a compromiso nutricional y pueden predisponer a estos niños al desarrollo de diarrea persistente, malnutrición proteína-caloría e infecciones secundarias.

## **MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA DIARREA**

La mayoría de las manifestaciones clínicas y de síndromes clínicos de diarrea se relacionan con el patógeno infectante y con la dosis/inóculo. Otras manifestaciones dependen del desarrollo de complicaciones (tales como deshidratación y desequilibrio electrolítico) y de la naturaleza del patógeno infectante. Por lo general, la ingestión de toxinas preformadas (como las de *Staphylococcus aureus*) se asocia con el rápido comienzo de náuseas y vómitos en menos de 6 horas, con posible fiebre, cólicos abdominales y diarrea en 8-72 h. La diarrea acuosa y los cólicos abdominales después de un período de incubación de 8-16 h se asocian con *Clostridium perfringens* y *Bacillus cereus* productores de enterotoxina. Los cólicos abdominales y la diarrea acuosa después de un período de incubación de 16-48 h pueden asociarse con norovirus, varias bacterias productoras de enterotoxina, *Cryptosporidium* y *Cyclospora*. Varios organismos, como *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolitica*, *E. coli* enteroinvasivo y *Vibrio parahaemolyticus*, producen diarrea que puede contener sangre, así como leucocitos fecales en asociación con cólicos abdominales, tenesmo y fiebre; estas características sugieren **disentería bacilar** y fiebre. La diarrea sanguinolenta y los cólicos abdominales después de un período de incubación de 72-120 h se asocian con infecciones debidas a *Shigella* y también con *E. coli* producto de toxina Shiga, como *E. coli* 0157:H7. Los organismos asociados con disentería o diarrea hemorrágica pueden causar también diarrea acuosa sola sin fiebre o que precede a un curso más complicado que da lugar a disentería.

Aunque muchas de las manifestaciones de gastroenteritis aguda en niños son inespecíficas, algunas características clínicas pueden ayudar a identificar las principales categorías de diarrea y permitir una rápida clasificación para un tratamiento antibiótico o dietético específico.

## **COMPLICACIONES**

La mayoría de las complicaciones asociadas con gastroenteritis se relacionan con retrasos en el diagnóstico y retrasos en la instauración de un tratamiento apropiado. Sin una temprana y apropiada rehidratación, muchos niños con diarrea aguda podrían deshidratarse con las complicaciones. Éstas pueden ser potencialmente mortales en lactantes y niños jóvenes. Un tratamiento inapropiado puede llevar a la prolongación de los episodios diarreicos, con la consiguiente malnutrición y complicaciones tales como infecciones secundarias y deficiencias en micronutrientes (hierro, zinc). En los países en desarrollo, las bacteriemias asociadas son complicaciones bien reconocidas en niños malnutridos con diarrea.

Patógenos específicos se asocian con manifestaciones y complicaciones extraintestinales. No son éstas patognomónicas de la infección ni se producen siempre en una estrecha asociación temporal con el episodio diarreico (tabla 337-5).

**TABLA 337-5. Manifestaciones extraintestinales de las infecciones entéricas**

MANIFESTACIÓN	PATOGENOS ENTERICOS ASOCIADOS	COMIENZO Y PRONOSTICO
Infecciones focales debidas a diseminación sistémica de patógenos bacterianos, incluidas vulvovaginitis, infecciones del tracto urinario, endocarditis, osteomielitis, meningitis, neumonía, hepatitis, peritonitis, corioamniotitis, infección de tejidos blandos y tromboflebitis séptica Artritis reactiva	Todos los principales patógenos pueden causar infecciones extraintestinales directas, como <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> , <i>Yersinia</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Clostridium difficile</i> , <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> , <i>Yersinia</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Cryptosporidium</i> , <i>Clostridium difficile</i>	Comienzo generalmente durante la infección aguda aunque puede estar presente posteriormente. El pronóstico depende del sitio de infección
Síndrome de Guillain-Barré	<i>Campylobacter</i>	Típicamente se produce de 1 a 3 semanas después de la infección. Puede haber recidivas después de la reinfección en el 15-50% de las personas, pero la mayoría de los niños se recuperan plenamente en 2-6 meses después de que aparezcan los primeros síntomas
Glomerulonefritis	<i>Shigella</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Yersinia</i>	Suele producirse pocas semanas después de la infección original. El pronóstico es bueno, aunque el 15-20% pueden tener secuelas
Nefropatía por IgA	<i>Campylobacter</i>	Puede ser de comienzo súbito, agudo, que hace referencia a un ataque súbito de inflamación, o crónico, que aparece de modo más gradual. En la mayoría de los casos, los riñones se curan con el tiempo
Eritema nudoso	<i>Yersinia</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Salmonella</i>	Caracterizado por episodios recurrentes de sangre en la orina; esta afección es consecuencia de depósitos de la proteína inmunoglobulina A (IgA) en los glomérulos. La nefropatía por IgA puede progresar durante años sin síntomas importantes. Parece que los hombres tienen más probabilidades de padecer este trastorno que las mujeres
Síndrome hemolítico urémico	<i>Shigella dysenteriae</i> 1, <i>Escherichia coli</i> O157:H7, otros	Aunque doloroso, suele ser benigno, y se ve más comúnmente en adolescentes. Se resuelve en 4-6 semanas
Anemia hemolítica	<i>Campylobacter</i> , <i>Yersinia</i>	Comienzo súbito, insuficiencia renal a corto plazo. En los casos graves, la insuficiencia renal requiere varias sesiones de diálisis para recuperar la función renal, pero la mayoría de los niños se recuperan sin daños permanentes para su salud
		Complicación relativamente rara que puede tener un curso crónico

Del Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention: Managing acute gastroenteritis among children. *MMWR Recomm Rep* 2004; 53:1-33.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de gastroenteritis se basa en el reconocimiento clínico, evaluación de su gravedad por un rápido examen y confirmación por investigaciones de laboratorio apropiadas si están indicadas.

## EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA DIARREA.

La manifestación más común de infección del tracto gastrointestinal en niños es la diarrea, con cólicos abdominales y vómitos. Las manifestaciones sistémicas son variadas y asociadas con una diversidad de causas. La evaluación de un niño con diarrea aguda incluye:

Valorar el grado de deshidratación y acidosis y proporcionar una rápida reanimación y rehidratación con líquidos orales e intravenosos según las necesidades.

Obtener una historia de contactos o exposición apropiada. Incluye la información sobre exposición a contactos con síntomas similares, ingesta de alimentos o agua contaminados, asistencia a guarderías, viaje reciente a un área con diarrea endémica y utilización de agentes antimicrobianos.

Determinar clínicamente la etiología de la diarrea para instauración de un tratamiento antibiótico temprano en los casos indicados. Aunque las náuseas y los vómitos son síntomas inespecíficos, son indicativos de infección en el intestino superior. La fiebre es sugestiva de un proceso inflamatorio, pero se produce también como consecuencia de deshidratación o coinfección (p. ej., infección del tracto urinario, otitis media). La fiebre es común en los pacientes con diarrea inflamatoria. El dolor abdominal y el tenesmo intensos son indicativos de afectación del intestino grueso y del recto. Características tales como náuseas y vómitos y febrícula o ausencia de fiebre con dolor periumbilical de ligero a moderado y diarrea acuosa son indicativas de

afectación del intestino delgado y reducen también la probabilidad de una infección bacteriana grave.

### **EXAMEN DE LAS HECES.**

El examen microscópico de las heces y los cultivos puede aportar una importante información sobre la etiología de la diarrea. Las muestras de heces deben ser examinadas en relación con moco, sangre y leucocitos. Los leucocitos fecales son indicativos de invasión bacteriana de la mucosa del colon, aunque algunos pacientes con shigelosis pueden tener unos mínimos leucocitos en un estadio inicial de la infección, al igual que los pacientes infectados por *E. coli* productor de toxina Shiga y *E. histolytica*. En áreas endémicas, la microscopia de las heces debe incluir el examen en busca de parásitos que causan diarrea, tales como *G. lamblia* y *E. histolytica*.

Se deben obtener coprocultivos tan pronto como sea posible en el curso de la enfermedad de niños con **diarrea sanguinolenta** en los que la microscopia de las heces indique **leucocitos fecales**, en los **brotos** con sospecha de **síndrome hemolítico-urémico (SHU)** y en los niños **inmunosuprimidos** con diarrea.

El rendimiento y el diagnóstico de diarrea bacteriana pueden mejorarse de modo significativo utilizando procedimientos diagnósticos moleculares tales como la PCR. En la mayoría de los niños previamente sanos con diarrea acuosa no complicada no se requiere evaluación de laboratorio excepto con fines epidemiológicos.

### **TRATAMIENTO**

Los principios básicos para el tratamiento de la gastroenteritis aguda en niños incluyen el tratamiento de rehidratación oral, alimentación entérica y selección de los alimentos, suplementación con zinc y tratamientos adicionales como los probióticos.

### **TRATAMIENTO DE REHIDRATACIÓN ORAL.**

Los niños, especialmente los lactantes, son más susceptibles que los adultos a la deshidratación debido a los mayores requerimientos basales de líquidos y electrolitos por kg y porque dependen de otros para satisfacer estas demandas. Se debe evaluar rápidamente la **deshidratación** y corregirse en 4-6 h según el grado de deshidratación y requerimientos diarios estimados. Una pequeña minoría de niños, especialmente los que se hallan en estado de shock o incapaces de tolerar líquidos orales, requiere rehidratación intravenosa inicial, pero la rehidratación oral es el modo de rehidratación y de sustitución de las pérdidas preferido (tabla 337-8).

**TABLA 337-8. Composición de las soluciones de rehidratación oral (SRO) comerciales y de refrescos consumidos comúnmente**

SOLUCIÓN	CARBOHIDRATO (g/l)	SODIO (mmol/l)	POTASIO (mmol/l)	CLORURO (mmol/l)	BASE* (mmol/l)	OSMOLARIDAD (mosm/l)
<b>SRO</b>						
Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005)	13,5	75	20	65	10	245
OMS (2002)	13,5	75	20	65	30	245
OMS (1975)	20	90	20	80	30	311
Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas	16	60	20	60	30	240
Enfalyte <sup>†</sup>	30	50	25	45	34	200
Pedialyte <sup>‡</sup>	25	45	20	35	30	250
Rehydralyte <sup>§</sup>	25	75	20	65	30	305
Ceralyte <sup>**</sup>	40	50-90	20	NA <sup>††</sup>	30	220
<b>REFRESCOS UTILIZADOS COMÚNMENTE (NO APROPIADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIARREA)</b>						
Zumo de manzana <sup>§§</sup>	120	0,4	44	45	N/A	730
Coca Cola <sup>¶¶</sup> clásica	112	1,6	N/A	N/A	13,4	650

\*Bicarbonato real o potencial (p. ej., lactato, citrato o acetato).  
<sup>†</sup>Mead-Johnson Laboratories, Princeton, New Jersey. Para más información: <http://www.meadjohnson.com/products/cons-infant/enfalyte.html>.  
<sup>‡</sup>Ross Laboratories (Abbott Laboratories), Columbus, Ohio. Los datos en relación con Pedialyte Flavored y Pop Pedialyte son idénticos. Para más información: <http://www.pedialyte.com>  
<sup>§</sup>Ross Laboratories (Abbott Laboratories), Columbus, Ohio. Para más información: [http://rpdcon40.ross.com/pr/Pediatric\\_Products\\_NSF/web\\_Ross\\_com-XML-PediatricNutrition/96A574581183947385256A800007546E570penDocument](http://rpdcon40.ross.com/pr/Pediatric_Products_NSF/web_Ross_com-XML-PediatricNutrition/96A574581183947385256A800007546E570penDocument).  
<sup>\*\*</sup>Cera Products, L.L.C., Jessup, Maryland. Para más información: <http://www.ceralyte.com/index.htm>.  
<sup>††</sup>No aplicable.  
<sup>§§</sup>Satisface los requerimientos mínimos del U.S. Department of Agriculture.  
<sup>¶¶</sup>Coca Cola Corporation, Atlanta, Georgia. Las cifras no incluyen los electrolitos que podrían estar presentes en el agua local utilizada para el envasado. Base = fosfato. Del: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; Diagnosis and management of foodborne illnesses. *MMWR* 2004;52:1-33.

Los riesgos asociados con una intensa deshidratación que pueden requerir la reanimación intravenosa incluyen: edad <6 meses, prematuridad, enfermedad crónica, fiebre >38 °C si <3 meses o >39 °C si 3-6 meses de edad, diarrea sanguinolenta, vómitos persistentes, oliguria, ojos hundidos y un nivel de consciencia deprimido. Aunque, en general, la solución de rehidratación oral estándar (SRO) de la OMS es adecuada, los líquidos de rehidratación oral con un bajo nivel de osmolalidad pueden ser más efectivos para reducir la producción de heces. En comparación con las SRO, una SRO con menor cantidad de sodio y glucosa (que contiene 75 mEq de sodio y 75 mmol de glucosa por litro, con osmolaridad total de 245 mOsm por litro) reduce la producción fecal, los vómitos y la necesidad de líquidos intravenosos sin aumentar de modo sustancial el riesgo de hiponatremia.

Los líquidos de rehidratación oral a base de cereales pueden ser también ventajosos en niños malnutridos y pueden prepararse en casa. Los remedios caseros que incluyen los refrescos con bicarbonato, zumos de frutas y té no son adecuados para la rehidratación o tratamiento de mantenimiento, ya que tienen unas osmolalidades inapropiadamente elevadas y bajas concentraciones de sodio. En la tabla 337-7 se plantea una estrategia de tratamiento en niños con diarrea de moderada a intensa. La rehidratación oral se debe dar a los lactantes y niños lentamente, en especial si tienen vómitos.

**TABLA 337-7. Resumen del tratamiento atendiendo al grado de deshidratación**

GRADO DE DESHIDRATACIÓN	TRATAMIENTO DE REHIDRATACIÓN	SUSTITUCIÓN DE LAS PÉRDIDAS	NUTRICIÓN
Mínima o sin deshidratación	No aplicable	<10 kg de peso corporal: 60-120 ml de SRO por cada deposición diarreica o vómito; >10 kg de peso corporal: 120-140 ml de SRO por cada deposición diarreica o vómito	Continuar la alimentación a pecho o reanudar la alimentación normal para la edad después de la hidratación inicial, incluida una ingesta calórica adecuada para mantenimiento*
Deshidratación leve a moderada	SRO, 50-100 ml/kg de peso corporal durante 3 a 4 h	Igual	Igual
Deshidratación intensa	Solución Ringer lactada o salina normal en 20 ml/kg de peso corporal, vía i.v. hasta que mejore la perfusión y el estado mental; luego administrar 100 ml/kg de peso corporal de SRO durante 4 horas o salino 1/2 normal glucosado 5% por vía i.v. a ritmos dos veces superiores al de mantenimiento	Igual; si no puede beber, administrar por sonda nasogástrica o administrar 5% de dextrosa 1/4 de salina normal con 20 mEq/l de cloruro potásico intravenosamente	Igual

\*Se deben evitar las alimentaciones demasiado restringidas durante los episodios de diarrea aguda. Los lactantes alimentados a pecho deben continuar alimentándose *ad libitum* incluso durante la rehidratación aguda. Los lactantes demasiado débiles para comer pueden recibir leche o fórmula a través de una sonda nasogástrica. Por lo general, las fórmulas que contienen lactosa son bien toleradas. Si se produce malabsorción de lactosa clínicamente sustancial, se pueden utilizar fórmulas sin lactosa. Se recomiendan carbohidratos complejos, frutas frescas, carnes magras y verduras. Se deben evitar las bebidas carbonatadas o zumos comerciales con una alta concentración de carbohidratos simples.  
i.v., Intravenoso; SRO, solución de rehidratación oral.  
De Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention: Diagnosis and management of foodborne illnesses. *MMWR* 2004;52:1-33.

Puede administrarse inicialmente con un gotero, cucharadita de té o jeringa, comenzando con sólo 5 ml cada vez. Se aumenta el volumen a medida que se vaya tolerando. En la tabla 337-7 se observa la sustitución en el caso de vómitos o pérdidas fecales. También se puede administrar la rehidratación oral por sonda nasogástrica en caso necesario; no es una vía usual.

Las limitaciones de la rehidratación oral incluyen shock, íleo, invaginación intestinal, intolerancia a carbohidratos (rara), vómitos intensos y una gran producción de heces (>10 ml/kg/h).

### **PREVENCIÓN**

En muchos países desarrollados, la diarrea debida a patógenos tales como *Clostridium botulinum*, *E. coli* 0157:H7, *Salmonella*, *Shigella*, *V. cholerae*, *Cryptosporidium* y *Cyclospora* constituye una enfermedad de declaración obligatoria y, de este modo, es importante seguir la pista y la identificación del origen para la prevención de brotes diarreicos.

Muchos países en desarrollo luchan contra grandes cargas de enfermedad diarreica en donde podría requerirse un planteamiento más amplio para la prevención de la diarrea. Las estrategias preventivas pueden ser relevantes en los países desarrollados y en los que se encuentran en vías de desarrollo.

### **PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN MATERNA EXCLUSIVA.**

La alimentación a pecho exclusiva (alimentación a pecho con ausencia total de administración de otro líquido o alimento durante los primeros 6 meses de vida) no es común. La alimentación a pecho exclusiva protege a los lactantes muy jóvenes de la enfermedad diarreica por la promoción de la inmunidad pasiva y por la reducción de la ingesta de alimento y agua potencialmente contaminados. La leche materna contiene todos los nutrientes requeridos al comienzo de la lactancia, y cuando se continúa durante la diarrea disminuye también el impacto adverso sobre el estado nutricional.

## **MEJORA DE LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.**

Hay una fuerte asociación inversa entre una alimentación complementaria apropiada e inocua y la mortalidad en los niños de edades comprendidas entre 6 y 11 meses; la malnutrición es un riesgo independiente de la frecuencia y gravedad de la enfermedad diarreica. Los alimentos complementarios deben introducirse a los 6 meses de edad, mientras que la alimentación a pecho materna debe continuar hasta el año de vida (un mayor período en los países en desarrollo). Los alimentos complementarios en los países en desarrollo tienen generalmente una calidad pobre y con frecuencia se hallan contaminados, predisponiendo de este modo a la diarrea. La contaminación de los alimentos complementarios puede reducirse potencialmente por la educación de los cuidadores y por la mejora del almacenamiento de los alimentos en el domicilio. La suplementación con vitamina A reduce la mortalidad infantil en un 34%; la mejora en el estado de la vitamina A reduce la frecuencia de la diarrea grave.

## **MEJORA DEL AGUA Y DE LAS INSTALACIONES SANITARIAS Y PROMOCIÓN DE LA HIGIENE PERSONAL Y DOMÉSTICA.**

Gran parte de la reducción en la prevalencia de la diarrea en el mundo desarrollado es el resultado de la mejora en los estándares de la higiene, saneamiento y abastecimiento de aguas. Además, el lavado de manos de modo habitual con jabón en el hogar puede reducir la incidencia de la diarrea en todos los ambientes. Las estrategias de cambios conductuales en favor del lavado de manos indican que la promoción del lavado y el acceso al jabón reducen la carga de la diarrea en los países en desarrollo.

## **MARCO CONCEPTUAL**

### ***DEFINICION DE ETNOPRACTICA***

En el devenir de la historia de la humanidad ha habido muchas explicaciones y atribuciones sobre la enfermedad y su contraparte u opuesto refiriéndonos a la salud.

En un primer momento habían sido las distintas religiones (génesis, cosmogonías, teogonías) las que habían dado a la gente las respuestas a todas esas preguntas que se hacían. Estas explicaciones religiosas se transmitieron de generación en generación a través de los mitos. Un mito es una narración fabulosa e imaginaria que intenta dar una explicación no racional a la realidad. A la par de un mito le acompaña un rito o viceversa. Por rito se entenderán aquellas costumbres o ceremonias que siempre se repiten de la misma manera. El mito sustenta la idea a través de distintas narraciones y el rito establece las reglas para el culto o protocolo.

Sobre esto último las prácticas de salud, desde los antepasados hasta la actualidad, no han estado alejadas de esta dinámica cultural.

Por lo tanto se entenderá por prácticas de salud tradicional o etnoprácticas:

Al conjunto de procedimientos y rituales que se realizan con el propósito de curar enfermedades que se fundamentan en la tradición de lo mágico, en el uso de plantas y en la manipulación de la persona. Dependiendo de la cultura de cada población varía el nombre de quienes lo practican, los nombres de las enfermedades y de los protocolos de curación.

Conjunto de conductas, actitudes y acciones socialmente reconocidas y ejecutadas por las sociedades y los grupos sociales con un significado de recuperar la salud. En el sentido estricto de la palabra, etnopráctica se puede definir como un conjunto de actividades y acciones que un grupo social realiza en base a un conocimiento empírico de medicina, costumbres o creencias religiosas para tratar una enfermedad.

Larga e interesante es la historia del conocimiento y utilización de las plantas para la recuperación y mantenimiento de la salud. En el siglo XVI el curandero indígena Martín de la Cruz agrupó las especies mexicanas según sus aplicaciones medicinales en el cuerpo humano, Fray Bernardino de Sahagún describió más de 300 plantas con aplicaciones médicas dando como resultado una serie de creencias, prácticas y conceptos, así como nuevas enfermedades y formas para tratarlas.

Una medicina popular que nació de la revelación y de los elementos místicos y mágicos practicados por los llamados hasta ahora brujos, hierberos o curanderos que actuaban y ponían sus poderes delante tanto del enfermo como de sus familiares.

La persona que realiza las etnoprácticas (curandero/a, sobador/a y partera) es denominada técnicamente como agente tradicional de salud, en otras palabras es una persona respetada y aceptada por la comunidad para realizar tratamientos de enfermedades a través de la utilización de medios y recursos terapéuticos, con una visión e interpretación del proceso salud enfermedad desde la óptica de que un conglomerado social ha adquirido por la tradición, fenómenos sobrenaturales, la oralidad y la experiencia empírica.

El fenómeno de las etnoprácticas es vinculante con la percepción mágica, las creencias, las prácticas, costumbres y la forma como referirse al estar bien (salud) o el estar mal (enfermedad); en otras palabras forma parte de la complejidad cultural, simbólica y lingüística de un grupo de la sociedad.

### **EMPACHO**

Enfermedad que se presenta frecuentemente entre la población infantil aunque no es ajena en los adultos se atribuye a existencia de algún residuo de alimento u otro material pegado al estómago o intestino su origen se relaciona con sus características de los alimentos digeridos por ejemplo: fruta verde, pan, galletas; comer chicle, papel o tierra: o bien por alteraciones en el horario de alimentación. El empacho puede estar acompañado de diarrea, decaimiento general con presencia de vómito, fiebre, ojos hundidos, inapetencia y pérdida de peso. El tratamiento terapéutico incluye tanto masajes (tronar el empacho), purgas e infusiones de algunas plantas.

Métodos tradicionales para curar el empacho: Se soba el abdomen del abdomen del paciente de afuera hacia adentro, pero también se hace desde manos y pies hasta el tronco; se usa aceite rosado o de comer luego se soba y se jalan los lomos hacia arriba desde el cuello a la cadera, es decir, se soba con los dedos alrededor de la columna vertebral jalando el pellejo. También se soba el vientre para que los intestinos filtren bien. Posteriormente se le da la siguiente purga al paciente: en un frasco de aceite de resino (la mitad si es adulto, tres cucharadas si es niño), se agrega la clara de un huevo, se bate bien se toma la mezcla de una vez.

Después se da a tomar también el siguiente cocimiento de plantas, o alguna de ellas (un puñito de cada una de ellas por medio litro de agua): manzanilla, caulote (cáscara), hojas sen y semilla de linaza ese mismo día o al otro, el enfermo arrojará el empacho y es probable que no se repita el tratamiento.

### **MAL DE OJO**

Por lo general se refiere a un síndrome de filiación cultural relacionado con la mirada de las personas. Se dice que una persona puede tener la mirada muy fuerte o caliente y por lo tanto puede afectar a la persona, animal o planta que sea el objeto de su admiración o envidia. Se caracteriza por un estado de intranquilidad sin causa aparente, diarrea, vómito y en caso de los niños llanto constante. Forma de curación: se limpia a la persona o niño con un

huevo de amor; en el caso del niño se le cubre con la ropa sucia de los padres, si es adulto

Se limpia con huevo y ramo; además, ponerse la ropa sucia y respirar profundamente su aroma.

### **SUSTO**

Susto o espanto es un síndrome cultural muy complejo causado por fuertes impresiones relacionadas con eventos fortuitos como caídas, accidentes automovilísticos y de trabajo temblores de tierra, pérdida de un familiar, espectros entre otros. Se manifiesta una pérdida del alma o espíritu, lo cual provoca un estado de debilidad inapetencia, insomnio o sueño intranquilo, vómito y diarrea que puede llevar a la muerte si no es atendido con prontitud. Su tratamiento general recae en los especialistas de la medicina tradicional popular e involucra un complejo conjunto de prácticas terapéuticas y recursos vegetales.

Los curanderos refiere al susto , como resultado de una experiencia brusca desde el punto de vista emotivo de la que resulta un estado de tensión o angustia momentánea y la cual lleva malestar general sin estar asociado a otros signos o síntomas de origen digestivo, pulmonar, etc.

Tratamiento para curar a la persona asustada se utilizan espíritus de untar y para tomar que contengan toronjiles (tres), albahaca y mirto. Estas plantas se machacan, va hervido o en agua natural; también se puede preparar en alcoholatura. Al paciente se le aplica después de hacerle una armonización con el ramo de limpia y huevo de amor; se unta al paciente los espíritus en todo el cuerpo, se le envuelve, también se le da de tomar medio vaso del preparado, y se deje reposar; también se le pone el sahumero (si no se tiene ramo de limpia) y se realizan oraciones.

Como mínimo se hacen tres curaciones, una cada día o cada semana hasta la recuperación de la persona.

Otras plantas utilizadas en el tratamiento del susto son las siguientes: aguacate, cardo santo, cebolla, epazote, espinocilla, guayaba, hierbabuena, hierba de san Ignacio, laurel, malvón, manzanilla, etc. Dependiendo del caso.

Como se ha expuesto estas prácticas se encuentran arraigadas en la población, porque son parte de la cultura a la que pertenecen en el año 2002 El diario de Hoy cita: Prácticas peligrosas de los sobadores **Etnoprácticas ‘matan’ tanto como el dengue.**

El ministerio de Salud ha trabajado arduamente para disminuir la morbimortalidad infantil pese a estos esfuerzos, aun se dejan de lado intervenciones claves para la disminución de estas prácticas.

En la mayoría de los casos los encargados de los menores ocultan información por diversos factores lo que dificulta aún más llevar un registro certero de la cantidad de niños que al presentar Enfermedad Diarreica aguda son llevados a la realización de dichas prácticas; en la mayoría de los casos los pediatras basan la sospecha en la presencia de una grave hemorragia intracraneana -ruptura de los vasos sanguíneos como consecuencia de la presión que ejerce la sangre cuando el bebé es colocado al revés y se le golpea en las plantas de los pies-, un factor que es el principal causante del fatal desenlace.

El peso de la costumbre es determinante para comprender la visita al curandero así como también la ubicación de la UCSF más cercana con la que cuentan la mayoría de comunidades de nuestra población, en donde les resulta más factible la visita a un curandero que desplazarse hasta un centro de salud.

Como se comentaba con anterioridad sobre el peso de la costumbre, en la mayoría de las veces, es posible que esta persona haya tratado a la abuela, la madre u otro familiar, lo que le refuerza de un prestigio entre la comunidad.

Tal es la valoración que de ellos se tiene que llega a convertirse en una persona protegida por ellos.

## **MARCO HISTÓRICO.**

Las EDAS, son causa principal de mortalidad y morbilidad en la niñez en el mundo. En general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados.

A nivel mundial, 780 millones de personas carecen de acceso a agua potable, y 2500 millones a sistemas de saneamiento apropiados.

En El Salvador, el 77% de las aguas superficiales se encuentran con algún grado de contaminación.

Según el MINEC 2009 en el país, el porcentaje de población sin acceso a una fuente mejorada de agua fue de 8.5%. El 90% de los hogares del área urbana cuentan con agua por cañería, el 3.9% se abastece con agua de pozo, el 5.9% por otros medios.

En el área rural, sólo el 56% de los hogares cuentan con servicio de agua por cañería mientras que el 18.35 se abastece con agua de pozo, y el 25,2, lo hace mediante otros medios.

En los países en desarrollo, los niños menores de tres años sufre en promedio, tres episodios de diarrea al año, siendo la segunda mayor causa de muerte en niños menores de cinco años.

A nivel mundial, ocurren 1700 millones de casos al año, y 760,000 muertes en niños menores de cinco años.

En los países en vías de desarrollo, el amplio uso de la Medicina Tradicional, se atribuye a su accesibilidad, siendo difícil que las poblaciones rurales tengan acceso a los servicios de atención en salud.

Las desigualdades en salud, son el espejo de las desigualdades sociales generadas por el sistema económico social, que a su vez se rige por la desigual distribución del poder político y económico.

Hoy en día, tanto en los países ricos como en los pobres, muchos de los servicios de salud no alcanzan adecuadamente a la mayoría de la gente más necesitada, no satisfacen efectivamente las necesidades humanas.

La medicina tradicional también es muy popular en los países en vías de desarrollo, puesto que está fuertemente arraigado en los sistemas de creencias, lo cual crea confianza por parte de la población, en el “curandero” o “sobador”.

Esto aunado a que, muchas veces, la sensibilidad humana se pierde en el área de la medicina moderna.

La gente tarda bastante en cambiar sus actitudes y tradiciones, y con mucha razón, defienden lo que es creen que es correcto. Las personas al

enfrentarse a la medicina moderna, pueden sentir que se están despreciando sus costumbres y se está disminuyendo su valor.

La mayoría de las enfermedades tienen más de una causa, una lleva a la otra.

Para resolver un problema por completo, hay que buscar sus causas más profundas.

Por ejemplo, en muchos pueblos, la diarrea es la causa más común de muerte en niños. Las causas están asociadas a la falta de higiene y saneamiento, desnutrición, pobreza, falta de acceso a agua potable, entre otras.

Por tanto, en cuanto a salud y maneras de curar, es importante el papel que tienen los curanderos y parteras, cuáles son las curaciones y medicinas caseras que se usan en su región, cuáles son de más valor, cuáles son peligrosas o dañinas. Así mismo, valorar qué servicios de salud están cerca, qué tan buenos son, cuánta gente los usa, y las medidas preventivas que se toman, y todo esto, depende del paradigma de salud desde el cual la población percibe el proceso salud-enfermedad.

Pero surge la pregunta, ¿qué es un paradigma? Un paradigma es una visión de mundo compartida por un grupo de personas, por tanto, tiene un carácter socializador y normativo. Es la forma particular cómo se organiza racionalmente el conjunto de teorías, leyes y principios de una disciplina científica, y que se traduce en la formulación de los problemas de estudio, redefine los métodos y técnicas y las formas de práctica, así como los criterios de verdad y procesos de verificación.

Se refiere a la imagen del mundo, y creencias básicas de la comunidad científica acerca de la realidad.

Todas las personas tienen un punto de vista acerca de la salud-enfermedad, y cada punto de vista es un enfoque. Cuando un grupo importante de personas concuerda y tiene aspectos coincidentes respecto a un tema relevante, a esto se le llama enfoque, un modelo, un punto de vista común o un paradigma, y es lo que explica el porqué de las cosas.

Se dice generalmente, que los modelos son representaciones mentales, es decir son interpretativo-interventivos. Es por ello que no se le puede dar una definición simplista a un problema tan complejo como es el proceso salud-enfermedad

Dado que es un proceso complejo y no estructurado, porque intervienen variables diversas en el proceso salud enfermedad, y no se sabe cómo se interrelacionan estas variables biológicas, psicológicas, ambientales, sociales, culturales económicas, para dar un producto que se llama condición de salud, se por ello, que se aborda mediante modelos o paradigmas.

Históricamente son dos los grandes modelos o paradigmas para conceptualizar la salud y los factores relacionados.

### **PARADIGMA TRADICIONAL.**

Este modelo trata de entender el problema salud-enfermedad, siendo el énfasis en la “curación”. Este enfoque es principalmente curativo y recuperativo, resumiéndose este modelo a: “Causa simple-efecto simple”

### **VARIANTES DEL PARADIGMA TRADICIONAL.**

#### **Paradigma espiritualista o concepción mágico religiosa.**

Predominó en la cultura occidental, hasta el florecimiento de la cultura griega. La enfermedad era interpretada por la intervención de dioses o espíritus molestos por las actitudes no ajustadas a la norma social. Es decir, se entiende la salud –enfermedad como un proceso de la ruptura relacional entre los hombres y Dios. Quien hace la salud es entonces el sacerdote, porque es el que está más cercano a esa relación Hombre-Dios, es decir, es el mediador.

#### **Paradigma ambientalista o naturalista.**

En el entendido de que el ambiente es la causa de las enfermedades, fue desarrollado en la antigüedad griega y tuvo en Hipócrates su más claro exponente. Se entendía la salud como el equilibrio de los humores constitutivos del cuerpo y la enfermedad, como una alteración de esa homeóstasis, y se estructuraba como una analogía del equilibrio de los cuatro elementos básicos de la naturaleza: agua, aire, tierra y fuego.

El clima frío produce problemas respiratorios, el clima cálido produce problemas digestivos, los malos olores causan otros problemas.

La conexión entre el pensamiento médico de la antigüedad griega y el estudio de la naturaleza se encuentra en “Sobre los vientos, las aguas y las regiones”, de Hipócrates, un claro exponente.

Este modelo da una interpretación de la salud-enfermedad, desde un criterio racionalista de la época, a través del pensamiento lógico, siendo su principal limitante, la falta de experimentación con los fenómenos.

### **PARADIGMA HIPOCRÁTICO**

Vale hablar de los Hipocráticos, como una escuela que surgió en el contexto histórico básico de la Grecia clásica. Bajo este mundo, la salud es expresión

de perfección, y se debe a las relaciones entre los hombres y la naturaleza; ya no se debe a la relación hombre-dios.

Otro elemento fundamental es la visión de unidad de organismo. Es una concepción sistémica, relacional temprana.

Hipócrates descubre las relaciones que hay entre el hombre y su ambiente, como las enfermedades ligadas a carencias alimentarias, enfermedades por intoxicaciones, enfermedades ligadas a conductas, comportamientos, profesiones, etc.

El agente es el médico artesano. Los médicos de la vieja Grecia eran pequeños grupos de artesanos, que iban de pueblo en pueblo ofreciendo sus productos.

### ***MODELO HIGIENISTA.***

Cerca de cinco o seis siglos después, surge la imagen de Galeno, que fue un griego nacido en Pérgamo, pero en plena dominio del imperio Romano, convirtiéndose posteriormente en médico de la corte. Desarrolla un pensamiento normativo, organiza y transforma reglas y formas de pensamiento Hipocrático, que tienen que ver con hábitos alimenticios, vida cotidiana, aseo, limpieza y vida sexual.

El nuevo paradigma descansa sobre dos elementos fundamentales: el Corpus Galénico, que son formas de vida que buscan estandarizar el comportamiento de los hombres, y una Visión Teocéntrica, impuesta con el dominio del cristianismo en el mundo occidental.

### ***PARADIGMA MODERNO.***

Este paradigma fue lento en su proceso de construcción. Un elemento definitorio para muchos en la fundamentación de este paradigma moderno es el surgimiento de la gnosis pura de la realidad. Es el nacimiento de la medicina desde la alquimia, surgiendo una nueva magia que ya no es falsa, se basa en las cosas de la naturaleza que responde cosas cotidianas, no es una magia esotérica, sino una magia abierta al conocimiento.

Es a partir de Descartes que se instala la racionalidad mecánica, la concepción de racionalidad es uno de los estímulos de la concepción de modernidad. Las explicaciones buscan tener una rigurosidad sistemática en construcción del pensamiento científico. El conocimiento está basado en la investigación, lo cual a su vez es la base de las mejoras en las condiciones de vida.

### ***PARADIGMA BIOLOGISISTA.***

Como respuesta al cansancio del pensamiento especulativo deductivo, surge el otro extremo que era la posición objetivista, también denominado, paradigma de la unicausalidad. Si se quiere ver la causa, básicamente monocausal, como un problema individual de corte biológico.

Surge con el descubrimiento de los agentes infecciosos, con Pasteur, Koch, en lo cual se postula que los agentes infecciosos causan prácticamente la mayoría de las enfermedades. Se establece la tríada ecológica, es decir, que los problemas de salud están determinados por tres factores: agente-huésped, ambiente.

### ***PARADIGMA HIGIÉNICO PREVENTIVISTA.***

Los estudios de Goldeberg sobre la pelagra, descartaron la existencia de un agente causal único en la etiología de dicha enfermedad y, comenzó a postularse la idea de multicausalidad, y volver la mirada hacia los factores inespecíficos. El desarrollo de la psicología, la antropología, y de las Ciencias Sociales en general, contribuyó a ampliar el marco conceptual de explicación a la salud-enfermedad hacia otros modelos. En 1945, el historiador Henry Sigerist, ubicaba la promoción de la salud como la primera de las cuatro grandes tareas de la medicina, seguida de la prevención de la enfermedad, la reparación del daño y la rehabilitación.

Años más tarde se identifica a la promoción de la salud como el nivel más inespecífico y general de la prevención de la enfermedad. Leavell y Clark, teóricos de la medicina preventiva, ubicaban su ámbito de acción en el período prepatogénico, de la llamada “historia natural de la enfermedad”.

Este paradigma subyacía en dicha propuesta, y consideraba la enfermedad como la ruptura del equilibrio de la tríada ecológica. De acuerdo a esta visión, la promoción de la salud debía fortalecer la resistencia del huésped hacia los agentes etiológicos, la disminución o eliminación del contacto con el agente y acciones generales sobre el ambiente.

### ***MODELO EPIDEMIOLÓGICO SOCIAL.***

En los años 70 surgen críticas al papel de la medicina y tomando distancia de los niveles de prevención de la medicina preventiva, surge un concepto de promoción de la salud, orientado al cambio conductual personal con la concepción moderna de arte y ciencia, de ayudar a las personas a cambiar su estilo de vida hacia un estado óptimo de salud.

La salud es un producto social, lo biológico es sólo una expresión al interior, lo que cuenta son las determinantes históricas y sociales de los procesos salud y enfermedad. La atención va hacia otros factores determinantes del nivel de salud: los factores económicos, sociales, ambiente, estilos de vida, apartándose del modelo biológico predominante.

### **MODELO DEL CAMPO DE LA SALUD.**

En este modelo se considera una red compleja de factores, cuya presencia está relacionada con la salud o enfermedad. En este modelo nos e habla entonces de “causa”, sino de “riesgo”, como probabilidad de enfermar, siendo representado por 4 grupos: biología humana, el medio ambiente, estilos de vida y el sistema de atención de salud.

### **MARCO LEGAL.**

El Ministerio de Salud (MINSAL) en el camino de la transformación del sistema de salud de El Salvador, ha dado pasos firmes para lograr el objetivo fundamental de la Política de Salud, que es el de garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña, a través de un sistema integrado de salud .

Para lograr una atención primara de salud integral, se ha logrado conformar 380 Ecos FAMILIARES Y 28 Ecos especializados para febrero del 2011, siendo la meta para el 2014 cubrir el país.

Existe una base legal, en la Constitución de la República de El Salvador, donde se establece en el artículo 1, que es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la salud. Así mismo, en el artículo 65, se establece que la salud es un bien público, y que El Estado está obligado a velar por su conservación y restablecimiento. Por tanto, la accesibilidad a los servicios de salud es una de las metas prioritarias para prevenir las muertes infantiles.

En cuanto a medicina tradicional, son pocos los países, que han desarrollado una política sobre medicina tradicional, que pueda definir el papel de ésta, en el aporte sanitario nacional, asegurando la creación de una normativa legal para promover una buena práctica, que el acceso sea equitativo, y se asegure la autenticidad, seguridad, eficacia de las terapias; uso sostenible de plantas medicinales, y la protección y uso equitativo de los conocimientos sobre medicina indígena y tradicional. Así mismo, a pesar que muchas terapias de la medicina tradicional tienen potencial prometedor y se utilizan con frecuencia, muchas de ellas no están probadas ni son controladas.

Las niñas y niños, constituyen el sector más vulnerable de la sociedad, por lo cual surge una ley que los protege, de manera integral dado que según el artículo 35 de la Constitución de República, es deber del Estado, proteger la salud física, mental y moral de ellos.

Esta ley, conocida como Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, tiene como finalidad de garantizar el cumplimiento de los deberes de toda niña, niño y adolescente en El Salvador, lo cual incluye así mismo, los derechos respecto a la salud.

Según lo establece el artículo 19, el cual recita así:

**Artículo 19.- Prohibición de experimentación y prácticas que atenten contra la vida**

Se prohíbe cualquier tipo de actividad que atente contra la vida, dignidad o integridad física, psíquica o moral de las niñas, niños y adolescentes, tales como:

- a) Experimentación médica;
- b) Experimentación genética; y,
- c) Prácticas étnicas, culturales o sociales.

Cualquier persona que tenga conocimiento de la experimentación o prácticas a que hace referencia el inciso anterior, estará obligada a denunciarla conforme a la normativa penal.

A través de este artículo se establece claramente la prohibición del uso de prácticas étnicas en niños.

Así mismo, el artículo 20, declara que todas las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a un nivel de vida digno y adecuado, lo cual incluye también, vivienda digna, segura e higiénica, con servicios públicos esenciales como agua potable, alcantarillado y energía eléctrica, lo cual es contrastante, con el hecho de que, en el país, el porcentaje de población sin acceso a una fuente mejorada de agua es de 8.5%. Siendo responsabilidad de los representantes de los niños, la responsabilidad de estas garantías, es El Estado, por medio de políticas públicas y programas, el encargado de asegurarles condiciones para que cumplan con esta responsabilidad.

Posteriormente en el Capítulo II, que corresponde a temas sobre Salud, Seguridad Social y Medio Ambiente, se establece en el artículo 21, el Derecho a la salud. Siendo la salud un bien público y un derecho fundamental de las niñas, niños y adolescentes que debe entenderse de manera integral como la resultante de la interacción dinámica de distintos factores bio-psico-sociales, económicos, el medio ambiente, el agua en calidad y cantidad suficiente, el estilo de vida y el sistema de atención sanitaria. Sin embargo, ya es de conocimiento que En El Salvador, el 77% de las aguas superficiales se encuentran con algún grado de contaminación.

El Estado debe garantizar este derecho mediante el desarrollo de las políticas públicas y programas que sean necesarios para asegurar la salud integral de la niñez y adolescencia. En todo caso, la ausencia de políticas o

programas de salud no exime de la responsabilidad estatal de atención que sea requerida en forma individualizada para cualquier niña, niño o adolescente.

#### **Artículo 22.- Gratuidad del servicio de atención médica**

El Estado proveerá gratuitamente, en el nivel de atención correspondiente, los servicios de salud a las niñas, niños o adolescentes que los requieran. Ese servicio implica también el suministro gratuito de consultas, medicinas, exámenes, prótesis, la implementación de programas para la utilización terapéutica de órganos o tejidos humanos u otros elementos necesarios para la prevención, tratamiento y rehabilitación de la niña, niño o adolescente.

Cuando no resulte posible el acceso de las niñas, niños o adolescentes a la atención y los servicios del sistema público de salud o éste no cuente con los medios idóneos, el Órgano Ejecutivo en el ramo de Salud Pública y Asistencia Social, en el marco del Sistema Nacional de Salud, deberá coordinar esfuerzos con los miembros y colaboradores del mismo, así como con instituciones nacionales e internacionales públicas o privadas para preservar la salud de las niñas, niños y adolescentes que lo requieran.

#### **Artículo 25.- Obligaciones del Sistema Nacional de Salud**

Corresponde al Estado, a través del Sistema Nacional de Salud:

- a) Elaborar y ejecutar la política integral de salud para la atención de la niñez y adolescencia, entre otros ámbitos, en la atención primaria, el combate de la mortalidad materno-infantil, la desnutrición, el embarazo precoz, la atención y tratamiento de personas que sean portadoras del virus de inmunodeficiencia humana o padezcan del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, así como de aquéllos que padezcan enfermedades crónicas
  
- b) Asegurar el fácil acceso de la niña, niño o adolescente a los servicios necesarios para su tratamiento

#### **Artículo 26.- Responsabilidades de la familia frente al derecho a la salud**

Es obligación de la madre, el padre, representante o responsable de la niña, niño o adolescente:

- a) Inscribirlos en el sistema de salud o de seguridad social desde el momento de su nacimiento;
  
- b) Asegurar que asistan a los controles periódicos de salud, vacunación y demás servicios médicos;

- c) Suministrar los cuidados que sean necesarios para la prevención, atención y combate de las enfermedades y la atención especial de aquéllos con discapacidad;
- d) Llevarlos a los servicios médicos necesarios ante un síntoma de enfermedad o riesgo a la salud;
- e) Cumplir con diligencia las instrucciones de los profesionales de la salud, tanto públicos como privados, en lo que se refiere al tratamiento de que fuesen sujetos; y
- f) Evitar someter a las niñas, niños o adolescentes a tratamientos carentes de bases científicas que los respalden, o efectuados por profesionales y personal técnico auxiliar no certificados por la respectiva Junta de Vigilancia o que no posean la autorización respectiva.

Con este inciso, se confirma nuevamente, que no se debe someter a los niños a tratamientos carentes de bases científicas.

#### **Artículo 27.- Responsabilidades de la sociedad frente al derecho a la salud**

Corresponde a la sociedad:

- a) Cooperar con el Estado en el desarrollo de las políticas y los programas necesarios para reducir la mortalidad infantil, prevenir las enfermedades, educar a la familia en las prácticas de higiene y saneamiento, combatir la malnutrición y los demás que sean necesarios para la garantía de la salud de las niñas, niños y adolescentes;

#### **Artículo 29.- Promoción de la salud de la niñez y adolescencia**

El Sistema Nacional de Salud deberá establecer una política preventiva para la atención de la niñez y la adolescencia, tanto a nivel nacional como local. Como parte obligatoria de dicha política deberán implementarse programas de atención médica, odontológica y psicológica gratuitos. Es un deber del padre, la madre, los representantes o responsables asegurar que las niñas, niños y adolescentes sean vacunados en forma completa y oportuna, según las indicaciones establecidas por el Sistema Nacional de Salud.

La vacunación contra enfermedades infecto-contagiosas, sean epidémicas o endémicas, es obligatoria y gratuita. Dicha actuación será realizada a través del Sistema Nacional de Salud.

#### **Artículo 30.- Salud primaria y familiar**

La atención primaria, incluyendo la salud familiar, deberá solucionar los problemas más frecuentes de la comunidad, orientándose a la prestación de

servicios preventivos, curativos, paliativos y de rehabilitación, capaces de maximizar la salud y el bienestar de la niñez y la adolescencia.

Como se puede ver, existe una amplia base legal que respalde el derecho a la salud del niño, que lo protege de la aplicación de etnopraxis, siendo el Estado, la Sociedad y la Familia, los principales actores en el proceso de garantía de estos deberes, por tanto, no es debido a una falta de leyes al respecto, sino una aplicación irregular, en la cual no sólo interviene el poco o nulo conocimiento de dichas leyes, sino que también, el propio sistema económico-social, y el deterioro medioambiental, juegan un papel importante, tanto para la persistencia de las EDAS, como para la continuación del uso de etnopraxis ante este problema de salud.

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

### ***Tipo de investigación:***

Descriptiva, Cuantitativa y Transversal

### ***Periodo de investigación:***

Junio-Agosto 2016

### ***Universo:***

Niños menores de cinco años que consulten por GEA en UCSF El Tinteral y Nombre de Jesús, en el periodo de junio-agosto 2016.

Según datos del SIMMOW, en UCSF “El Tinteral, Santa Ana”, se atendió en el período comprendido de Junio-Agosto 2016, a una población de 34 menores de 5 años de edad. Para la UCSF “Nombre de Jesús, Chalatenango”, se registró una población de 37 menores, dando una población total en conjunto de 71 niños menores de 5 años, que consultaron por EDA.

### ***Muestra:***

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, dada la mayor accesibilidad y proximidad para los investigadores, de los sujetos en estudio, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Dicho muestreo dio como resultado un total de 23 participantes.

### **Criterios de inclusión:**

- Que viva en los caseríos que comprenden el cantón El Tinteral, Santa Ana; y/o en el casco urbano y rural del municipio de Nombre de Jesús, Chalatenango.
- Padres de niños menores de 5 años, que asistan a unidad de salud “El Tinteral”, Santa Ana; y/o “Nombre de Jesús”, Chalatenango.
- Cuidadores que acepten participar

### **Criterios de Exclusión:**

- Menores de 5 años que no vivan dentro de los límites del cantón El Tinteral, Santa Ana; o dentro del municipio de Nombre de Jesús, Chalatenango.
- Menores de cinco años que presentaron EDA pero no consultaron en ninguna Unidad Comunitaria de Salud Familiar.
- Padres que no quieran participar.

***Operacionalización de variables:***

Ver cuadro

***Instrumento de recolección de datos:***

Formularios

***Fuentes de información:***

Fuentes primarias: cuidadores de niños menores de cinco años, quienes consultaron por enfermedad diarreica aguda en niños.

***Técnicas de obtención de información:***

Observación

Entrevista

***Herramientas para obtención de información:***

Guía de observación

Guía de entrevista

***Mecanismos de confidencialidad y resguardo de los datos:***

Consentimiento informado de los participantes

***Procesamiento y análisis de la información.***

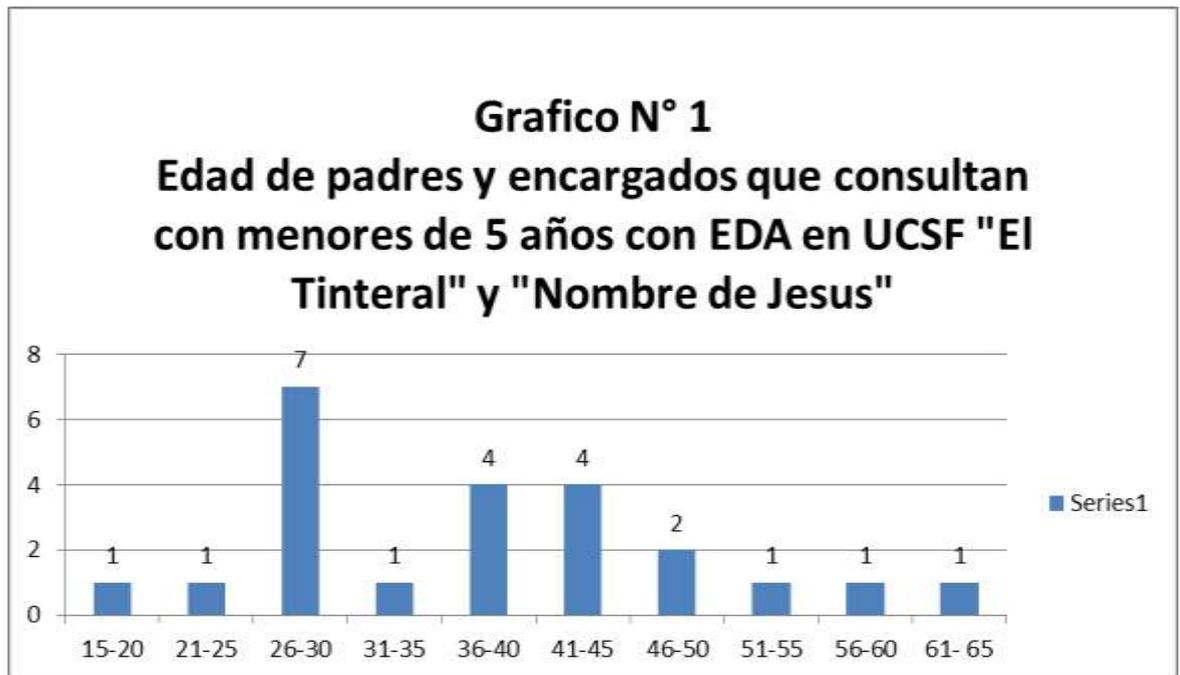
Microsoft Word, Microsoft Excel

OBJETIVOS	Indicadores	FUENTE	UNIDAD DE OBSERVACIÓN	MÉTODO/TÉCNICA/ INSTRUMENTO	PREGUNTAS/ÍTEMS
<p>Describir el tipo de etnoprácticas que se realizan en los niños menores de 5 años, con enfermedad diarreica aguda que consultan en la UCSF “El Tinteral, Coatepeque, Santa Ana”, y UCSF “Nombre de Jesús, Chalatenango”, en el período de junio-agosto 2016.</p>	<p>Etnoprácticas más utilizadas en niños menores de cinco años.</p>	<p>Encuesta</p>	<p>Niños menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda que consultan en UCSF El Tinteral</p>	<p>Método: observación</p> <p>Instrumento: guía de encuesta</p>	<p>Si ha recurrido alguna vez al sobador, ¿cuáles han sido los tratamientos que le ha brindado en caso de que su hijo presentase diarrea?</p>

OBJETIVOS	Indicadores	FUENTE	UNIDAD DE OBSERVACIÓN	MÉTODO/TÉCNICA/ INSTRUMENTO	PREGUNTAS/ÍTEMS
<p>Clasificar las etnorprácticas según paradigma, que se realizan en los niños menores de 5 años, con enfermedad diarreica aguda que consultan en la UCSF “El Tinteral, Coatepeque, Santa Ana”, y UCSF “Nombre de Jesús, Chalatenango” en el período de junio-agosto 2016.</p>	<p>Paradigma de la salud predominante en los cuidadores de los niños menores de cinco años.</p>	<p>Encuesta</p>	<p>Niños menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda que consultan en UCSF El Tinteral</p>	<p>Método: observación</p> <p>Instrumento: guía de encuesta</p>	<p>Cuando su hijo se enferma usted prefiere:</p> <p>Acudir al médico</p> <p>Proporcionarle un remedio casero.</p> <p>Acudir al sobador.</p>
<p>Establecer los resultados percibidos por la población, respecto al uso de etnorprácticas en menores de 5 años con EDA, que consultan en la UCSF “El Tinteral, Coatepeque, Santa Ana”, y UCSF “Nombre de Jesús, Chalatenango” en el período de junio-agosto 2016.</p>	<p>Población beneficiada con la medicina tradicional.</p>	<p>Encuesta</p>	<p>Niños menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda que consultan en UCSF El Tinteral</p>	<p>Método: observación</p> <p>Instrumento: guía de encuesta</p>	<p>¿Percibe usted algún beneficio al hacer uso de algún remedio casero?</p> <p>¿Considera satisfactorios los resultados obtenidos al acudir al sobador?</p>

## RESULTADOS

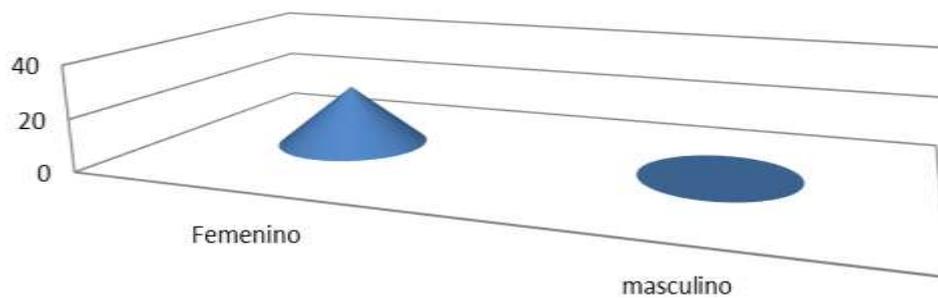
### Datos Generales.



**Fuente:** Padres y encargados que consultan con menores de 5 años con EDA en Unidades de Salud Tinteral y Nombre de Jesús

**Gráfico N°1.** Se observa que el total de la población en estudio se encuentra entre las edades de 26 – 30 años con un total de 7 personas, seguidamente se encuentran con 4 personas las edades de 36-40 y 41-45, y finalmente se encontró como la menor población las edades de 21-20 y 61-65.

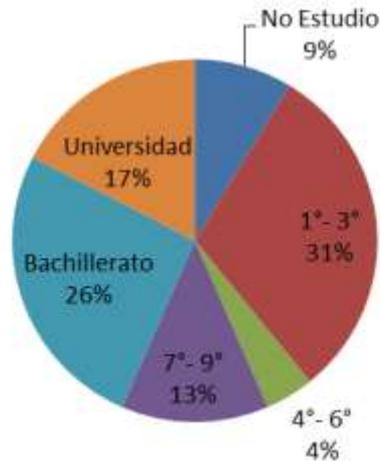
**Gráfico N°2.**  
**Sexo de padres y encargados que consultan con menores de 5 años con EDA en UCSF "El Tinteral" y "Nombre de Jesus"**



**Fuente:** Padres y encargados que consultan con menores de 5 años con EDA en Unidades de Salud Tinteral y Nombre de Jesús

**Gráfico N°2.** Se puede observar que con respecto al sexo el que predomina en su totalidad es el femenino con un total de 23 madres o encargadas de los menores de 5 años que consultaron en las UCSF del Tinteral y Nombre de Jesús.

**Grafico N°3**  
**Escolaridad de padres y encargados que consultan con menores de 5 años en UCSF**  
**"El Tinteral" y "Nombre de Jesus"**



**Fuente:** Padres y encargados que consultan con menores de 5 años con EDA en las unidades de salud del Tinteral y Nombre de Jesús

**Gráfico N°3.** Se puede observar que con respecto a la escolaridad de los padres o encargados de los menores de 5 años en estudio, solo han cursado entre el 1° -3° grado un total de 7 y seguidamente los que estudiaron bachillerato, un total de 6.

En menor proporción se evidenció aquellos que asistieron a la Universidad, con un total de 4 personas; y entre 7°-9° un total de 3. Finalmente solo se encontró 1 persona que estudio entre 4°-6° grado.

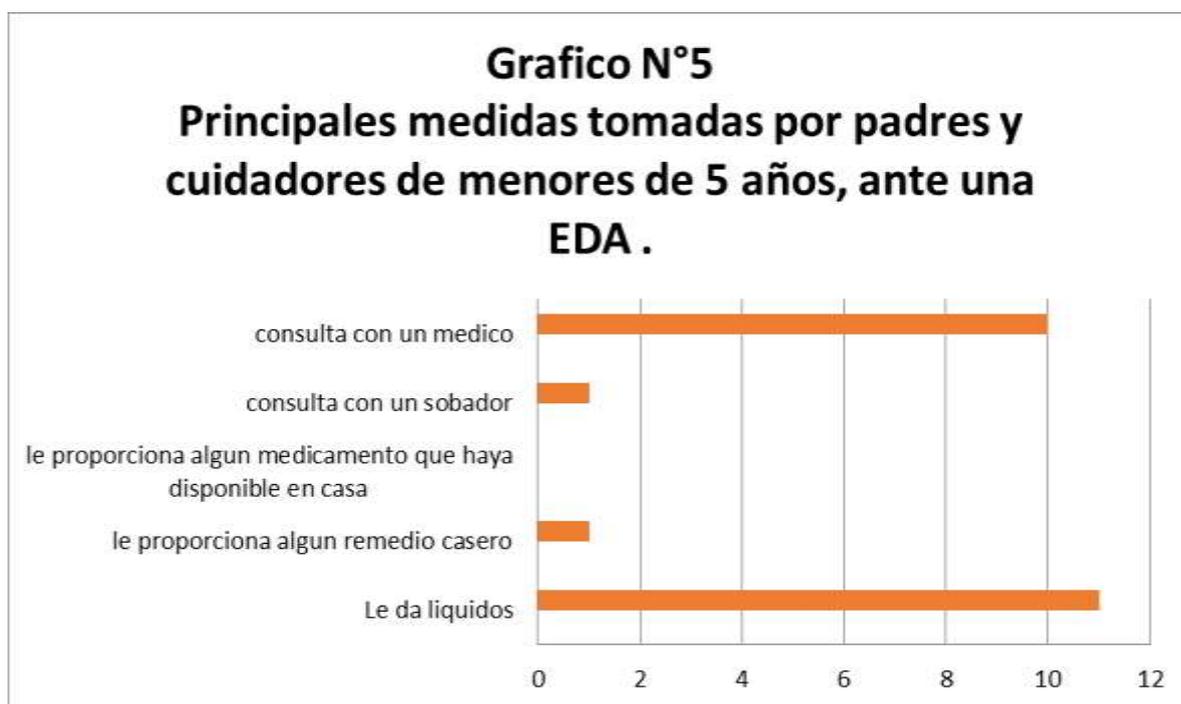


**Fuente:** Padres y encargados que consultan con menores de 5 años con EDA en Unidades de Salud Tinteral y Nombre de Jesús

**Gráfica N°4.** Se puede observar que con respecto a la ocupación de padres o encargados que consultaron con menores de 5 años, son en su gran mayoría, amas de casa con un total de 13, y seguidamente se encuentran las empleadas formales con un total de 6, y finalmente son se encontró una doméstica y una maestra.

## Objetivo General.

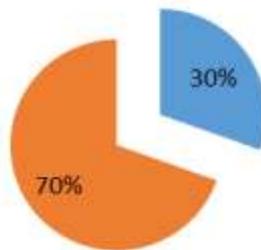
Identificar niños menores de 5 años de edad, con enfermedad diarreica aguda, que se les aplica etnoprácticas, y sus repercusiones, en la UCSF “El Tinteral, Coatepeque, Santa Ana”, y UCSF “Nombre de Jesús, Chalatenango” en el período de junio-agosto 2016.



**Fuente:** Padres y encargados que consultan con menores de 5 años con EDA en Unidades de Salud Tinteral y Nombre de Jesús

**Grafico N°5.** Se identifica, que entre las principales medidas tomadas por los padres y encargados al presentar EDA los menores de 5 años, la mayoría lo que hace es proporcionarles algún tipo de líquido, con un total de 11 personas y, finalmente solo una minoría consulta con un sobador o le proporciona algún tipo de remedio casero.

**Grafico N°6**  
**Porcentaje de padres o encargados que**  
**recurrieron a un sobador con menores de 5**  
**años que presentaron EDA**

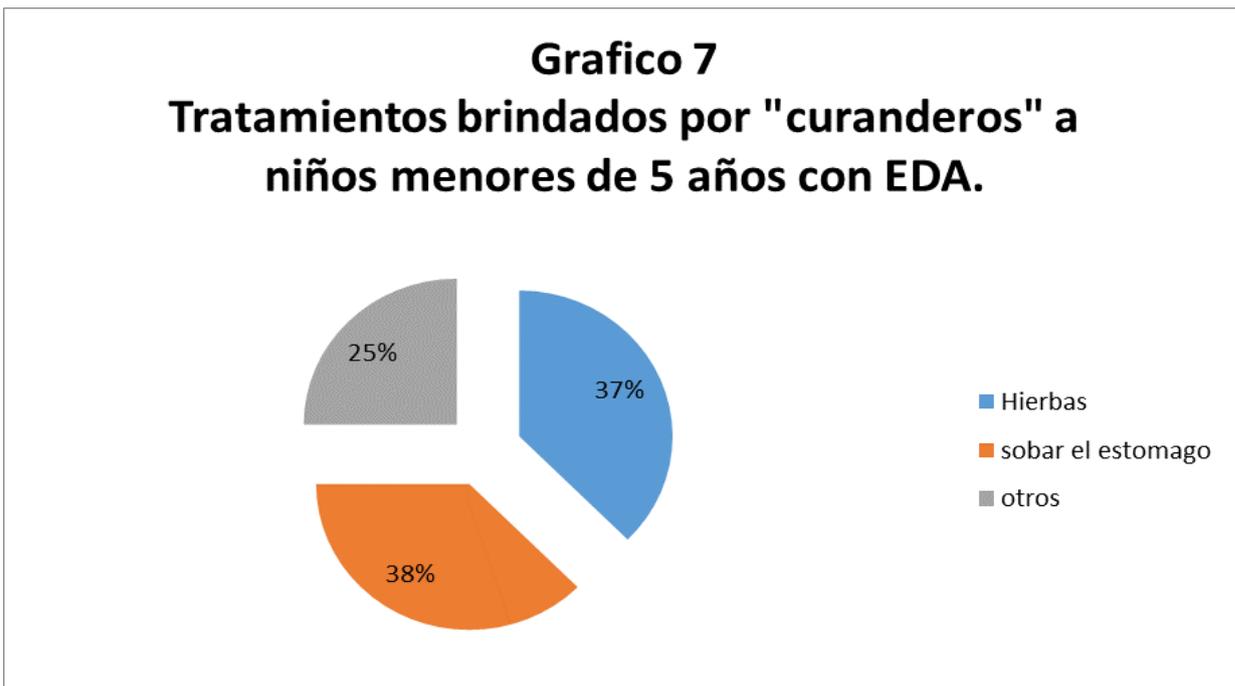


**Fuente:** Padres y encargados que consultan con menores de 5 años con EDA en Unidades de Salud Tinteral y Nombre de Jesús

**Gráfico N° 6** Se puede evidenciar que del total de la población participante en este estudio 70% refiere no acudir al sobador en caso que su hijo presente diarrea y un 30% refiere acudir a un sobador para el mismo caso antes mencionado.

### OBJETIVO ESPECIFICO N° 1:

Describir el tipo de etnoprácticas que se realizan en los niños menores de 5 años, con enfermedad diarreica aguda que consultan en la UCSF “El Tinteral, Coatepeque, Santa Ana”, y UCSF “Nombre de Jesús, Chalatenango”, en el período de junio-agosto 2016.



**Fuente:** Padres y encargados que consultan con menores de 5 años con EDA en Unidades de Salud Tinteral y Nombre de Jesús

**Gráfico N°7.** Se observa que entre los tratamientos más frecuentes utilizados por curanderos en menores de 5 años con EDA, el 38% de la población refiere manejar la EDA al sobar el estómago en casa, mientras que solo el 25% de la población total recurre a otros tipos de tratamientos sobre la EDA.

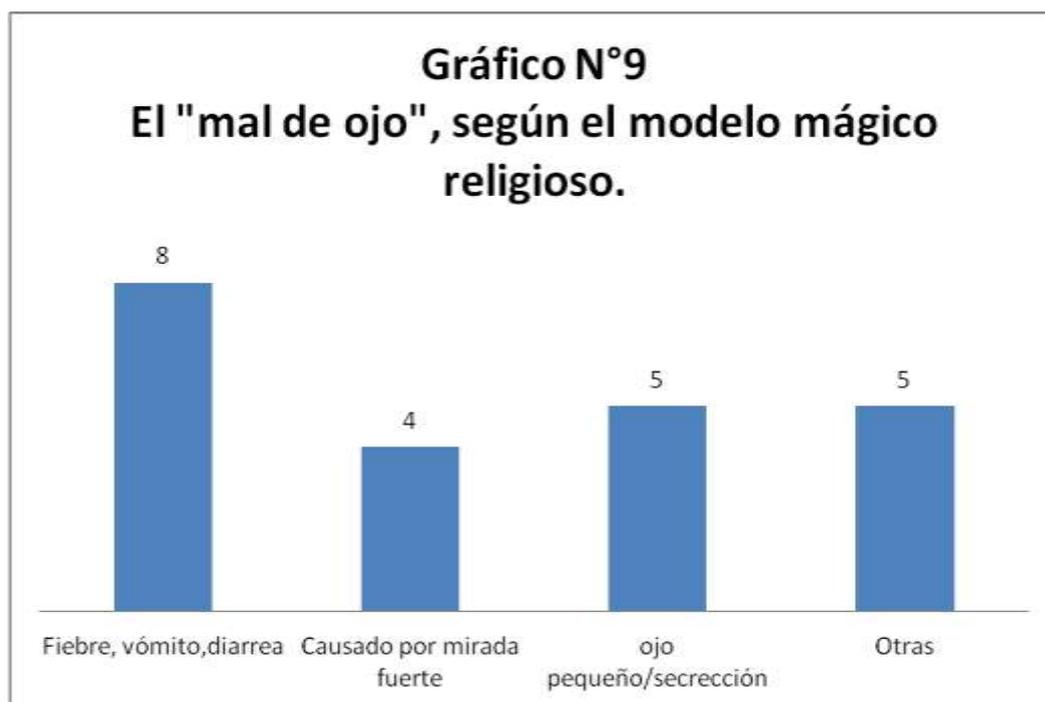
## OBJETIVO ESPECÍFICO N°2:

Clasificar las etnorprácticas según paradigma, que se realizan en los niños menores de 5 años, con enfermedad diarreica aguda que consultan en la UCSF “El Tinteral, Coatepeque, Santa Ana”, y UCSF “Nombre de Jesús, Chalatenango” en el período de junio-agosto 2016.



**Fuente:** Padres y encargados que consultan con menores de 5 años con EDA en Unidad de Salud Tinteral y Nombre de Jesús

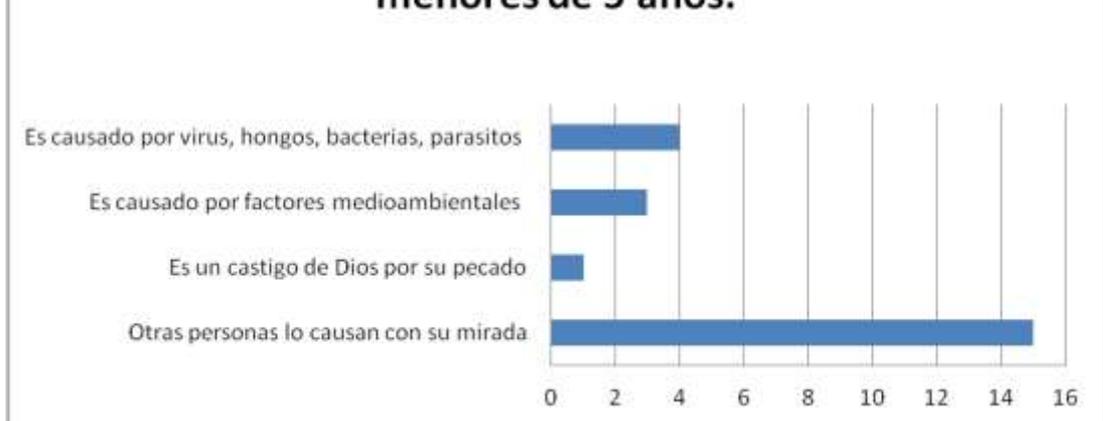
**Gráfica N°8.** Se observa que con respecto a la definición de empacho la mayoría de padres o encargados de menor de 5 años maneja que, el empacho es cuando el niño come mucho o no come con un total de 9, y finalmente solo 6 personas de la población total en estudio tiene otras definiciones de lo que es el empacho.



**Fuente:** Padres y encargados que consultan con menores de 5 años con EDA en Unidad de Salud Tinteral y Nombre de Jesús

**Grafico N°9.** Se observa que con respecto a la definición de mal de ojo el padre o encargado del menor de 5 años, la mayoría entiende por mal de ojo, es una enfermedad que puede causar fiebre, vómitos y diarrea con un total de 9, y finalmente solo 4 personas de la población total maneja que el mal del ojo es causado por la "mirada fuerte" de otra persona.

**Gráfico N°10**  
**Creencias sobre el origen del "empacho" y "mal de ojo", según padres y cuidadores de menores de 5 años.**

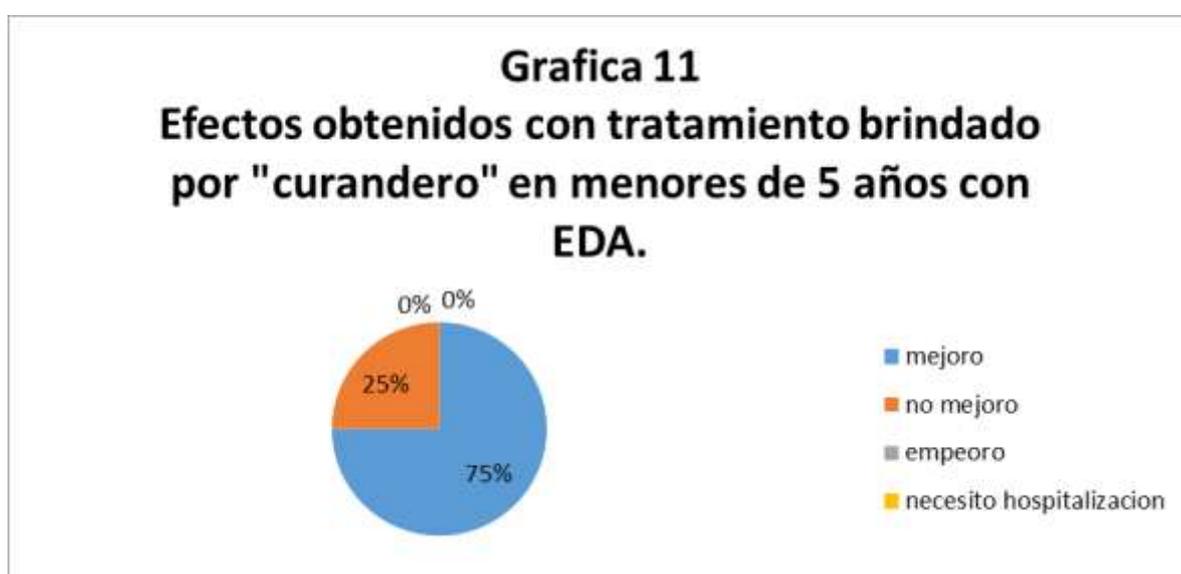


**Fuente:** Padres y encargados que consultan con menores de 5 años con EDA en Unidad de Salud Tinteral y Nombre de Jesús

**Grafico 10.** Se puede observar que los padres y encargados de los menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda que consultaron, en su mayoría es atribuido a: otras personas lo causan con su mirada con un total de 15, seguido de que es causado por virus, hongos, bacterias, parásitos con un total de 4. Le sigue que es causado por factores medioambientales con un total de 3 y que es un castigo de Dios por el pecado un total de 1.

### OBJETIVO ESPECIFICO Nª 3

Establecer los resultados percibidos por la población, respecto al uso de etnoprácticas en niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda que consultan en la UCSF "El Tinteral, Coatepeque, Santa Ana", y UCSF "Nombre de Jesús, Chalatenango" en el período de junio-agosto 2016.



**Fuente:** Padres y encargados que consultan con menores de 5 años con EDA en Unidades de Salud Tinteral y Nombre de Jesús

**Gráfica N°11.** Según la gráfica, con respecto a los efectos obtenidos del tratamiento brindado en menores de 5 años el 75% de la población total refiere que si mejoro con dicho tratamiento, mientras que ninguno de ellos empeoro o necesito hospitalización después de administrárselo.

**Grafica 12**  
**Percepción de beneficios, con el uso de remedios caseros por parte de padres y encargados que consultan con menores de 5 años con EDA**



**Fuente:** Padres y encargados que consultan con menores de 5 años con EDA en Unidades de Salud Tinteral y Nombre de Jesús

**Grafica N°12.** El 74% de la población total sí percibe un beneficio al uso de los remedios caseros, mientras que el 26% de la población restante no considera ningún beneficio con respecto del uso de remedios caseros en niños menores de 5 años con EDA.

**Grafica 13**  
**Nivel de satisfacción, acudir a un "curandero",  
por parte de padres y encargados de menores  
de 5 años que consultan por EDA**



**Fuente:** Padres y encargados que consultan con menores de 5 años con EDA en Unidades de Salud Tinteral y Nombre de Jesús

**Grafica Nº 13** En esta gráfico se puede observar que el 57% de la población encuestada no percibe beneficiosos los resultados al acudir a un sobador contra un 43% que refiere si percibir resultados beneficiosos al recurrir a un sobador.

**Grafica N° 14**  
**Percepción de la población, respecto al rol del**  
**" sobador" en nuestra sociedad**



**Fuente:** Padres y encargados que consultan con menores de 5 años con EDA en Unidades de Salud Tinteral y Nombre de Jesús

**Gráfico N° 14** En este grafico se puede observar que la población encuesta manifiesta en un 45% que el sobador no debe tener ningún papel dentro de la sociedad contra un 32% que refiere estos deben ser capacitados por el ministerio a través de las UCSF, para que estos realicen buenas prácticas.

## DISCUSION

La gastroenteritis aguda, es una de las causas más frecuentes de consulta pediátrica, en el primer nivel de atención de salud en El Salvador.

El término *gastroenteritis* denota infecciones del tracto gastrointestinal causadas por patógenos bacterianos, víricos o parasitarios; sin embargo hay un porcentaje de población que regidos bajo el paradigma mágico religioso atribuye a este tipo de patología ser causada por agentes externos y utiliza para su tratamiento medidas conocidas como etnopracticas , cuya definición es: un conjunto de actividades y acciones que un grupo social realiza en base a un conocimiento empírico de medicina, costumbres o creencias religiosas para tratar una enfermedad.

En la presente investigación se pretendía identificar la proporción de niños que eran llevados a consultar al sobador ante una enfermedad diarreica. El resultado fue de un 70% de sujetos en estudio que no acudió a un sobador, contra un 30% que refiere haber acudido a un sobador. Sin embargo, cabe destacar que de este 30% en su mayoría corresponde a la población de Chalatenango, lo cual es debido probablemente a la falta de “curandero” en la zona del Tinteral en Santa Ana, que corresponde a la mayor proporción de población que contestó que nunca había acudido al sobador, que fue del 70%. Sin embargo durante las encuestas realizadas, varias personas refirieron haber aprendido las técnicas de “sobar” y realizar las “tomas de hierbas”. Por lo tanto, se puede evidenciar que en ambas poblaciones se presenta el uso de etnoprácticas, lo cual es debido a las creencias populares de que otras personas tienen el “poder divino” de causar este tipo de enfermedades, y que por medio del “ritual” se debe llegar a la sanación; lo cual sugiere un predominante modelo Mágico Religioso, respecto al proceso salud-enfermedad.

Dentro de las etnoprácticas realizadas, se evidenció que proporcionalmente en partes similares, las dos principalmente aplicadas fueron el uso de hierbas y sobar el estómago. Respecto al uso de hierbas, difirió en cuanto a su forma de uso, ya que ciertas personas las utilizaron como infusiones, mientras que otras las utilizaron de manera tópica.

Dentro de otras prácticas, se encontraron el uso de remedios caseros como bismuto compuesto, Alka-Seltzer, uso de “aceites especiales” de forma tópica; pasar un huevo en el cuerpo. Así mismo, hubo quien pese no admitir que ejerciera la práctica como sobador, dentro de su familia, acostumbraba el uso de masticar puro y escupirlo en el cuerpo del niño para “aliviar el daño”.

Dentro del marco teórico, se explicó que una de las etnoprácticas con secuelas más graves a la salud, era la succión de la fontanela, seguido de la colocación del bebé al revés, y ser golpeado en las plantas de los pies. El fundamento utilizado por el curandero para la realización de dicho

procedimiento, es la restauración de la “mollera caída”, lo que en realidad denota una fontanela hundida por deshidratación grave. La principal complicación de este procedimiento según estudios revisados, es la hemorragia sub aracnoidea.

Sin embargo, durante la realización de las encuestas, ninguna persona afirmó que el sobador, o incluso ellos mismos, haya ejercido dicho procedimiento. En contraposición, la principal medida tomada por los cuidadores ante una diarrea fue la proporción de líquidos orales al paciente, lo cual muy probablemente evitó la deshidratación y que por tanto se evitara recurrir al uso de esta etnopráctica. Esto denota, que las medidas de promoción y prevención por parte del MINSAL, de ofrecer líquidos abundantes a los niños con EDA, ha sido muy bien aceptada por parte de la población.

Con ello podríamos afirmar, que junto al modelo Mágico Religioso, también ha habido predominancia del Modelo Higiénico Preventivo, y que pese al uso persistente de etnoprácticas, éstas han sido inocuas, ya que no se evidenció que ninguno de los niños estudiados, hubiera sufrido una complicación grave, que conllevara a ingreso hospitalario.

Al indagar qué efectos habían percibido los cuidadores de niños, con el uso de dichas etnoprácticas, la mayor proporción respondió que habían mejorado, lo cual muy probablemente se debió al uso de sueros de rehidratación oral, y líquidos orales abundantes, y no a la etnopráctica en sí, ya que como es sabido, científicamente no tiene ningún efecto curativo.

Al sondear sobre la percepción del beneficio con el uso de remedios caseros, la mayoría de cuidadores respondió que sí percibe un beneficio con el uso de remedios caseros, pero no percibía beneficio al acudir a un sobador.

Por último la población manifiesta a través de las encuestas que el rol del “sobador o curandero” en un 45% que no debe ocupar ningún papel dentro de las comunidades, en contraposición de un 32% que manifiesta que estos deberían ser capacitados por parte del ministerio de salud, convirtiéndose así en líderes comunitarios por la influencia que dichos personajes tienen en sus comunidades, para que estos puedan manejar las enfermedades diarreicas agudas en conjunto con las unidades de salud de manera integral.

## CONCLUSIONES

1. Se puede concluir en este estudio, que las creencias acerca de estas enfermedades, están arraigadas en la cultura de la población salvadoreña, lo que conlleva a realizar rituales “curativos”; que para este estudio, fueron inocuos en los menores de 5 años, que presentaron enfermedad diarreica aguda, durante el período de estudio, gracias al hecho de que a la vez, se les proporcionó líquidos, y por lo tanto, no se evidenciaron repercusiones como la deshidratación grave u otras secuelas, de tipo neurológico, del que han sido objeto, otros estudios.

2. Las principales etnoprácticas utilizadas por los curanderos, en los sujetos de estudio, que afirmaron haber acudido a un practicante de la medicina tradicional, fueron: uso de hierbas en infusiones y de manera tópica; estas medidas también son implementadas en los hogares por los padres y encargados menores de cinco años, que presentaron enfermedad diarreica aguda, aunque no hubiesen consultado directamente con un curandero.

3. El paradigma predominante en la población estudiada, respecto al proceso salud enfermedad, es el Mágico Religioso, en donde la población independientemente del grado académico, sostiene estas creencias, por tratarse de prácticas que se han aprendido culturalmente, de generación en generación. Seguidamente se encuentra el modelo Higiénico Preventivo, lo cual quedó evidenciado en el hecho de que la población está acatando las recomendaciones del MINSAL, a través de la estrategia AIEPI, en cuanto a la prevención de la deshidratación, ofreciéndole líquidos orales abundantes a los niños con EDA, evitando así complicaciones graves.

4. Dentro de los resultados percibidos por parte de la población que afirmó haber acudido al curandero, respecto al uso de etnoprácticas en niños, es que fueron satisfactorios en su mayoría, en contraparte con una minoría que no percibió beneficios, pero tampoco presentaron complicaciones graves.

Por otro lado, la percepción de la población que no consultó con el curandero, es que no están de acuerdo con las prácticas realizadas por estas personas; sin embargo, pese a consultar primeramente con el médico, la población sí está de acuerdo con la utilización de remedios caseros, y que por tanto, el papel del curandero para algunos es que no deberían existir, mientras que otros opinan que deberían ser capacitados para convertirlos en líderes comunitarios.

## RECOMENDACIONES

1. Que haya mayor inversión por parte del MINSAL a través de los medios de comunicación, para crear conciencia en la población, acerca del riesgo a la salud que conlleva la utilización de etnoprácticas en niños con enfermedad diarreica aguda, cuando solamente se acude al curandero y no se rehidrata al paciente, ni se consulta con un médico.
2. Que se creen alianzas entre el MINSAL y los practicantes de la medicina tradicional, para capacitarlos de forma científica, acorde a su grado académico, para convertirlos en líderes comunitarios, dado la alta confianza y empatía que éstos ejercen en sus poblaciones.
3. Pese a que no se puede cambiar fácilmente la idiosincrasia de la población, ya que las etnoprácticas están arraigadas culturalmente, se recomienda que en las diversas UCSF, se realicen de forma regular, continua y persistente, charlas y campañas educativas acerca de la importancia de las medidas iniciales a tomar, cuando un niño presenta enfermedad diarreica aguda, y la importancia de no automedicar al niño, y acudir inmediatamente a un servicio de atención en salud capacitado.
4. Que haya mejoras en la accesibilidad, la calidad y la calidez de los servicios de atención en salud, mayor cantidad de recursos (humanos, insumos, fármacos,) para abastecer la demanda poblacional y contribuir así a un mejor grado de satisfacción del usuario, para que éstos desarrollen mayor confianza en el sistema y así gradualmente disminuir la asistencia al curandero.
5. Se recomienda a los médicos, que se capaciten, para tener un mayor nivel de empatía con la población, siendo capaz de lograr la confianza y ésta acepte la atención y recomendaciones brindadas por el personal de salud.
6. A la Universidad de El Salvador, en especial a la Facultad de Medicina, que persista dentro de la formación de los futuros profesionales de la salud, el inculcar valores éticos y morales, que le capaciten para desarrollar empatía y confianza con el usuario, para que éste acuda preferencialmente a la consulta médica , que recurrir a las etnoprácticas.
7. Dado que el nivel educativo no influyó en que la población recurriera a estas etnoprácticas, se recomienda que el MINSAL haga alianzas con el MINED, para incluir en la currícula académica de los estudiantes la educación respecto al uso de etnoprácticas, y para que también se realicen campañas educativas dentro de las diversas escuelas e institutos nacionales, sobre la promoción de la salud, prevención de enfermedades diarreicas agudas, educación acerca del riesgo del uso de etnoprácticas, , a través del programa Escuelas Saludables; esto para que las futuras generaciones sean inculcadas desde los primeros niveles académicos, acerca de

educación en Salud, formando así una población más empoderada de información que le permita erradicar mitos y creencias mágico religiosas, que conllevan a prácticas curativas de riesgo sin bases científicas.

## **BIBLIOGRAFIA.**

-Boletín Epidemiológico Semana 20 (del 17 al 23 de mayo 2015), MINSAL. ES.

La atención por curandero como factor asociado a muerte en niños hospitalizados por diarrea aguda en El Salvador

-SECUELAS NEUROLÓGICAS EN NIÑOS TRATADOS POR SOBADORES MANEJADOS EN LAS ÁREAS DE NEUROCIROLOGÍA Y CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM CON DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA INTRACRANEANA”, 2012

-FACTORES QUE INFLUYEN EN LA APLICACIÓN DE ETNOPRÁCTICAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE CONSULTAN EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR CHAPELTIQUE, SAN MIGUEL; CACAOPERA, MORAZÁN E ISLA ZACATILLO, LAUNIÓN EN EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE A OCTUBRE DE 2013.”,

-Werner, David. Donde no hay Doctor: una guía actualizada para los campesinos que viven lejos de los centros médicos. 2 Ed. Actualizada. Berkeley, California, E.E.U.U.; 2010.

-Lineamientos operativos para el desarrollo de actividades en ECOS familiares y ECOS especializados. MINSAL. Programa Editorial del Ministerio de Salud. Primera edición, 2011.

-Constitución de la República de El Salvador.

-Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional. 2002-2005.

-Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, El Salvador

-Programa de la Asignatura Atención Comunitaria en Salud I, de la Facultad de Medicina, Escuela de Medicina de la Universidad de El Salvador, 2009.

-Curso de Etnomedicina y Herbolaria Mexicana <http://www.tlahui.com/medic/medic18/empacho1.htm> (definiciones de tipos de etnopracticas)

-<http://www.diariocolatino.com/sobre-mitos-etnopracticas-espirtismo-y-otras-hierbas/>

-<http://archivo.elsalvador.com/noticias/2002/8/20/nacional/nacio9.html>

-Regina C La Rocque, Edward T Ryan, Stephen B. Calderwood, Diarreas Infecciosas agudas e intoxicación alimentaria por bacterias, Javier de LEon Fraga, Harrison medicina interna 18° edición, McGrawHill Interamericana 2012 pag 1084

- Zulfiqar Ahmed Bhutta, Gastroenteritis Aguda en niños, Nelson tratado de pediatría 18 edición, el seviens editorial, pag 1605-16015

ANEXOS.

ANEXO 1.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIDAD CENTRAL  
ESCUELA DE MEDICINA



FORMULARIO PARA EL TRABAJO DE GRADUACIÓN:

**“ETNOPRACTICAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR EL TINTERAL, DEL MUNICIPIO DE COATEPEQUE, Y UCSF NOMBRE DE JESÚS, CHALATENANGO, JUNIO-AGOSTO 2016.”**

- **Objetivo general:** Identificar niños menores de 5 años de edad, con enfermedad diarreica aguda, que se les aplica etnoprácticas, y sus repercusiones, en la UCSF “El Tinteral, Coatepeque, Santa Ana”, y UCSF “Nombre de Jesús, Chalatenango” en el período de junio-agosto 2016.

**Instrucciones:** Favor llenar cada campo según la información solicitada (encuesta heteroaplicada)

**Generalidades.**

1. Edad.
2. Sexo.
3. Escolaridad.

4. Ocupación
5. Si su hijo presenta diarrea, ¿qué medidas toma inicialmente?
  - a) Le da líquidos (describir qué líquidos le da)
  - b) Le proporciona algún remedio casero
  - c) Le proporciona algún medicamento que haya disponible en casa
  - d) Consulta con un sobador
  - e) Consulta con un médico
6. ¿Ha recurrido usted, con su hijo al sobador?
  - a) Si
  - b) No
7. Si lo ha hecho, ¿cuál fue el tratamiento brindado?
8. En sus palabras ¿qué es el empacho?
9. En sus palabras ¿qué es el mal de ojo?
10. A qué cree usted que se deben esas enfermedades
  - a) Otras personas lo causan con su mirada
  - b) Es un castigo de Dios por el pecado
  - c) Es causado por factores medioambientales (comida, clima, mal aire)
  - d) Es causado por virus, hongos, bacterias, parásitos
11. Si ya ha consultado con el sobador o curandero, ¿Qué efecto tuvo el tratamiento brindado por éste?
  - a) Mejoró
  - b) Empeoró
  - c) Necesitó hospitalización
12. ¿Percibe usted algún beneficio al hacer uso de algún remedio casero, o al visitar al sobador?
  - a) Si
  - b) No ¿Por qué?
13. ¿Considera satisfactorios los resultados obtenidos al acudir al sobador?
  - a) Si
  - b) No

14. ¿Cuál cree usted que debería ser el papel del sobador en nuestra sociedad?

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Actividad	Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre						
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
1	Plan de trabajo																											
2	Perfil de Investigación																											
3	Primera asesoría																											
4	Primer avance de Protocolo  (problema de investigación, antecedentes, justificación y objetivos)																											
5	Segunda asesoría																											
6	Realización de borrador de protocolo a asesor metodológico																											
7	Tercera asesoría (Entrega de borrador de protocolo a asesor metodológico)																											
8	Entrega de protocolo definitivo																											
9	Aplicación del instrumento de recolección de datos																											
10	Procesamiento y presentación de los mismos.																											
1																												

