

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



**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;
CACAOPELA, MORAZÁN E ISLA ZACATILLO, LA UNIÓN EN EL PERÍODO
DE SEPTIEMBRE A OCTUBRE DE 2013.**

PRESENTADO POR:

**RUTH IDALIA BERRIOS DE CARBALLO
EVELYN CAROLINA MEMBREÑO RODRÍGUEZ
KENIA CATARINA MARQUEZ AMAYA**

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA LA OBTENCION DEL GRADO

ACADÉMICO:

DOCTORA EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

DRA. PATRICIA ROXANA SAADE STECH

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA, NOVIEMBRE DE 2013.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOVO

RECTOR

MAESTRA ANA MARIA GLOWER DE ALVARADO

VICERRECTORA ACADÉMICA

DOCTORA ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL

LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA

FISCAL GENERAL

MAESTRA CLAUDIA MARÍA MELGAR DE ZAMBRANA

DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

MAESTRO CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DIAZ

VICEDECANO

MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ

SECRETARIO

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO
DIRECTORA GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACIÓN

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
AUTORIDADES**

**DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

COMISIÓN COORDINADORA DEL PROCESO DE GRADUACIÓN:

**AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN
COORDINADOR GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN**

**DOCTORA NORMA OZIRIS SÁNCHEZ DE JAIME
MIEMBRO DE LA COMISIÓN**

**DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO
MIEMBRO DE LA COMISIÓN**

ASESORES

DOCTORA PATRICIA ROXANA SAADE STECH
DOCENTE ASESOR

DOCTORA RHOSSY HAZZEL ESPINOZA MONTOYA
ASESORA ESTADÍSTICA

MAESTRA OLGA YANETT GIRÓN DE VÁSQUEZ
MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO
ASESORAS DE METODOLOGÍA

JURADO CALIFICADOR

**DOCTORA PATRICIA ROXANA SAADE STECH
DOCENTE ASESOR**

**LICENCIADA SONIA MARGARITA RAMOS
JURADO CALIFICADOR**

AGRADECIMIENTOS

Dedico este trabajo principalmente a Dios por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres Bartolo Trinidad Berríos Polío y Sofía del Carmen Acosta de Berríos con todo mi cariño y mi amor para ustedes que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, con todo mi corazón se les agradece.

A mi esposo Carlos Jossué Carballo Zelaya e hijo Josué Daniel Carballo Berríos las personas que más amo en la vida por su comprensión durante la trayectoria de mi carrera, por el tiempo que estuve ausente.

A mi hermana, José Luis y mi adorada Sarita por estar siempre a mi lado en los momentos buenos y difíciles.

A mis hermanas y compañeras de tesis Evelyn Carolina Membreño y Kenia Catarina Márquez por su apoyo incondicional y por compartir buenos momentos durante el desarrollo de nuestro trabajo siempre quedarán en mi corazón y fue un gusto haber trabajado a su lado.

A mis amiguitas Keny y Toto por sus ocurrencias y locuras le doy gracias a Dios por tenerlas a mi lado.

A nuestra asesora de tesis Dra. Patricia Roxana Saade Stech y asesora estadística Dra. Rhossy Hazzel Espinoza gracias infinitas por dedicar su valioso tiempo a la realización de nuestro trabajo.

A la Dra. Bertila Carballo por su amistad que no tiene precio y apoyo incondicional a la realización de la tesis, y al personal de la UCSF Chapeltique por hacerme sentir parte de su familia les extrañaré, a Elmer Chávez por ser un buen amigo sin dejar de menos el servicio de transporte =) .

A mis maestros que en este andar por la vida influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos de la vida, a todos y cada uno de ellos les dedico cada una de estas páginas.

Ruth Idalia Berríos de Carballo.

AGRADECIMIENTOS.

Primero y antes que nada, doy gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, pero sobre todo por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante toda mi carrera.

Agradecer hoy y siempre a Ana Lilian y Lisandro, mis padres, por el esfuerzo realizado día con día y su apoyo incondicional hacia mí, por su paciencia y esmero por formar de mí la mujer que hoy soy. A mis hermanos por ser mi soporte para alcanzar este logro. A mis tíos por su apoyo.

Por otra parte agradecer a mis maestros, parte importante de mi formación profesional, por guiarme y compartir sus enseñanzas y sabidurías. Agradecer en especial a Dra. Patricia Saade Asesora de tesis, por su paciencia y dedicación para realizar de esta tesis un éxito.

A mis amigas y compañeras de tesis Ruth y Kenia, con quienes iniciamos hace un par de años un camino juntas que estamos a punto de culminar, gracias por la paciencia y los buenos y malos momentos, estamos a punto de obtener la cosecha de lo que cultivamos tiempo atrás.

A mis amigos (as) gracias por estar siempre dándome una palabra de fortaleza, dándome una sonrisa e impidiendo que desmaye ante las adversidades. A mi amiga Rhossy Espinoza por compartir su conocimiento y su ayuda como asesora estadística.

A mis compañeros de internado “los hipócritas” gracias por la tolerancia, gracias por vivir ese año como una familia, siempre los recordare.

Agradecimiento en especial a UCSF Cacaopera, por acogerme y haberme hecho sentir como en familia, llevo recuerdos que no borrare de mente.

Evelyn Carolina Membreño Rodríguez.

AGRADECIMIENTOS

Señor todo poderoso te agradezco infinitamente por darme la sabiduría fortaleza y paciencia porque gracias porque gracias a ti soy hoy la persona que soy, además te agradezco por haberme dado los padres que tengo que siempre me han apoyado y comprendido.

Agradezco a mi padre Mario Alcides Márquez por su fortaleza por estar ahí siempre que lo he necesitado a mi madre Sandra Alicia Amaya por siempre estar para mi, por su esfuerzo y sacrificio.

Agradezco a mis hermanas que en todo momento ya que me han comprendido y apoyado siempre.

A mis tías y primas, familiares y amigos por siempre tener fe en mi.

A mis compañeras de tesis que compartieron los buenos y malos momentos de esta larga labor siempre me comprendieron; Evelyn Carolina Membreño Rodríguez y Ruth Idalia Berrios de Carballo mil gracias.

A todos aquellos maestros que a través de los años me enseñaron y gracias a ello aprendí muchas cosas para hoy tener este logro, principalmente a la asesora de tesis y maestra Dra. Patricia Roxana Saade Stech y asesora estadística Dra. Rhossy Hazzel Espinoza por haber sacrificado su tiempo y tenerme paciencia.

Kenia Catarina Márquez Amaya

TABLA DE CONTENIDOS

	PÁG.
LISTA DE TABLAS.....	xi
LISTA DE GRÁFICOS.....	xiii
LISTA DE ANEXOS.....	xv
RESUMEN	xvi
1. INTRODUCCIÓN.....	15
1.1 Antecedentes del problema.....	15
1.2 Enunciado del problema.....	18
1.3 Justificación del estudio.....	18
1.4 Objetivos de la investigación.....	19
2. MARCO TEÓRICO.....	20
3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	32
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	34
5. RESULTADOS	39
6. DISCUSIÓN.....	85
7. CONCLUSIONES.....	88
8. RECOMENDACIONES.....	89
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Distribución de la población.....	34
Tabla 2: Distribución de la submuestra.....	36
Tabla 3: Edad de la madre.....	40
Tabla 4: Estado familiar de las madres de los niños menores de 5 años.....	41
Tabla 5: Alfabetización de las madres de los niños menores de 5 años.....	42
Tabla 6: Grado de escolaridad de las madres de los niños menores de 5 años.....	43
Tabla 7: Paridad de las madres de los niños menores de 5 años.....	44
Tabla 8: Procedencia de las madres de los niños menores de 5 años.....	45
Tabla 9: Forma de transportarse a la UCSF de las madres de los niños menores de 5 años.....	46
Tabla 10: Tiempo que tarda la madre del niño desde su casa a la UCSF.....	47
Tabla 11: Grupo religioso en relación con la realización de etnoprácticas en niños menores de 5 años.....	48
Tabla 12: Sexo en relación con edad de niño menor de 5 años.....	49
Tabla 13: Ocupación de las madres de los niños menores de 5 años.....	50
Tabla 14: Tipo de vivienda en relación de la tenencia.....	51
Tabla 15: Ingresos económicos mensuales en relación a quien los aporta al hogar.....	52
Tabla 16: Sabe usted qué es?.....	53
Tabla 17: Le ha realizado alguna etnopráctica a su hijo?.....	54
Tabla 18: Ha llevado el niño a paladear?.....	55
Tabla 19: Ha llevado el niño a chuparle la mollera?.....	56
Tabla 20: Ha llevado el niño a sobar?.....	57
Tabla 21: Ha llevado el niño a que lo cuelguen cabeza abajo y le golpeen la planta de los pies?.....	58
Tabla 22: Ha llevado el niño a hacerle ventosas?.....	59
Tabla 23: Ha llevado el niño a hacerle cataplasmas?.....	60
Tabla 24: Ha llevado el niño a darle tomas?.....	61
Tabla 25: Razón por la que llevó el niño a realizarle la etnopráctica.....	62
Tabla 26: Persona que llevó al niño a realizarle etnopráctica.....	63
Tabla 27: Quién dijo a la madre que llevara el niño a realizarle etnopráctica.....	64
Tabla 28: Razón por la que llevó al niño al sobador y no al médico.....	66
Tabla 29: Ha dado tomas al niño?.....	67
Tabla 30: Por qué razón dio toma al niño?.....	68
Tabla 31: Al nacer le dio chupón al niño.....	69
Tabla 32: Cuando el niño se enferma en su familia acostumbran a:.....	70

	Pág.
Tabla 33: Qué pasó con el niño luego que le realizaron la etnopráctica?.....	71
Tabla 34: Edad de la madre de niños menores de 5 años en relación con el nivel académico.....	73
Tabla 35: Edad de la madre de niños menores de 5 años en relación con Grupo religioso.....	74
Tabla 36: Edad de la madre de niños menores de 5 años en relación con la Ocupación.....	75
Tabla 37: Edad de la madre de niños menores de 5 años en relación con los ingresos económicos mensuales.....	77
Tabla 38: Edad de niños menores de 5 años en relación al resultado que obtuvo el niño de la etnopráctica.....	78
Tabla 39: Edad de la madre de niños menores de 5 años en relación con la razón por la que consultó al sobador o curandero.....	80
Tabla 40: Edad de la madre de niños menores de 5 años en relación con a quién consulta la madre al enfermarse el niño.....	82

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Edad de la madre.....	40
Gráfico 2: Estado familiar de las madres de los niños menores de 5 años.....	41
Gráfico 3: Alfabetización de las madres de los niños menores de 5 años.....	42
Gráfico 4: Grado de escolaridad de las madres de los niños menores de 5 años.....	43
Gráfico 5: Paridad de las madres de los niños menores de 5 años.....	44
Gráfico 6: Procedencia de las madres de los niños menores de 5 años.....	45
Gráfico7: Forma de transportarse a la UCSF de las madres de los niños menores de 5 años.....	46
Gráfico 8: Tiempo que tarda la madre del niño desde su casa a la UCSF.....	47
Gráfico 9: Grupo religioso en relación con la realización de etnoprácticas en niños menores de 5 años.....	48
Gráfico 10: Sexo en relación con edad de niño menor de 5 años.....	49
Gráfico 11: Ocupación de las madres de los niños menores de 5 años.....	50
Gráfico 12: Tipo de vivienda en relación de la tenencia.....	51
Gráfico13: Ingresos económicos mensuales en relación a quien los aporta al hogar.....	52
Gráfico 14: Le han realizado alguna etnopráctica a su hijo?.....	54
Gráfico 15: Ha llevado el niño a paladear?.....	55
Gráfico 16: Ha llevado el niño a chuparle la mollera?.....	56
Gráfico 17: Ha llevado el niño a sobar?.....	57
Gráfico 18: Ha llevado el niño a que lo cuelguen cabeza abajo y le golpeen la planta de los pies?.....	58
Gráfico 19: Ha llevado el niño a hacerle ventosas?.....	59
Gráfico 20: Ha llevado el niño a hacerle cataplasmas?.....	60
Gráfico 21: Ha llevado el niño a darle tomas?.....	61
Gráfico 22: Razón por la que llevó el niño a realizarle la etnopráctica.....	63
Gráfico 23: Persona que llevó al niño a realizarle etnopráctica.....	64
Gráfico 24: Quién dijo a la madre que llevara el niño a realizarle etnopráctica	65
Gráfico 25: Razón por la que llevó al niño al sobador y no al médico.....	67
Gráfico 26: Ha dado tomas al niño?.....	68
Gráfico 27: Porqué razón dio toma al niño?.....	69
Gráfico 28: Al nacer le dio chupón al niño.....	70
Gráfico 29: Cuando el niño se enferma en su familia acostumbran a:.....	71
Gráfico 30: Qué pasó con el niño luego que le realizaron la etnopráctica?.....	72

	Pág.
Gráfico 31: Edad de la madre de niños menores de 5 años en relación con el nivel académico.....	74
Gráfico 32: Edad de la madre de niños menores de 5 años en relación con Grupo religioso.....	75
Gráfico 33: Edad de la madre de niños menores de 5 años en relación con la Ocupación.....	76
Gráfico 34: Edad de la madre de niños menores de 5 años en relación con los ingresos económicos mensuales.....	78
Gráfico 35: Edad de niños menores de 5 años en relación al resultado que obtuvo el niño de la etnopráctica.....	80
Gráfico 36: Edad de la madre de niños menores de 5 años en relación con la razón por la que consultó al sobador o curandero.....	82
Gráfico 37: Edad de la madre de niños menores de 5 años en relación con a quién consulta la madre al enfermarse el niño.....	84

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1: Glosario.....	96
Anexo 2: Abreviaturas y siglas.....	99
Anexo 3: Población indígena estimada en El Salvador 2006.....	100
Anexo 4: Listado de pacientes atendidos en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel durante el año 2012.....	101
Anexo 5: Listado de pacientes atendidos en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel Enero- Mayo de 2013.....	102
Anexo 6: Consentimiento informado.....	103
Anexo 7: Guía de entrevista.....	104
Anexo 6: Presupuesto y financiamiento.....	110
Anexo 7: Cronograma de actividades a desarrollar en el proceso de graduación....	111

RESUMEN.

Las etnoprácticas son un conjunto de conocimientos y rituales que se realizan con el propósito de curar enfermedades, que se fundamentan en la tradición de lo mágico, uso de plantas y en la manipulación de personas. **OBJETIVO:** determinar cuáles son los factores que influyen en la aplicación de la etnoprácticas en los niños menores de 5 años de edad que consultan en las UCSF Chapeltique, San Miguel; Cacaopera, Morazán; e Isla Zacatillo, La Unión; en el período de Septiembre a Octubre del 2013. **METODOLOGÍA:** el estudio es prospectivo, de corte transversal y descriptivo, tomando una muestra de 373 de madres de niños menores de 5 años de edad que asisten con sus hijos a Control integral de la niñez, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, la unidad de información es la madre, el instrumento utilizado es un cuestionario de 27 preguntas las cuales 22 preguntas son de respuestas múltiples y 5 Preguntas abiertas referentes a la variable de interés, seleccionando 145 madres de la UCSF Chapeltique, 76 madres de la UCSF Cacaopera y 152 madres de Isla Zacatillo. **RESULTADOS:** Se evidenció que un 74.80% de las madres participantes llevaron a su hijo a realizarle a alguna etnopráctica, la práctica más frecuente fue sobar con un 50.58%; la madre fue la persona principal que llevó al hijo donde el practicante de medicina tradicional con un porcentaje de 67.56%; Con un 17.96% la abuela materna es la que ejerce mayor influencia en la madre para llevar al niño a realizarle etnoprácticas; 43.69% de las madres consulta al sobador en vez de al médico; 9.65% de los niños sometidos a etnoprácticas se complicaron, 0.85% quedaron con alguna discapacidad y un 0.53% fallecieron. **CONCLUSIONES:** Se comprobó que la etnopráctica más utilizada en los niños menores de 5 años en las áreas de estudio es el sobo. En cuanto en factor cultural se concluyó que las costumbres y creencias familiares ejercen mayor influencia en las madres para someter a sus hijos a etnoprácticas. El factor económico no influye de manera importante para la realización de etnoprácticas; tomando en cuenta que la mayor parte de la población es de escasos recursos económicos. Además de que un número significativo de madres tienen ingresos económicos aceptables han acudido alguna vez a realizarle etnoprácticas a su hijo. En relación al factor social el hecho que las madres tengan un bajo nivel educativo y que se dediquen a oficios domésticos aumentan la incidencia de etnoprácticas.

PALABRAS CLAVES: Etnoprácticas, Factores, Niños menores de 5 años, Mal de ojo, Empacho, Paladeo, Sobador, Creencia, Costumbre, Tradición.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de Salud (OMS) define etnoprácticas como un 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 personas. (1)

En 1977 la OMS adoptó una resolución, lanzó una promoción mundial de medicina tradicional. Dicha resolución insta a los gobiernos miembros, dar importancia a sus sistemas médicos tradicionales (etnoprácticas). Otra resolución enfatizó los recursos humanos que representan los practicantes (sobadores, curanderos, parteras, etc.). En 1978 se llevó a cabo una conferencia de Alma Ata donde se formuló la meta: Salud para todos en el año 2000. Fue recomendada en dicha conferencia dar prioridad a la utilización de parteras y curanderos y la incorporación de fitofármacos con usos comprobados, en las políticas nacionales de medicamentos. Desde entonces muchos fueron los intentos por la OMS promoverlos. (2)

En muchos países desarrollados, del 70% al 80% de la población ha recurrido alguna vez a una u otra forma de medicina alternativa o complementaria. Y en algunos países asiáticos y africanos, el 80% de la población depende de estas prácticas para recibir atención primaria de salud. En los países en desarrollo, donde más de un tercio de la población carece de medicamentos esenciales, la administración de remedios tradicionales y alternativos seguros y eficaces podría mejorar de forma importante el acceso a la atención de salud. (3)

En estos países, determinadas terapias de medicina tradicional son muy populares. Varios informes gubernamentales y no gubernamentales indican que el porcentaje de la población que ha utilizado la medicina tradicional es de un 46% en Australia, un 49% en Francia y un 70% en Canadá. Una encuesta realizada entre 610 médicos suizos demostró que el 46% había utilizado alguna forma de medicina tradicional. (4)

En América Latina Los encuentros regionales realizados en 1994 y 1995, son en Trujillo (Perú), un importante antecedente por propiciar el estudio y discusión del curanderismo, visto tanto desde la perspectiva académica, universitaria, como desde la perspectiva práctica, activa y vivencial, de los maestros curanderos y su arte de curar. Reunió, con este fin, curanderos y académicos en un esfuerzo de trabajo interdisciplinario. (5)

Recientemente, con el propósito general de crear un espacio para la discusión, reflexión, conservación, revalorización y rescate de saberes ancestrales, y la difusión e intercambio de experiencias dentro de este campo, se realizó en el Complejo Arqueológico El Brujo, la ciudad de Trujillo y el balneario de Huanchaco, entre el 31 de octubre y el 3 de noviembre de 2011, el Primer Encuentro internacional de curanderismo “ciencia ancestral de la salud”, gracias al patrocinio de la Fundación Wiese, el Museo Cao, la Universidad Privada Anterior Orrego y la Federación Mundial de Medicinas Tradicionales, entre otras instituciones. (6)

La regulación y el registro de las medicinas con base de hierbas, en particular, se han establecido en: Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Guatemala, México, Perú y Venezuela. Más de 12 países de Europa occidental han establecido o revisado sus normativas sobre medicinas con base de hierbas de acuerdo con las guías de la OMS para la valoración de medicinas con base de hierbas. (7)

En El Salvador el Gobierno que inició su período el 1 de junio de 2009 creó un proyecto de fortalecimiento del sistema público de salud que tiene por meta lograr reducir para el fin del quinquenio la mortalidad materno-infantil y la mortalidad por lesiones de causa externa, asimismo reducir las secuelas que dejan dichas lesiones y los gastos que generan. (8)

Con la actual política nacional de salud se amplían las posibilidades de que las comunidades indígenas reciban una atención de mejor calidad. La expectativa de las comunidades indígenas está asociada a recibir una mejor atención y que esta atención se realice desde una perspectiva intercultural. Los servicios de salud deben disponer de todas las facilidades y condiciones, para mejorar el acceso o llevar los servicios de salud a las comunidades tradicionalmente abandonadas y marginadas, y desarrollar un proceso de capacitación para los dos sistemas (MT/Medicina Occidental). La práctica de la salud indígena se mantiene unida con procesos espirituales; en contraposición al modelo de atención del Ministerio de Salud que no responde a las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de la población por ser diferentes en su concepto, valoración y puesta en práctica. Esta situación demuestra la vigencia e importancia de las etnoprácticas en los municipios indígenas, tomando en cuenta la combinación de conocimientos y prácticas que realizan los agentes oficiales de salud, entre ellos los promotores a quienes les han inculcado las raíces indígenas de sus antepasados. (9)

La Gerencia Local de Salud, expresa y reconoce la existencia y organización de las comunidades indígenas a nivel nacional distribuidas por departamento (ver anexo3). Los aspectos positivos que se señalan es que las comunidades indígenas valoran positivamente y están conscientes de la importancia del personal de salud, del tipo de medicina y de la necesidad de impulsar algunas iniciativas en aras de no confrontar los dos tipos de medicina, sino de buscar las formas de complementar conocimientos y prácticas. Esto es reforzado por sus propias experiencias que también se han visto atravesadas por la creencia y prácticas familiares y personales con este tipo de medicina occidental. (10)

Aun cuando no se cuenta con un conocimiento exhaustivo sobre los terapeutas indígenas, se sabe de la existencia de un buen grupo de personas que se desempeñan como agentes tradicionales de salud con conocimientos teórico-metodológicos y prácticos de la medicina ancestral en las comunidades urbanas y rurales. Entre los agentes de salud indígenas se encuentran los curanderos, hierberos, espiritistas, sobadores (de empacho, de embarazadas y de huesos), matronas (parteras empíricas), sacerdotes y profetas. Los agentes de salud indígena se conocen entre sí. Aunque la tendencia es trabajar de manera individual y/o familiar, hay quienes comparten conocimientos en situaciones que el caso de un paciente lo amerite. Asimismo, cuando les resulta un caso complicado remiten al paciente al promotor de salud oficial o a la Unidad de Salud. Las experiencias compartidas

con los agentes de salud indígena y otras personas, ponen en evidencia que estos en sus prácticas, también recurren al uso de medicamentos químicos. (11)

Según el artículo 19 de la Ley de Protección de la Niñez y la Adolescencia (LEPINA), que hace referencia a la prohibición de cualquier tipo de actividad, experimentación y prácticas que atenten contra la vida, dignidad o integridad física, psíquica o moral de los niños y adolescentes, tales como:

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

Cualquier persona que tenga conocimiento de la experimentación o práctica que hace referencia el inciso anterior estará obligada a denunciarla conforme a la normativa penal. (12)

De acuerdo con datos presentados por Ministerio de Salud(MINSAL) en el año 2012, el Dr. Carlos Meléndez, coordinador nacional de la salud sexual y reproductiva, componente perinatal-neonatal del MINSAL las causas son muchas, por ejemplo, 8 de cada 10 niños que nacen muertos, el 7% fallecieron por atención en el parto. Los primeros 7 días de vida del bebé son cruciales para la sobrevivencia del neonato. En este periodo, “aumentan más las etnoprácticas, es decir, las intervenciones de curanderos y rituales antiguos recomendados según las abuelas para cuidar al bebé” afirma. Por otro lado, de enero a septiembre del 2012, la mortalidad neonatal subió al 14.2%. El 9.1 % nacieron muertos. San Miguel registra la tasa más alta de mortalidad con 22.7%, le sigue Morazán con 20.6% y La Unión con 19.0%.Esta campaña de regulación de etnoprácticas se desarrollará con mayor énfasis en los municipios de Carolina, Ciudad Barrios, Guatajiagua y Yamabal, todos del oriente salvadoreño donde más se registran caso de mortalidad infantil. (13)

Según estudio realizado en El Salvador en el año 2012, sobre “Secuelas neurológicas en niños tratados por sobadores manejados en las áreas de neurocirugía y cuidados intensivos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom con diagnóstico de hemorragia intracraneana” se determinó que de 150 casos observados, se encontraron 17 casos con diagnóstico o sospecha del uso de etnoprácticas, que representa el 12.6% de los pacientes que durante el período 2006-2011 consultaron por hemorragia intracraneana, siendo la edad de mayor frecuencia, menores de un mes. De los casos observados, el 41% proviene de la zona oriental del país, predominando el área rural, que representa el 76% de las observaciones. El 23.5% de los casos observados, provienen del departamento de San Miguel. Los tipos de patología que presentan mayor frecuencia, son las Gastroenteritis aguda sin deshidratación con el 70.6% y los trastornos de la coagulación, con el 29.4%.Las Etnoprácticas de mayor incidencia son la succión de fontanela con el 47.0% y tomas de brebajes con el 35.3%. La secuela con mayor frecuencia y de mayor impacto es la muerte con el 41.2% y los trastornos motores con el 23.6%. (14)

Según reportes de expedientes en el Hospital San Juan de Dios de San Miguel se han atendido 17 hospitalizaciones por etnoprácticas durante el año 2012 de los cuales 2 fallecieron y 9 casos han sido reportados en el mes de Enero- Mayo del año 2013, 1 paciente falleció. (Ver Anexo 4 y 5)

El estudio se realiza en las siguientes poblaciones correspondientes a: UCSF Chapeltique, es un municipio del departamento de San Miguel, con una población total de 9,375 habitantes y 934 niños menores de cinco años, de origen precolombino Lenca, dedicados al comercio y agricultura; UCSF Cacaopera, es un municipio del departamento de Morazán, los pobladores de este sitio son descendientes de Kakawiras, dedicados a la agricultura y trabajo artesanal. De acuerdo al censo oficial de 2010 con una población total de 1,235 habitantes y 109 niños menores de cinco años; UCSF Isla Zacatillo es el nombre que recibe una isla ubicada en el Golfo de Fonseca, en el Océano Pacífico, y que pertenece administrativamente al Departamento La Unión, con una población total de 1,991 habitantes y 217 menores de cinco años, viven de actividades relacionadas con el mar, básicamente la pesca e ingresos provenientes de remesas familiares.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los 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, La Unión en el periodo de Septiembre a Octubre de 2013?

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Las etnoprácticas en niños han existido desde tiempos antiguos pasando de generación en generación y es el resultado del mestizaje cultural entre las antiguas y recientes tradiciones, desde las diferentes formas de medicina indígena, pasando por la medicina europea aportada por los colonizadores españoles. Ya que han sido aceptadas como una forma adecuada de curar las múltiples enfermedades que se puedan presentar en determinada persona. No obstante en su intento por curar lo que causan muchas veces es, complicar la enfermedad ya que en patologías como la diarrea el retraso en recibir una terapia adecuada de rehidratación, puede producir un desbalance hidroelectrolítico, afectar el desarrollo de los niños, o en el peor de los casos llevar a la muerte. Las secuelas que pueden dejar las prácticas inadecuadas de atención en salud sobre todo en los niños menores de un año de edad pueden ser discapacidades permanentes lo que afectara las diferentes áreas del desarrollo. Lo cual en el futuro tenga menos posibilidades de ser una persona productiva para la sociedad. Se considera que es una investigación de importancia, ya que las etnoprácticas utilizadas para curar “El mal de ojo”, “el empacho” o “la caída de mollera” siguen siendo comunes, en áreas rurales en donde las creencias culturales forman parte del diario vivir debido al bajo nivel educativo de la población, la falta de recursos económicos, y el continuo desabastecimiento de medicamentos en los establecimientos de salud pública hace que se recurra a los servicios de personal no capacitado formalmente en salud, para la realización de prácticas médicas adecuadas, sin embargo en el área urbana no se está exento de estos métodos tradicionales de curar; las diferentes costumbres, mitos y creencias prevalecen y conllevan a que una parte de la población continúe utilizando los servicios de practicantes de medicina tradicional. Llevar los niños y niñas al “sobador” cuando están enfermos es una costumbre enraizada en las creencias de muchos salvadoreños, la población confía mucho en estas personas, ya que tienen una riqueza de conocimientos

utilizados por la comunidad indígena en su vida cotidiana, a parte de la utilización de los conocimientos espirituales que le permiten curar, calmar u orientar al paciente, convirtiendo el curandero en psicólogo, médico, sociólogo y orientador. Por lo que se considera que es conveniente indagar en las costumbres y factores que influyen en la población a tener preferencia para consultar a un practicante de medicina tradicional que a un profesional en salud.

Con el presente estudio se pretenderá beneficiar a diferentes entidades como al MINSAL, ya que al identificar los factores que influyen en la realización de etnoprácticas se fortalecerá la población en estudio, para así disminuir las complicaciones por dichas prácticas que ameriten ingreso hospitalario, y de esta forma disminuir los costos de los servicios de salud de segundo y tercer nivel, de personal y transporte.

A las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) les permitirá identificar los factores que influyen para la aplicación de medicina tradicional, de esta manera implementar estrategias que incluyan al personal de salud para minimizar estas prácticas y así disminuir la morbilidad infantil; al mismo tiempo servirá para mejorar la empatía con el paciente y generar confianza en los servicios brindados con la calidad y calidez.

A los estudiantes de medicina en servicio social, les servirá como fuente de información en futuras generaciones, ya que no se cuenta con trabajos de investigación a nivel nacional y local acerca de la aplicación de medicina tradicional, aun siendo éste parte del diario vivir en nuestra población.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar cuáles son los factores que influyen en la aplicación de etnoprácticas en los niños menores de 5 años que consultan en las Unidades de Salud Familiar de Chapeltique, San Miguel; Cacaopera, Morazán e Isla Zacatillo, La Unión, en el período comprendido de Septiembre a Octubre del 2013.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar las etnoprácticas más frecuentemente utilizadas en las áreas geográficas de influencia de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en investigación.
2. Determinar si el factor cultural ejerce influencia en los padres de familia para someter sus hijos a etnoprácticas.
3. Conocer si el factor económico es determinante para la realización de etnoprácticas.
4. Identificar la influencia que tienen los factores sociales sobre la población en estudio para la aplicación de etnoprácticas.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 MEDICINA TRADICIONAL.

Para entender mejor la medicina tradicional tenemos que definir La Etnología como la rama de la antropología que se encarga del estudio de los pueblos, sus culturas tradicionales y su adaptación a las condiciones cambiantes del mundo moderno. A partir de acá se desprende un nuevo concepto el de la etnomedicina, que es la ciencia y el arte del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades y del mantenimiento de la salud, en el contexto de los pueblos, sus culturas tradicionales, y su adaptación a las condiciones del mundo moderno. Se podría decir entonces que existe una etnomedicina por cada pueblo del planeta. (15)

Los trabajos de investigación sobre santería, espiritismo y curanderismo evidencian lo gravitante que es la fe en la curación de las personas. En los procesos rituales se acude a diversas formas de expresión corporal, objetos y sustancias que predisponen al enfermo a recuperar su bienestar, bajo la orientación del maestro curandero. En este contexto se manejan categorías como cultura, creencias, tradiciones, conducta individual y social, así como otras variables, que determinan el carácter de la mesa y el perfil del curandero. Para la mayoría de los científicos de la salud, estas prácticas empíricas no tienen ninguna base cierta y deben verse como producto de la ignorancia de la gente y los imponentes discursos de los maestros. Es más, se tiene la firme convicción que, para el desarrollo de la verdadera medicina, es requisito indispensable acabar para siempre con esta antigua práctica por obstaculizar su labor e inculcar en los enfermos hábitos incompatibles con la salud. (16)

La medicina tradicional es la suma completa de conocimientos, técnicas y prácticas fundamentadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas y que se utilizan para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar trastornos físicos o mentales (17)

La medicina ancestral se esconde bajo las prácticas de las comunidades indígenas, en las alacenas de las hierbas que ofrecen plantas como medicina e incluso entre los conjuros y hechizos que realizan los brujos. (18)

El propio sistema de creencias, ante el desconocimiento del origen de las enfermedades y sus etiopatogenias, salvo aquellas atribuidas por él mismo, las comadronas y conocedoras, lleva al hombre de campo o al que reside en áreas periurbanas, a recurrir primero al curandero o a remedios caseros, para, finalmente, asistir al hospital cuando se detecta una extrema gravedad o lo anterior ha fracasado. Existe otro tipo de pacientes: aquéllos detectados por el personal de salud durante los controles periódicos. Estos llegan por una u otra circunstancia; entonces por eventualidad recurren primero al centro asistencial, y al no recibir alivio inmediato o una cura efectiva, se refugian en los poderes mágicos de un “práctico”, “particular”, curandero o “médico del campo”, al que atribuyen el éxito de la terapia. (19)

Es común observar casos de accidentes, donde el paciente que ha sufrido fracturas o quebraduras, asiste a un “componedor o huesero” para que retire el yeso hospitalario y lo reemplace por un entablillado natural con tablas, cañas, fajas de lana. Y un emplaste en base de hierbas molidas y otros productos orgánicos, además de solicitar la cura del susto o el “recupero de su alma”.

Se puede sintetizar en los siguientes puntos las causales de la supervivencia del sustrato mágico religioso que acompaña a la enfermedad y su curación:

2.2 Vigencia de la medicina tradicional

En base a la práctica de algunas formas de medicinas tradicionales empíricas en un importante sector de la población, sea rural y relativamente aislada, o en las zonas urbanas marginales, se considera vigente el accionar de curadores o médicos campesinos que aplican terapias y remedios tradicionales. Supervivencia ésta basada en una visión propia del mundo, con valores e ideales respaldados por las costumbres de sus antepasados que han consagrado su valor terapéutico. (20)

2.3 Etiología mágica de la enfermedad

El empleo de diversas técnicas curativas heredadas en forma empírica, señala una extensa gama de afecciones que responden a etiologías diversas. Se atribuye como origen de las mismas, ciertos aspectos mágicos, especialmente a aquellas cuyas patologías son atípicas. Sobre la base de ello se señalan que responden a causas mágicas. (21)

2.4 Intervención y accionar del curandero

Debido al hecho de considerar el contenido mágico-animista de la afección y su relación con el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades, se hace necesario la concurrencia del paciente a la consulta de adivinos, videntes y curanderos, debido a que se observa que los métodos adivinatorios de presagios y aforismos, se aproximan a lograr la solución de los problemas que aquejan a los enfermos. El éxito del curandero está sustentado en la carga emotiva positiva, de hondo contenido psicológico, que pone en su favor la fe y confianza en la restitución de la salud. (23)

2.5 Terapéutica Mágico-Religiosa

Los métodos terapéuticos utilizan la combinación de pases mágicos o rituales complejos de curación, que se complementan con el empleo de diversos elementos básicos que provienen de su entorno natural, sean de origen vegetal, animal o mineral, con propiedades supuestamente efectivas. Medicación que es reforzada por una terapia y un ambiente mágico impactante, preparado exprofeso, en forma consciente o no, para permitir procedimientos que influyeran la psiquis del paciente. Recursos con los que juega en muchos de los casos el curandero para asegurarse el éxito y con ello la fama. (24)

2.6 Inadecuada asistencia médica

La supervivencia de la medicina popular está dada, no solo por la falta de una adecuada atención médica, para los habitantes de dilatadas regiones parcialmente aisladas, sino también por el trato despersonalizado que sufren en los centros asistenciales y hospitalarios rurales y urbanos. La deshumanización de la medicina es cada día más evidente y la clase empobrecida carece de medios para acceder a la tecnología de alta complejidad que deshumaniza cada vez más a los agentes de salud.

La falta de comprensión de una particular forma de ser, pensar y actuar, que conservan los pobladores de estas aisladas regiones, afecta la relación profesional-paciente, y hace que estos últimos regresen a depositar su confianza en los curanderos. En la mayor parte de los casos, la concurrencia es en forma paralela curandero-hospital, siendo la mejoría atribuida a los poderes del primero y eventualmente a la medicina moderna, a quien se relega el poder solo para aquellos casos que requieren cirugía. Esta doble consulta se da, pues, tanto paciente como curandero tienen presente la acción de los antibióticos frente a las enfermedades infecciosas. (24)

Al referirnos a una inadecuada asistencia médica debemos destacar, entre las principales causas, las señaladas por los mismos pacientes o las observadas a lo largo de la experiencia:

- a) Falta de personal idóneo; carencia o inadecuados servicios médicos en las zonas rurales, en forma especial en las áreas aisladas donde la atención primaria de la salud plantea dificultades de conexión con los hospitales de cabecera.
- b) Grandes distancias a recorrer hasta los centros sanitarios; dificultades geográficas a sortear y la falta de medios económicos y materiales para transporte y comunicación; distanciamiento entre las rondas sanitarias.
- c) Carencia de recursos económicos para abonar transportes particulares en viajes específicos hasta los centros asistenciales; dificultades para la permanencia y el sostenimiento de acompañantes.
- d) Imposibilidad económica para adquirir fármacos, o abonar terapias complejas.
- e) Inadecuada atención del personal administrativo en los centros de salud y particularmente en los hospitales de alta complejidad ubicados en los centros urbanos.

2.7 TIPOS DE MEDICINA TRADICIONAL.

2.7.1 ETNOPRÁCTICA: Son un 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 personas. (25)

2.7.2 CURANDERISMO es un conjunto de prácticas médicas, no acreditada legalmente, basado en conocimientos empíricos y paranaturales, realizadas por los curanderos. (26)

2.8 PRACTICANTES DE MEDICINA TRADICIONAL.

2.8.1 CURANDEROS: persona reconocida por la propia comunidad en la cual sirve como competente para prestar atención de salud, mediante empleo de productos vegetales, animales y minerales, y aplicación de algunos otros métodos de origen social, cultural y religioso, basados en los conocimientos, actitudes y creencias de la comunidad en lo que respecta al bienestar físico, mental y social, y al origen de la enfermedad y la invalidez. (27)

2.8.2 SOBADORES: Los sobadores como comúnmente se les llama, son personas que son muy conocidos en las comunidades ya que son éstos los encargados de tratar el “ojo”, “el empacho” y “caída de mollera”, frotando el cuerpo de los niños con preparaciones muy peculiares y posteriormente dan tomas de hierbas y pimientas preparadas por ellos mismos.”(28)

2.8.3 BRUJOS: Los brujos están ubicados en una categoría superior en las comunidades ya que se les atribuye poderes sobrenaturales y que curan las enfermedades con medicinas y ritos espirituales. A éstos se les clasifica en dos categorías; los que “ponen enfermedades” llamados: Hechiceros y los “que quitan las enfermedades llamados: Brujos. (29)

2.8.4 CHAMAN: Persona a la que se supone dotado de poderes sobrenaturales para sanar a los enfermos, adivinar, invocar a los espíritus, etcétera. (30)

2.8.5 PARTERA: Mujer que, sin tener estudios o titulación, ayuda o asiste a la parturienta. (31)

2.9 ETNOPRÁCTICAS

2.9.1 EL MAL DE “OJO”:

Concepto Médico: Consiste en una deshidratación severa, acompañada de diarrea, y fiebre muy alta.

Tratamiento médico: Rehidratación oral, medios físicos, antipiréticos.

Concepto Tradicional: La tradición popular habla de la existencia de mal de ojo como una fuerza que puede afectar especialmente a los recién nacidos o niños pequeños. Este mal de ojo proviene de la mirada de algunas personas que curiosamente no quieren producir daño al niño, sino más bien han quedado prendadas ante la belleza o gracia de la criatura.

Un niño que está “ojeado” manifestará síntomas como sueño excesivo, fiebre, malestar general, dificultad para abrir los ojos y levantar la cabeza, pérdida de apetito y de peso.

Tratamiento Tradicional: el Sobo que consiste en frotar un huevo, ya sea de gallina o pato por el cuerpo del paciente enfermo, además lo soban con “agua florida”, tabaco y saliva para sacar el mal del “ojo” del paciente, posteriormente preparan una toma con papel 50, bismuto, ruda, ajo, anís, esencia de menta y comino, le dan de tomar aproximadamente 100 ml de ésta toma, se cubre muy bien el infante con sábanas gruesas y se coloca el mismo huevo que se usó para frotar, debajo del paciente. Al cabo de 2 horas, se notará que el huevo ha sufrido licuefacción, el paciente “suda la calentura” y al día siguiente el niño está completamente sano. Esta técnica se repetirá en 3 ocasiones consecutivas cada día.

Otra técnica consiste en tomar el dedo corazón de la criatura y hacer resbalar por éste unas gotas de aceite, que caerán directamente sobre el agua contenida en un recipiente. Como es natural, lo normal es que el aceite no se mezcle jamás con el agua, pero cuando se ha producido este daño concreto, sorprendentemente se dice que se unen como si fueran una misma sustancia.

Si el niño se le detecta que sufre de mal de ojo, se le debe localizar la persona que lo ocasionó para que le dé un pellizco al niño de forma tal que pueda llorar. Igualmente resulta útil que el “ojeador” le dé al niño una pieza de un vestido que haya usado para que lo vistan con él.

Para prevenirle mal de ojo en un niño, se recomienda:

- Colgar medallas de la Virgen y avellana
- Colocarles lazos rojos, sin apretar, en las muñecas.
- Vestirlos con la ropa del revés. (32)

2.9.2 EL “EMPACHO”:

Concepto Médico: Distensión abdominal, diarrea y pérdida del apetito.

Tratamiento Médico: Sales de rehidratación oral, exámenes de laboratorio y medicamento según el caso.

Concepto Tradicional: Es una enfermedad que se presenta en ambos sexos y a cualquier edad, se da más frecuentemente en la población infantil 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, chicles, papel o tierra: o bien por alteraciones en el horario de alimentación. El empacho puede estar acompañado de diarrea, decaimiento general con presencia de vomito, fiebre, ojos hundidos, inapetencia y pérdida de peso.

Tratamiento Tradicional: para esto los sobadores: con aceite rosado lo calientan a temperatura tolerable por el paciente y comienzan a frotarlo por todo el cuerpo hasta desaparecer los “nudos de empacho”, seguidamente dan de comer mostaza, comino, pan, arroz, frijoles, tortilla, todos éstos quemados, luego se envuelve el paciente con sábanas gruesas hasta que “sude bastante”, posteriormente dan un laxante compuesto de aceite de resino. Para el empacho consiste en una sola sesión, y al pasar de dos días el paciente se encuentra sano y con buen apetito. (33)

2.9.3 “CAÍDA DE LA MOLLERA”:

Concepto Médico: Cuando los niños han presentado diarrea por varios días y presentan deshidratación severa y al palpar, hay depresión de la fontanela anterior del paciente. La deshidratación en niños enfermos es a menudo una combinación tanto de la renuencia a comer o beber cualquier cosa como de la pérdida de líquidos a causa de vómitos, diarrea o fiebre.

Los bebés y los niños tienen más probabilidades de deshidratarse que los adultos ya que su peso es menor y sus cuerpos asimilan el agua y los [electrolitos](#) con más rapidez. Los ancianos y los enfermos también están en un alto riesgo. Síntomas:

- Boca pegajosa o reseca
- [Letargo](#) o coma (con deshidratación severa)
- Ausencia o disminución del gasto urinario; la orina aparece de color amarillo oscuro
- Ausencia de lágrimas
- Ojos hundidos
- [Fontanelas hundidas](#) (el punto blando en la parte superior de la cabeza) en el bebé.

Tratamiento Médico: Tomar líquidos generalmente es suficiente en casos de una deshidratación leve. Es mejor tomar pequeñas cantidades de líquido frecuentemente (utilizando una cuchara o una jeringa en los bebés y en los niños), en vez de tratar de forzar una gran cantidad de líquido de una sola vez. La ingesta de grandes cantidades de líquido de una sola vez puede producir más vómitos.

En los casos de deshidratación moderada a grave, puede ser necesaria la hospitalización del paciente y la administración de líquidos [intravenosos](#). El médico intentará determinar y luego tratar la causa de la deshidratación.

Deshidratación grave: Hospitalización

Concepto Tradicional: La mollera caída es uno de los malestares más comunes en la comunidad. La mayoría del tiempo afecta a los bebés menores de dos años. Algunos síntomas que la mollera se ha caído incluyen:

- El más común es que la parte del cráneo llamada mollera se hunde; está localizada en la parte del cráneo arriba de la frente
- Llanto: el bebé llora por largo tiempo
- Apetito: el bebé no tiene el mismo apetito que suele tener, no quiere comer
- En algunos casos el bebé no puede comer porque se le hace difícil chupar la botella, tetera, o mamila
- Fiebre: le sube la temperatura al bebé
- Diarrea
- El bebé se mira incomodo, como que no está a gusto o tranquilo

Estos son la mayoría de los síntomas. Pueden variar de caso en caso. Por ejemplo, no todas las veces que se cae la mollera le da fiebre al bebé. La caída de mollera ocurre mayormente con bebés, pero se ha visto casos donde se le cae la mollera a un adulto. Sin embargo esto es demasiado raro. La mollera se cae por diferentes razones:

- El bebé se lastima en una caída
- Se golpea la cabeza
- Se detiene al bebé en los brazos equivocadamente
- Se retira la tetera muy rápido de la boca cuando el bebé come.

Tratamiento Tradicional: La mollera caída se trata yendo con un sobador o curandero. Estos pueden ser hombres o mujeres. El sobador se encarga de mejorar el malestar por medio de diferentes técnicas. El enfoque es de levantar la mollera por medio de técnicas que incluyen:

- Empujar el paladar hacia arriba para poder levantar la mollera; esto es hecho aplicando agua o aceite de olivo en los dedos para empujar el paladar con ellos
- El bebé se pone boca abajo y se detiene de los pies; se le palmean los pies levemente hacia abajo. Estos son algunos de las técnicas usadas para mejorar la mollera caída. Normalmente se hace el tratamiento por tres días.⁽³³⁾

2.9.4 EL “SUSTO”:

Concepto Médico: En neonatología, el reflejo de Moro (también llamado respuesta de sobresalto; reflejo de sobresalto y reflejo de abrazo) es uno de los reflejos infantiles, observado de manera completa en recién nacidos que nacen después de la semana 34 del embarazo y en forma incompleta en los que nacen de un parto prematuro a partir de la semana 28. Por lo general, su ausencia indica un trastorno profundo en el sistema motor del sistema nervioso, por ejemplo, la ausencia del reflejo de Moro de un solo lado se ve en neonatos con hemiplejía, parálisis del plexo braquial o cuando se fractura una clavícula. La persistencia del reflejo de Moro más allá del 4o o 5o mes de edad puede igualmente indicar defectos neurológicos severos. El reflejo de Moro aparece en recién nacidos de manera involuntaria como respuesta a un fuerte e inesperado ruido, o cuando el bebé siente

que se está cayendo de espaldas. Se cree que éste es el único [miedo](#) o temor en los seres humanos que no es aprendido.

Tratamiento Médico: No hay tratamiento médico ya que es un reflejo fisiológico.

Concepto Tradicional: Susto o espanto es un síndrome cultural muy complejo causado por fuertes impresiones relacionadas con eventos fortuitos como caídas, 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. Se considera que el susto provoca un estado de debilidad general e inapetencia, continuos sobresaltos, insomnio, sueño intranquilo, o en su defecto continua somnolencia porque no se descansa bien, así como dolor de pies y deshidratación causada por vómito y diarreas, que en su conjunto, pueden provocar la muerte si el mal no es combatido a la brevedad.

Ahora bien, si el susto ha sido un poco menor, los síntomas pueden tardar en manifestarse y ser menos dramáticos, pero con el tiempo puede llegar a desencadenar graves problemas físicos y anímicos.

Tratamiento Tradicional: El tratamiento para curar a la persona asustada es el siguiente: 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 prepara en alcoholaturo. 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. (34)

2.9.5 PALADEAR:

Concepto Médico: es la introducción del dedo índice envuelto con un paño limpio en la cavidad bucal del recién nacido con el fin de limpiar la moniliasis oral.

Concepto Tradicional: Procedimiento mecánico preventivo, diagnóstico y curativo, empleado para levantar el paladar y la mollera mediante masajes en el interior de la boca, y en particular sobre la zona del paladar blando. Soban con una mano desde la mandíbula hasta la sien, mientras con la otra mano aprieta la nuca; enseguida introduce su dedo en la boca del niño, para presionar hacia arriba el paladar. En otra técnica el curandero coloca sus dedos en el paladar y determina el grado de hundimiento de la fontanela, y la palpitación y los sonidos que el paciente emite al respirar, y en ese momento oprime firmemente para elevar la depresión. Enseguida coloca un parche con VickVapoRub y repite el tratamiento durante tres días. Después de la curación, comienzan las palpitaciones y el niño recupera su salud. En otros casos el curandero introduce en la boca del enfermo su dedo índice envuelto en una planta y con él talla con fuerza las amígdalas.

2.9.6 CATAPLASMAS:

Concepto Médico: Maceración de hierbas con fines curativos.

Concepto Tradicional: Medicamento en forma de pasta blanda que se aplica sobre alguna parte del cuerpo con fines calmantes o curativos. (35)

2.9.7 LAS VENTOSAS:

Concepto Médico: Los médicos académicos no emplean más las ventosas

Concepto Tradicional: Con frecuencia es empleada para tratar dolencias atribuidas a la entrada de aire o frialdad al organismo, manifestadas por dolores musculares, reumas y esterilidad. También se aplica para "acomodar" partes del cuerpo que no se encuentran en su sitio, en especial fracturas y luxaciones, y para extraer el pus en heridas infectadas o el veneno en casos de mordedura y picadura de animales ponzoñosos. Combinada con la sangría se usa para "sacar la mala sangre".

Existen modalidades en cuanto a la forma de aplicarla: la más usual consiste en colocar sobre la parte donde se desea poner la ventosa, una base (moneda o tapa) que sostiene un cabo de vela o una torunda empapada en alcohol que se enciende y se cubre con un recipiente de vidrio (vaso, frasco o copa). De esta manera se ejerce la elevación de los tegumentos mediante la acción aspirante, efecto que popularmente se interpreta como desplazar o sacar el dolor, el aire o la frialdad, y en casos más concretos el pus, el veneno o la "sangre mala". (36)

2.9.8 TOMAS:

Concepto médico: son extractos de plantas medicinales con fines curativos. Ejemplo agua de manzanilla para procesos gripales

Concepto Tradicional: extracto de plantas, hierbas, corteza de árboles, especias, y sustancias químicas (bismuto) que se utilizan para aliviar dolencias y males.

2.10 FACTORES DE INFLUENCIA.

Desde el punto de vista antropológico, la salud está vinculada a factores sociales, culturales y económicos que pautan las relaciones humanas, dan forma al comportamiento social y condicionan la experiencia colectiva. (37)

2.10.1 FACTORES SOCIALES

La palabra "sociedad" proviene del Latín Societas- atis, agrupación de personas, familias, pueblos o naciones, unidas bajo un pacto o constitución implícitos o explícitos, formales o sobreentendidos por la práctica cotidianas, para la mutua cooperación y vida con cierto

grado de unidad comunal. De manera general la sociedad es un sistema compuesto por más o menos individuos, a veces nominados “miembros”. (32)

La “Salud” es un vocablo sustraído del Latín Salus-utis, coloquialmente es “estar bien”. De alguna manera las ideas sociales lograron influir en el organismo cúpula mundial de la salud de tal forma que la Organización Mundial de la Salud, la definió en 1947, como un estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia. (38)

2.10.2 CULTURA Y SOCIEDAD.

Es importante diferenciar entre dos conceptos complementarios e interdependientes: Sociedad y Cultura. La sociedad es el conjunto de relaciones sociales que se dan en un hábitat y la cultura es lo que da forma y envuelve a esa sociedad. En una cultura, se pueden mover diferentes criterios, dentro de cada contexto social pueden ser importante unos valores más que otros. La adaptación a la cultura y a los valores de una determinada sociedad dependerá de las circunstancias socioeconómicas y personales de cada individuo o grupo social. (39)

La cultura es un pilar fundamental en la sociedad, y por los tanto también cambian los hábitos que se constituyen como pautas culturales y socialmente aceptadas. Los comportamientos más o menos saludables adquieren diferente dimensión en función de la trascendencia social que tengan en un momento determinado. La educación para la salud es fundamental en las sociedades para: Modificar conductas no saludables, promocionar conductas saludables, provocar procesos de cambio social. Los estilos de vida no pueden obviarse a la hora de tomar decisiones sobre la salud de la población. La propia percepción del paciente sobre su salud debe tenerse en cuenta. Es el componente subjetivo de la salud. (40)

La relación cultura - salud es compleja y constituye todo un reto para las sociedades: cómo se entiende la salud y la enfermedad desde las diferentes culturas que conviven en un territorio, qué valor se le da a las conductas saludables, qué significan para nosotros los riesgos para la salud, etc. (41)

2.10.3 EDUCACIÓN:

Es el proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar. La educación no sólo se produce a través de la palabra, pues está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes. Además es un proceso de vinculación y concienciación cultural, moral y conductual. Así, a través de la educación, las nuevas generaciones asimilan y aprenden los conocimientos, normas de conducta, modos de ser y formas de ver el mundo de generaciones anteriores, creando además otros nuevos.

Proceso de socialización formal de los individuos de una sociedad.

2.10.4 GRUPO RELIGIOSO:

La religión es un sistema de la actividad humana compuesto por creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, tanto personales como colectivas, de tipo existencial, moral y espiritual. Se habla de «religiones» para hacer referencia a formas

específicas de manifestación del fenómeno religioso, compartidas por los diferentes grupos humanos. Hay religiones que están organizadas de formas más o menos rígidas, mientras que otras carecen de estructura formal y están integradas en las tradiciones culturales de la sociedad o etnia en la que se practican. El término hace referencia tanto a las creencias y prácticas personales como a ritos y enseñanzas colectivas.

2.10.5 GRUPOS ETÁREOS:

Número de personas de determinado sexo y grupo de edad en diferentes poblaciones.

2.10.6 FACTORES CULTURALES:

Es el conjunto de modo de vida, costumbres y conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico industrial, en una época y en grupo social. La cultura espiritual se refiere al conocimiento total de un pueblo, el conjunto de todas sus nociones, usos, costumbres y normas. La cultura material, por su parte, comprende las técnicas heredadas para la solución de problemas prácticos y el equipamiento técnico de una sociedad. (41)

2.10.6.1 CULTURA Y SALUD.

La enfermedad y la salud son dos conceptos internos de cada cultura. Para tener un mayor conocimiento de la prevalencia y la distribución de la salud y la enfermedad en una sociedad, hace falta un enfoque integral que combine cuestiones sociológicas y antropológicas además de las biológicas y de conocimientos médicos sobre salud y enfermedad. La cultura determina la distribución socio-epidemiológica de las enfermedades por dos vías:

- Desde un punto de vista local, la cultura moldea el comportamiento de las personas, que predisponen a la población a determinadas enfermedades.
- Desde un punto de vista global, las fuerzas político - económicas y las prácticas culturales hacen que las personas actúen con el medioambiente de maneras que pueden afectar a la salud. (42)

Todas las actividades de nuestra vida cotidiana están condicionadas culturalmente. La cultura modela nuestras conductas homogeneizando comportamientos sociales. Los seres humanos actúan partiendo de una determinada cultura de la salud, comparten una serie de principios básicos saludables que les permiten integrarse en el sistema social más cercano. La aceptación social pasa por respetar estos principios y hacerlos visibles a los demás. La cultura es una variable que se utiliza para explicar desigualdades en salud. Las teorías más importantes al respecto son:

2.10.6.2 CULTURAL O CONDUCTUAL:

Parte de un conjunto de creencias, valores, normas, ideas y conductas de los grupos sociales más desfavorecidos, como origen de las desigualdades en el estado de salud de los mismos. Se la designa también como "cultura de la pobreza" (los pobres tienen preferencia por conductas no saludables, estilos de vida insanos). Desde las ciencias de las conductas se ha considerado que el comportamiento individual y los estilos de vida personales elegidos

libremente constituyen una de las principales determinantes de la salud, y de las diferencias entre los individuos y entre los grupos integrantes de la sociedad. (43)

2.10.6.3 MATERIALISTA O ESTRUCTURAL:

Cuestiona la idea del poder de libre elección y que éste sea el origen de desigualdades en salud. Destaca la importancia de los factores relacionados con la exposición no voluntaria a un entorno social deficiente y arriesgado para la salud. (44)

2.10.6.4 LA CREENCIA: Es el sentimiento firme y la conformidad con algo que el entendimiento no alcanza o que no está comprobado o demostrado. Las creencias forman parte de la ideología de un pueblo y esta con sus concepciones míticas y religiosas. (45)

2.10.6.5 MITO: refiere a un relato de hechos maravillosos cuyos protagonistas son personajes sobrenaturales (dioses, monstruos) o extraordinarios (héroes). Se dice que los mitos forman parte del sistema religioso de una cultura, que los considera como historias verdaderas. Tienen la función de otorgar un respaldo narrativo a las creencias centrales de una común. (46)

2.10.6.6 COSTUMBRE: es una práctica social con arraigo entre la mayor parte de los integrantes de una comunidad, un modo habitual de obrar que se establece por la repetición de los mismos actos. (47)

2.10.6.7 TABÚ: Cosa que no se puede decir, hacer o tratar debido a ciertos prejuicios o convenciones sociales. (48)

2.10.7 FACTOR ECONÓMICO: Es aquel que afectan el poder de compra y el patrón de gasto de los individuos. Los países tienen diversos niveles de vida y distribución de ingresos de sus habitantes, repercutiendo de esta forma en el acceso o no a ciertas facilidades. (49)

2.10.7.1 SALUD Y ECONOMIA. Antes de considerar la situación económica y sanitaria de la América Latina, se mencionarán brevemente algunos factores económicos que justifican las inversiones en la salud, pues cualquier decisión a este respecto que requiera una considerable utilización de los escasos recursos para resolver problemas de carácter social y económico, tiene importantes repercusiones económicas. (50). Como en el caso de la educación, que junto con la salud constituye la infraestructura social requerida para el desarrollo, existe una relación viable entre el mejoramiento de la salud y la productividad económica, ya que ambos concurren a la formación y conservación del capital humano. No es casual que en los países desarrollados la producción haya ido en aumento a un ritmo mucho más acelerado de lo que cabría esperar, de acuerdo con el incremento de insumos de capital material y las adiciones a la fuerza de trabajo. La explicación estriba en una mayor capacidad de producción de una fuerza de trabajo a cuyo crecimiento cuantitativo ha contribuido el mejoramiento de la salud, y cuya calidad se ha perfeccionado gracias a esta y a la educación. La falta de salud afecta directamente la fuerza de trabajo y tiene profundas repercusiones en

la economía, ocasionando la pérdida de trabajadores como unidades económicas, bien por muerte prematura o reducción del tiempo y la capacidad de trabajo. (51)

La falta de aplicación de las medidas preventivas adecuadas se refleja, invariablemente, en costo económico más elevado por concepto de servicios curativos; mientras que las medidas encaminadas a aumentar la vida activa de la fuerza de trabajo tienen un valor económico, en cuanto permiten al personal especializado y profesional, tan necesario en numerosos países en vías de desarrollo. La salud es necesaria para mantener y mejorar la productividad de la fuerza de trabajo y para permitir que los niños utilicen eficazmente las inversiones en educación, necesarias para el desempeño de sus funciones futuras, pero no se presta al mismo análisis estadístico que emplean los economistas para demostrar una relación cuantitativa entre la educación y la productividad económica, ni tampoco se puede pretender que sea el único factor causal en la capacidad de absorber la educación y de hacerse más productiva. Es evidente y lógico, sin embargo, que la salud constituye un elemento esencial del desarrollo económico a largo plazo. Es importante recordar que las inversiones en capital humano no bastan para mejorar las condiciones de vida en las regiones menos desarrolladas, sino que deben complementarse con otras inversiones-en la agricultura la industria y la infraestructura básica que creen oportunidades de empleo para trabajadores más sanos, de vida productiva más prolongada, que se unan a la fuerza laboral en creciente número. Las inversiones en el desarrollo deben equilibrarse para que el crecimiento prosiga a un ritmo rápido y con el mínimo de fricciones.(52)

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.

3.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

Hi: Los factores sociales, culturales y económicos influyen en la aplicación de etnoprácticas en los niños menores de 5 años de edad.

3.2 HIPÓTESIS NULA.

Ho: Los factores sociales, culturales y económicos no influyen en la aplicación de etnoprácticas en los niños menores de 5 años de edad.

3.3 HIPOTESIS ALTERNA

Ha: Los factores económicos no tienen ninguna influencia en la aplicación de etnoprácticas en los niños menores de 5 años de edad.

3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS.

Madres de niños menores de 5 años de edad que asistan a control infantil a las UCSF Cacaopera, Morazán; Isla Zacatillo, La Unión; Chapelique, San Miguel.

3.5 VARIABLES

Variable 1: Los factores sociales, culturales y económicos

Variable 2: Etnoprácticas

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Hi: Los factores sociales, culturales y económicos influyen en la aplicación de etnoprácticas en los niños menores de 5 años de edad.	Variable 1: Factor Social	Agrupación de personas, familias, pueblos o naciones, unidas bajo un pacto o constitución.	Social	Conjunto de factores que influyen en una comunidad.	-Educación -Grupo Religioso -Edad de la madre
	Factor Cultural	Es el conjunto de modo de vida, costumbres y conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico industrial, en una época y en grupo social.	Cultural	Todas las costumbres y creencias de las personas.	-Costumbres -Creencias - Llevar al sobador
	Factor Económico	Es aquel que afectan el poder de compra y el patrón de gasto de los individuos.	Económico	Medio a través del cual se obtienen recursos económicos.	-Ingreso familiar - -Ocupación.
	Variable 2: Etnoprácticas	Son un 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 personas.	Tipos de Etnoprácticas	Conjunto de maniobras no médicas que se le realizan al niño para curar cierta patología.	-Etnoprácticas, -Cataplasmas, -Paladeo, -Tomas, -Sobo, -Succión de mollera.

4. DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1 TIPO DE ESTUDIO.

Cualitativo: Porque es subjetivo y se describe el sentir y pensar de la población.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio se caracteriza por ser:

Prospectivo, ya que se registró la información al momento de la entrevista de las madres de acuerdo a como influyen los factores sociales, culturales y económicos en la realización de etnoprácticas.

Según el período o secuencia del estudio es de corte:

Transversal: Porque se estudiaron las siguientes variables: etnoprácticas, factores sociales, culturales y económicos, simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo en una única oportunidad.

Según el análisis y alcances de los resultados la investigación fue:

Descriptiva: Porque estuvo dirigida a determinar la situación actual de las variables que se estudiaron en una población, y la influencia que ejercen los factores sociales, culturales y económicos para la realización de etnoprácticas en niños menores de 5 años de edad.

Analítico: Porque fue dirigido a verificar qué sucede con determinado fenómeno y qué factores influyen con la realización de etnoprácticas.

4.2 POBLACIÓN O UNIVERSO.

Con una población de 601 madres de niños menores de 5 años de edad. A continuación se describe la distribución geográfica de la población en estudio:

Tabla 1. Distribución de población.

Unidades Comunitarias	Población
UCSF Cacaopera, Morazán.	76
UCSF Isla Zacatillo, La Unión	152
UCSF Chapeltique, San Miguel.	373
Total	601

Fuentes: Ficha familiar (UCSF Cacaopera y UCSF Chapeltique) y Tabulador de consulta diaria (UCSF Isla Zacatillo)

4.3 MUESTRA.

Para ella se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 PQN}{(N-1)E^2 + Z^2 PQ}$$

Donde:

n= Muestra

Z= valor resultante de confianza

P= probabilidad de ser elegido en el estudio

Q= probabilidad de no ser elegido en el estudio

N= tamaño de la población

E= error máximo a cometer al muestrear

Datos:

Z= 1.96

P= 0.5

Q= 0.5

E= 0.05

n= $\frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(601)}{(601-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$.

n= 234 madres.

Submuestra:

Submuestra de la UCSF Cacaopera

n₁= 234 $\frac{76}{601}$

n₁= 30

Submuestra de UCSF Isla Zacatillo

n₂= 234 $\frac{152}{601}$

n₂= 59

Submuestra de UCSF Chapeltique

n₃= 234 $\frac{373}{601}$

n₃= 145

Tabla 2. Distribución de la submuestra.

Unidades Comunitarias	Submuestra
UCSF Cacaopera, Morazán	76*
UCSF Isla Zacatillo, La Unión	152*
UCSF Chapeltique, San Miguel	145
Total	373

*En las UCSF Cacaopera e Isla Zacatillo se tomo la población de madres de menores de 5 años total, debido a ser muy pequeña la submuestra.

4.4 CRITERIOS PARA DETERMINAR LA MUESTRA.

4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Madres de niños de 0 a 5 años de edad.
- Madres de niños que asistieron a control infantil que pertenezcan a las UCSF en estudio.

4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Madres que no desearon participar en el estudio.
- Madre con retardo mental o dificultad para aportar información.
- Madres con trastornos del habla.

4.5 TIPO DE MUESTREO.

Muestreo de tipo probabilístico, aleatorio simple, ya que todas las unidades (niños y madres) tuvieron la misma posibilidad de ser incluidas en el estudio, la muestra sólo fue aplicada a la UCSF Chapeltique, San Miguel, en las UCSF Isla Zacatillo, La Unión y UCSF Cacaopera, Morazán se tomó la población total. Se realizaron encuestas en base a la población y a la muestra de UCSF Cacaopera de 76; UCSF Isla Zacatillo de 152; UCSF Chapeltique de 145 respectivamente.

Unidad de información: Madres de niños de 0 a menores 5 años de edad.

Unidad de estudio: Madres de niños de 0 a menores de 5 años de edad.

4.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Documental:

Documental bibliográfica: permitió obtener información de libro y diccionarios especializados de medicina.

Documental Hemerográfica: a través de la cual se obtuvo la información de hemerotecas.

De trabajo de campo: la encuesta la cual permitió entrevistar la población en estudio.

4.7 INSTRUMENTO

Una cédula de entrevista de 27 preguntas, de las cuales 22 son preguntas con respuesta de múltiple escoge y 5 preguntas abiertas, se distribuyen de la siguiente manera: de la pregunta 1 a la 11 se evaluó el factor social; de la 12 a la 16 el factor económico y de la 17 a la 27 el cultural (Anexo 7).

4.8 PROCEDIMIENTO.

4.8.1 PLANIFICACIÓN

En el Departamento de Medicina de la Facultad Multidisciplinaria Oriental, fueron reunidos los estudiantes egresados de la carrera de Doctorado en Medicina y las coordinadoras del proceso de graduación, con el fin de conocer los lineamientos a seguir en el desarrollo del trabajo de graduación, donde se asignó el docente asesor con la cual posteriormente en reunión se seleccionó el tema a investigar y el lugar en que se realizaría la investigación. Además se inició la búsqueda de información sobre el tema a investigar y se consultó la bibliografía de La Estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2002-2005. Posteriormente se elaboró el perfil de investigación siguiendo los lineamientos adecuados para su desarrollo y fue presentado de forma escrita al cual se realizaron correcciones señaladas por asesoras y jurado. Se realizó la elaboración del presente protocolo de investigación, contando con asesoría metodológica y estadística.

4.8.2 EJECUCIÓN

La población estudiada fue de 373 madres de niños menores de 5 años de edad que asistieron al control infantil distribuidos de la siguiente manera: 76 de la Unidad Comunitaria en Salud Familiar “Cacaopera”, 152 de la Unidad Comunitaria en Salud Familiar “Isla Zacatillo” y 145 de la Unidad Comunitaria en Salud Familiar “Chapeltique”. Previo a la ejecución de la investigación se realizó validación del instrumento en el Equipo Comunitario de Salud familiar Agua Blanca, Cacaopera donde se pasó el instrumento a 5 madres, también en la UCSF Chapeltique a 5 madres que fueron excluidas de la submuestra, y en UCSF Isla Zacatillo a 5 madres de Islas aledañas que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión con el objetivo de valorar la comprensión de las preguntas que posteriormente fueron modificadas de acuerdo a los resultados obtenidos tomando en cuenta el tiempo que requirió la administración del instrumento para valorar el número de encuestas a programadas por día.

Así se corrigió la redacción de las respuestas a las pregunta⁷ donde se le agregó la opción Mototaxi como medio de transporte, además se modificó la pregunta 17 donde las madres tenían tuvieron dificultad para expresar en forma clara la respuesta sobre dichos términos y el tiempo en contestar dicha pregunta que era de 15 a 20 minutos por lo que se dejó únicamente si conocía o no la terminología, en la pregunta 22 debido a la variedad de respuestas se decidió agregar las siguientes alternativas: porque no estaba el medico en la UCSF, la UCSF estaba cerrada, la obligaron, Lo llevé al médico y no mejoró. También a la pregunta 27 se le agregó un apartado adicional a la respuesta sobre no mejoría del niño después de llevarlo a sobar al curandero.

El trabajo se realizó cuando la madre asistió con su hijo al control de atención integral de la niñez en la Unidad Comunitaria en Salud Familiar, allí se le explicó en qué consiste el estudio y si estaba dispuesta a participar en él, posteriormente se le proporcionó el consentimiento informado, se procedió a leerle cada una de las preguntas del cuestionario elaborado, a la vez se le fue dando respuesta a cada una de las interrogantes hechas a la madre.

4.8.3 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Previo a la ejecución de la investigación se realizó validación del instrumento en la Equipo Comunitario de Salud familiar Agua Blanca, Cacaopera, UCSF Chapelique y en UCSF Isla Zacatillo durante la primera semana del mes de Septiembre de 2013; donde se pasó el instrumento a 15 madres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión con el objetivo de valorar la comprensión de las preguntas que posteriormente fueron modificadas de acuerdo a los resultados tomando en cuenta el tiempo que requirió la administración del instrumento para valorar el número de encuestas a programar por día.

4.8.4 RECOLECCIÓN DE DATOS

La población estudiada fue de 373 madres de niños menores de 5 años de edad que asistieron al control infantil distribuidos de la siguiente manera: 76 de la Unidad Comunitaria en Salud Familiar “Cacaopera”, 152 de la Unidad Comunitaria en Salud Familiar “Isla Zacatillo” y 145 de la Unidad Comunitaria en Salud Familiar “Chapelique”. Lo anterior se llevó a cabo del 10 Septiembre al 4 de Octubre de 2013.

4.8.5 PLAN DE ANÁLISIS

Una vez recolectada la información se procedió a la codificación de los datos utilizando el programa Epiinfo 3.5.1. De esta manera se realizaron tablas y gráficas que permitieron el análisis y la interpretación de los resultados de cada una de las respuestas, a través de los métodos de frecuencia y porcentaje, lo cual permitió la presentación de los datos en forma sistémica para datos cuantitativos.

4.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las personas que participaron en dicha investigación lo hicieron de forma voluntaria y anónima; previamente se les explico en qué consistía el estudio y se les pidió su consentimiento informado (Anexo 6).

5. RESULTADOS

5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA CÉDULA DE ENTREVISTA REALIZADA A LAS MADRES EN ESTUDIO.

Este apartado se divide en tres partes, correspondiendo la primera parte a los factores sociales, la segunda parte los datos referentes a los factores económicos siendo estos los relacionados a ingresos económicos, tipo de vivienda, y ocupación; la tercera parte que incluye los factores culturales.

5.1.1. FACTORES SOCIALES

Esta sección contiene datos generales de la madre y el niño como: Edad de la madre, estado familiar, alfabetización, nivel educativo, paridad, procedencia, en que se transporta a la UCSF, tiempo en llegar a la clínica, grupo religioso, sexo del niño, edad del niño y lugar donde se realizó la entrevista.

5.1.2 FACTOR ECONÓMICO

En este apartado se describe la ocupación de la madre, tipo de vivienda y tenencia de ésta, ingresos económicos y quién da los gastos para el hogar.

5.1.3 FACTOR CULTURAL

En esta sección se evalúa el conocimiento y prácticas de diferentes mitos y creencias que posee la población en estudio, y cómo influyen en la salud de los niños entre los que se mencionan: sabe usted que es el ojo, caída de la mollera, pujo, empacho, susto, paladeo, cataplasma, ventosas, tomas y sobos, además la influencia familiar en la madre para la realización de etnoprácticas.

5.2 TABULACIÓN ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN PARA LA REALIZACIÓN DE ETNOPRACTICAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

5.2.1 FACTORES SOCIALES

TABLA N°3. Edad de la madre en estudio.

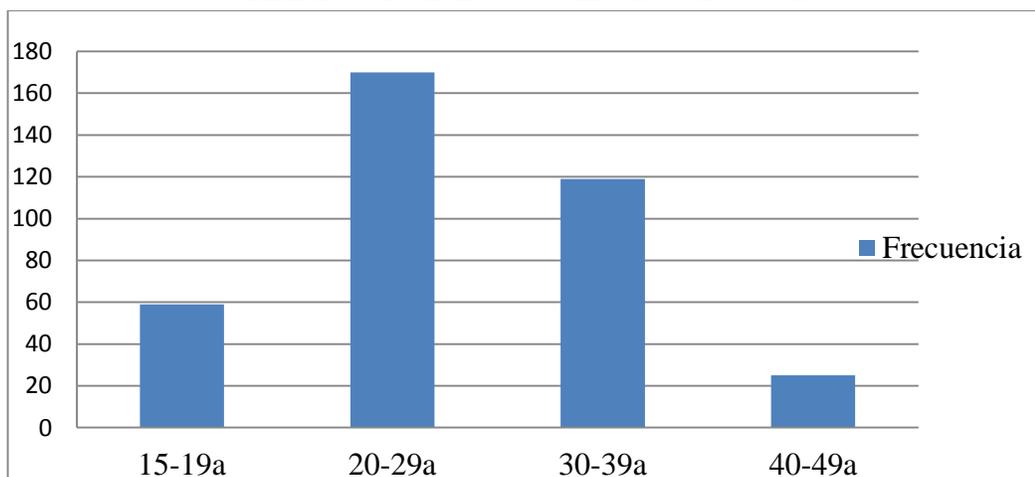
Edad de la madre	Frecuencia	Porcentaje
15-19 ^a	59	15.81%
20-29 ^a	170	45.57%
30-39 ^a	119	31.90%
40-49 ^a	25	6.70%
Total	373	100%

Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: La tabla anterior muestra que el 45.57% corresponde al rango de edad de 20-29 años, el 31.90% a 30-39 años, el 15.81% a 15-19 años y el 6.70% al rango de 40-49 años.

INTERPRETACIÓN: Se observa que el rango de edad predominante en las madres que participaron en el estudio corresponde a 20-29 años, además podemos observar que las madres con edad en ambos extremos de la vida son las que consultaron con menor frecuencia en las áreas en estudio. También se debe tomar en cuenta que un buen número de madres entre el rango de 15-19 años son madres solteras y que su único apoyo es su grupo familiar lo que las hace más vulnerables a utilizar etnoprácticas.

GRÁFICO N° 1. Edad de madres en estudio.



Fuente: Tabla N° 3.

TABLA N°4. Estado familiar de las madres de los niños menores de 5 años.

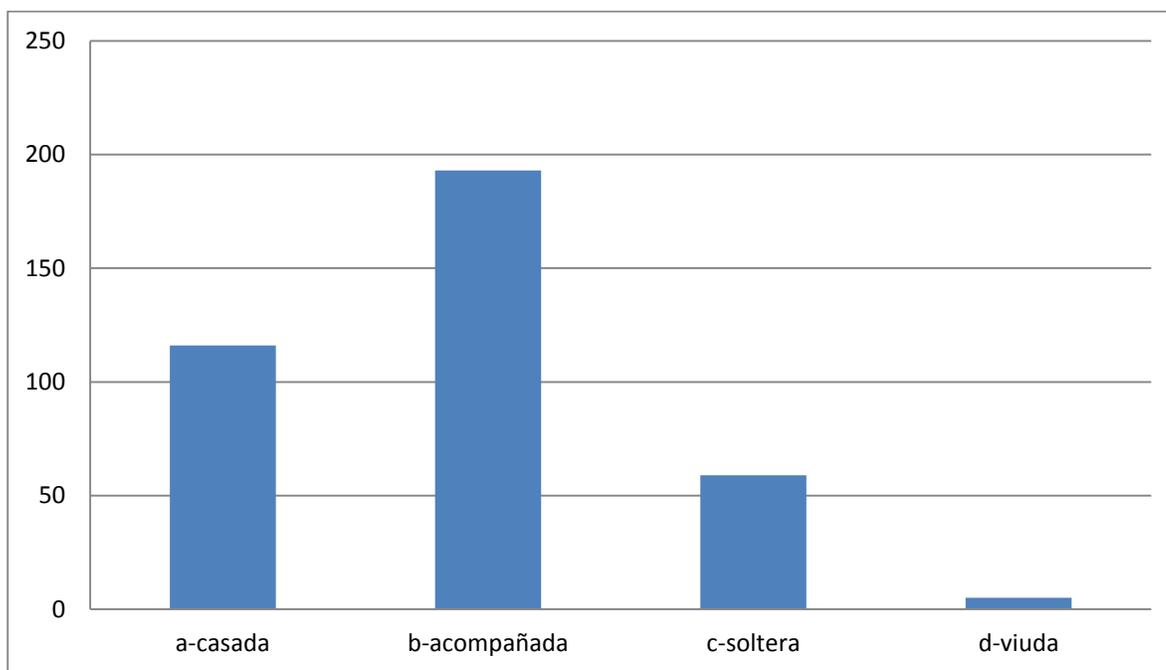
Estado familiar	Frecuencia	Porcentaje
Casada	116	31.09%
Acompañada	193	51.74%
Soltera	59	15.81%
Viuda	5	1.34%
Total	373	100%

Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: La tabla anterior muestra el estado familiar de las madres de niños menores de 5 años que participaron en el estudio, el 51.74% son acompañadas, el 31.09% son casadas, el 15.81% están solteras y el 1.34% son viudas.

INTERPRETACIÓN: Se puede afirmar que el estado familiar más frecuente de las madres en estudio es acompañada, seguido de las casadas y el de menor frecuencia es el de viuda.

GRÁFICO N° 2: Estado civil de la madre



Fuente: Tabla N°4

TABLA N°5. Alfabetización de las madres de niños menores de 5 años.

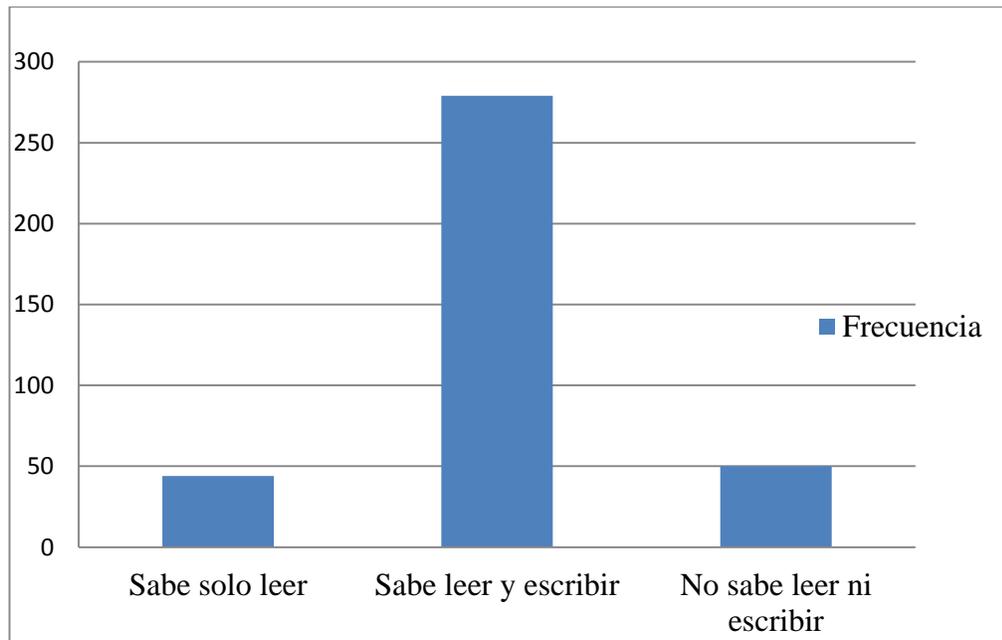
Alfabetización	Frecuencia	Porcentaje
Sabe sólo leer	44	11.79%
Sabe leer y escribir	279	74.79%
No sabe leer ni escribir	50	13.40%
Total	373	100%

Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: En la tabla anterior se evidencia la alfabetización de las madres en estudio, el 74.79% saben leer y escribir, el 13.40% no sabe leer ni escribir y el 11.79% sólo sabe leer.

INTERPRETACIÓN: Se puede apreciar que la mayor parte de la población en estudio sabe leer y escribir y sólo una minoría sabe sólo leer ésta última población está predispuesta a tener un menor conocimiento y de someter a sus hijos a etnoprácticas.

GRÁFICO N° 3. Alfabetización de madres de niños menores de 5 años.



Fuente: Tabla N°3

TABLA N° 6. Grado de escolaridad de las madres de los niños menores de 5 años.

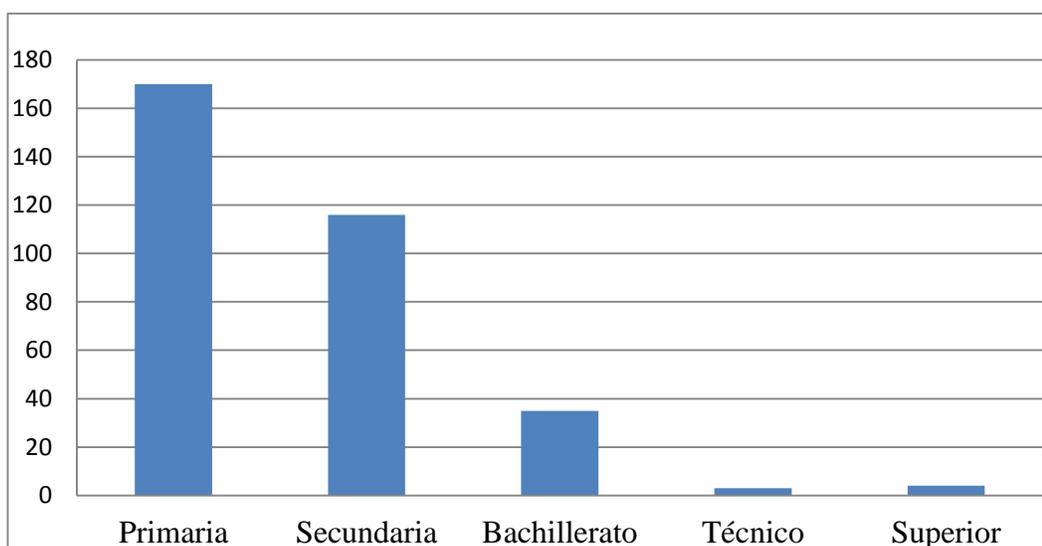
Último grado cursado	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	170	45.57%
Secundaria	116	31.09%
Bachillerato	35	9.38%
Técnico	3	0.80%
Superior	4	1.07%
Ninguna	45	12.06%
Total	373	100%

Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: La tabla anterior muestra el grado de escolaridad de las madres de los niños menores de 5 años el 45.57% sólo primaria, el 31.09% hasta secundaria, el 12.06% no estudió, el 9.38% son bachilleres, el 1.07 educación superior y el 0.80% técnico.

INTERPRETACIÓN: Se observa que el grado de escolaridad que predomina en las madres en estudio es primaria seguido de secundaria esto refleja que hay un bajo nivel de educación en nuestra población y que sólo un minoría alcanza estudios universitarios, sin embargo la influencia cultural juega un papel importante para la realización de etnoprácticas.

GRÁFICO N° 4. Grado de escolaridad de las madres de los niños menores de 5 años.



Fuente: Tabla N° 6

TABLA N°7. Paridad de las madres de niños menores de 5 años.

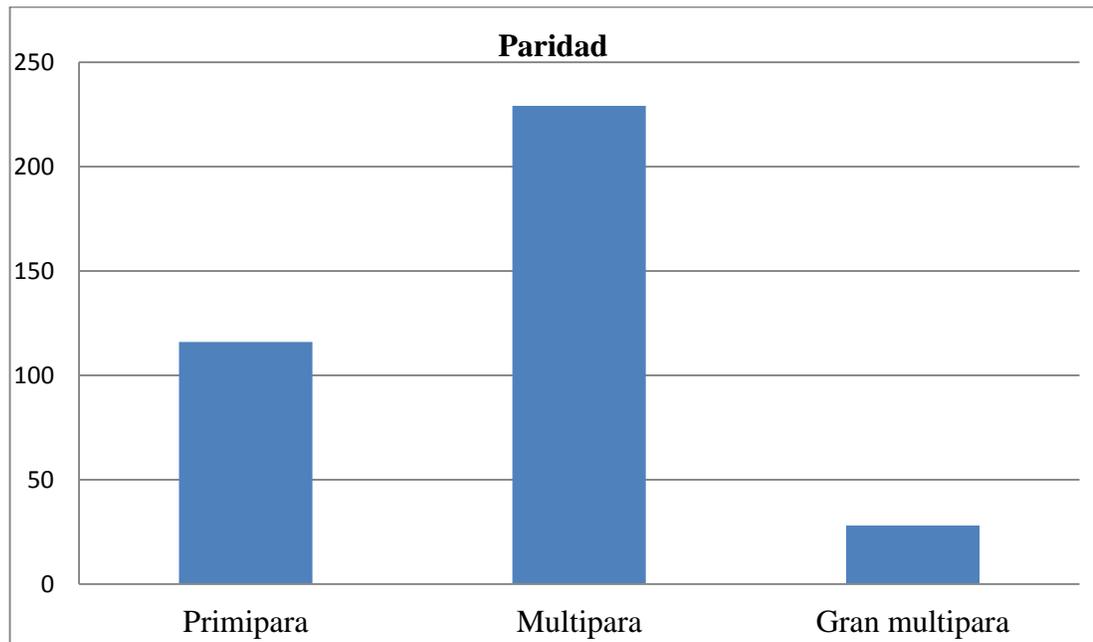
Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Primípara	116	31.09%
Múltipara	229	61.39%
Gran múltipara	28	7.50%
Total	373	100%

Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: La tabla anterior muestra la paridad de las madres en estudio el 61.39% son múltiparas, el 31.09% primíparas y el 7.50% gran múltiparas.

INTERPRETACIÓN: Del total de madres estudiadas la mayor parte tiene de 2 a 4 hijos y de las cuales la mayoría son mujeres jóvenes como se observó en la tabla N° 1, y la menor parte son mujeres que han tenido 5 hijos ó más.

GRÁFICA N° 5. Paridad de las madres de niños menores de 5 años.



Fuente: Tabla N° 7

TABLA N° 8. Procedencia de madres de menores de 5 años.

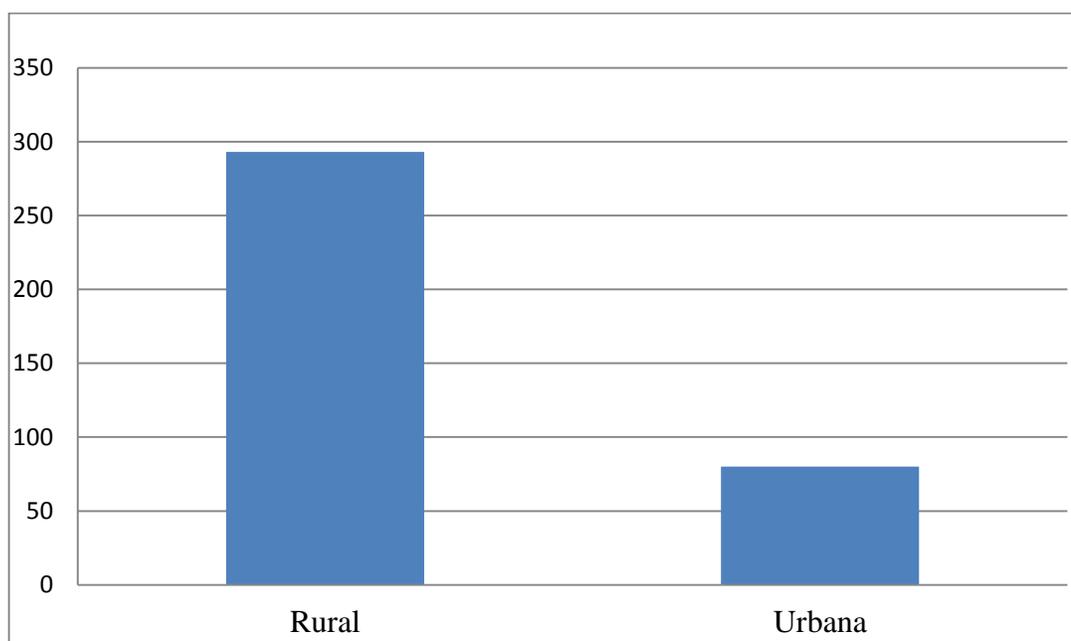
Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	293	78.55%
Urbana	80	21.44%
Total	373	100%

Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: La tabla anterior muestra la procedencia de las madres estudiadas, el 78.55% son del área rural y el 21.44% del área urbana.

INTERPRETACIÓN: La mayor parte de madres que consultan en las diferentes Unidades de Salud Familiar en estudio residen significativamente en el área rural, debido a el menor acceso a los medios de comunicación, oportunidades y condiciones de vida es más frecuente que éste grupo tenga un mayor número de creencias, mitos y tradiciones y sometan a sus hijos a etnoprácticas.

GRÁFICO N° 6. Procedencia de madres de menores de 5 años.



Fuente: Tabla N° 8

TABLA N° 9. Forma de transportarse a UCSF de las madres de niños menores de 5 años de edad.

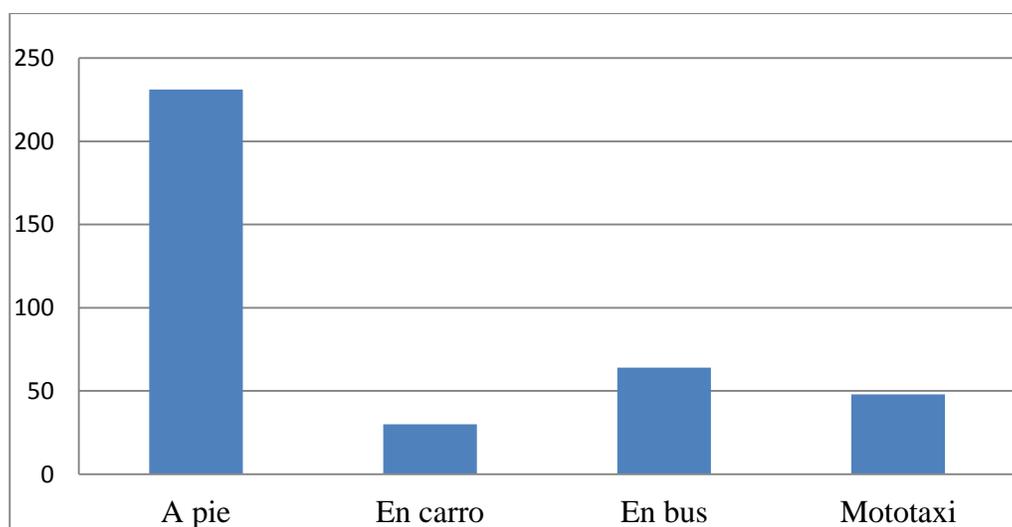
Forma de Transporte	Frecuencia	Porcentaje
A pie	231	61.93%
Carro	30	8.04%
Bus	64	17.15%
Mototaxi	48	12.86%
Total	373	100%

Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: La tabla anterior muestra el medio de transporte que utilizan las madres, el 61.93% a pie, el 7.15% en bus, el 12.86% en Mototaxi y el 8.04% en carro.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de las madres acceden a un centro de salud caminando, mientras que un porcentaje significativo utilizan un medio de transporte lo cual les acarrea un costo que muchas no pueden pagar, esto puede dar lugar a que no se consulte tempranamente ocasionando agravamiento del cuadro clínico ó en el peor de los casos la muerte.

GRÁFICO N° 7. Forma de transportarse a UCSF de las madres de niños menores de 5 años de edad.



Fuente: Tabla N° 9

TABLA N° 10. Tiempo que tarda la madre del niño en transportarse de su casa a UCSF.

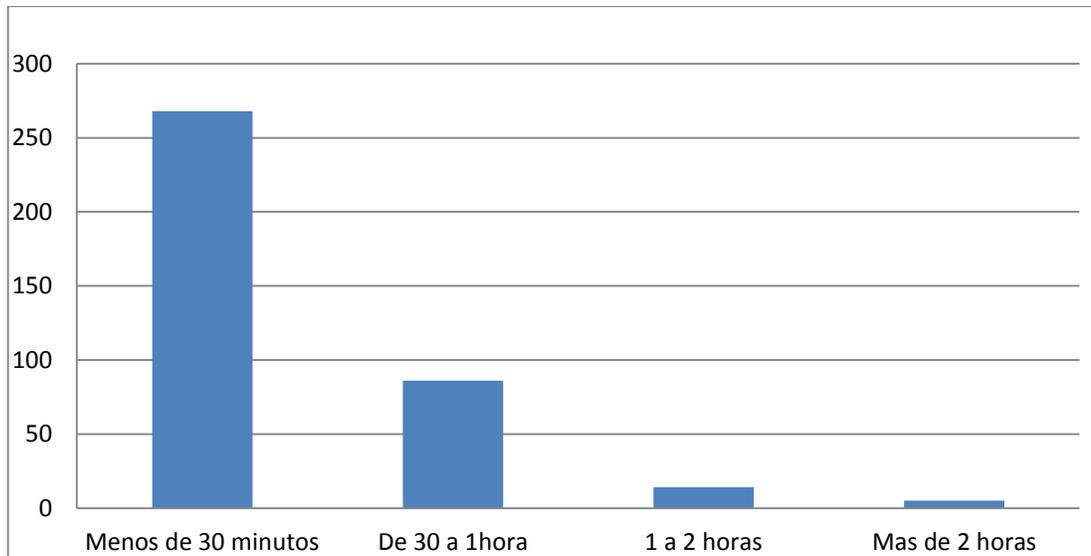
Tiempo estimado	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 30 minutos	268	71.84%
30 a 1 hora	86	23.05%
1 a 2 horas	14	3.75%
Más de 2 horas	5	1.34%
Total	373	100%

Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: Se puede apreciar en la tabla anterior que el 71.84% de las madres se tardan menos de 30 minutos, seguido de un 23.05% que tardan de 30 minutos a 1 hora y sólo un 1.34% tardan más de 2 horas.

INTERPRETACIÓN: A pesar de que la mayoría de las participantes en el estudio se tardan menos de treinta minutos en llegar a su Unidad Comunitaria de Salud Familiar un buen número de madres se tardan más de una hora en llegar, unido al hecho que tienen que gastar en pasaje, dejar a sus otros hijos en casa, ó no tener tiempo para hacer la comida muchas veces les impide consultar con un profesional de la salud recurriendo al consejo de otras personas sin preparación médica.

GRÁFICO N° 8. Tiempo que tarda la madre del niño en transportarse de su casa a UCSF.



Fuente: Tabla N° 10

TABLA N° 11. Grupo religioso en relación con la realización de etnoprácticas en niños menores de 5 años.

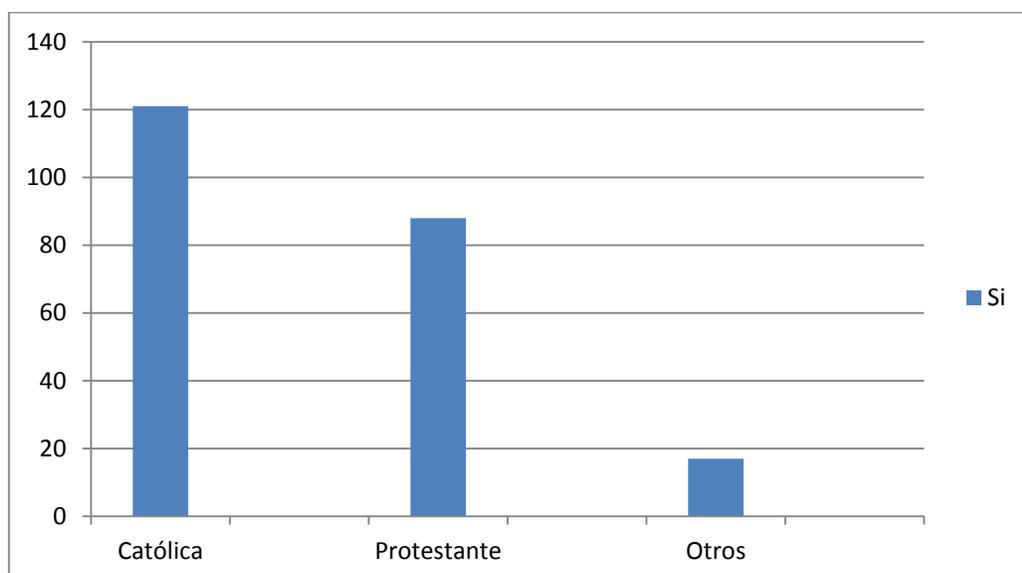
	Católica		Protestante		Otros	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	121	63.02%	88	58.66%	17	54.83%
Total	192	100%	150	100%	31	100%

Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: La tabla anterior muestra que el 63.02% de la población que llevó a etnoprácticas es de la religión católica, seguido del 58.66% protestante y el 54.83% a otros.

INTERPRETACIÓN: Se puede observar que el grupo religioso no influye de manera significativa en la realización de etnoprácticas en niños. Según la muestra obtenida el mayor número de personas son católicas seguido de los protestantes, Otros se refiere a ningún grupo religioso.

GRÁFICO N° 9. Grupo religioso en relación con la realización de etnoprácticas en niños menores de 5 años.



Fuente Tabla N°11

TABLA N° 12. Sexo en relación con edad de niños menores de 5 años.

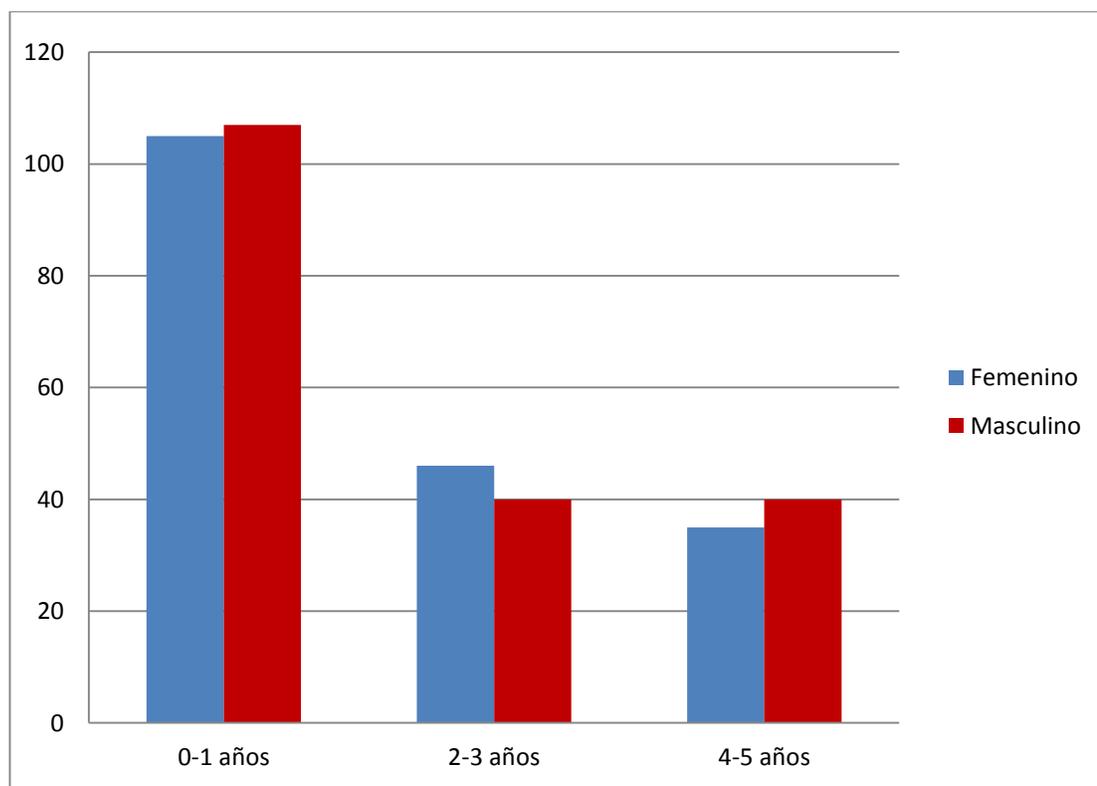
	0-1 años		2-3 años		4-5 años	
	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje
Femenino	105	49.52%	46	53.48%	35	46.66%
Masculino	107	50.47%	40	46.51%	40	53.33%
Total	212	100%	86	100%	75	100%

Fuente: cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: en la tabla anterior se muestra que el 50.47% de niños menores de un año de edad son de sexo masculino y que el otro 49.52% sexo femenino.

INTERPRETACIÓN: se puede observar que el mayor porcentaje de niños que asisten al sobador o curandero es de cero a un año de edad y este no difiere mucho del porcentaje de niños de dos a tres años de edad.

GRÁFICO N° 10. Sexo en relación con edad de niños menores de 5 años.



Fuente Tabla N°12

5.2.2 FACTOR ECONÓMICO

TABLA N° 13. Ocupación de madres de niños menores de 5 años de edad.

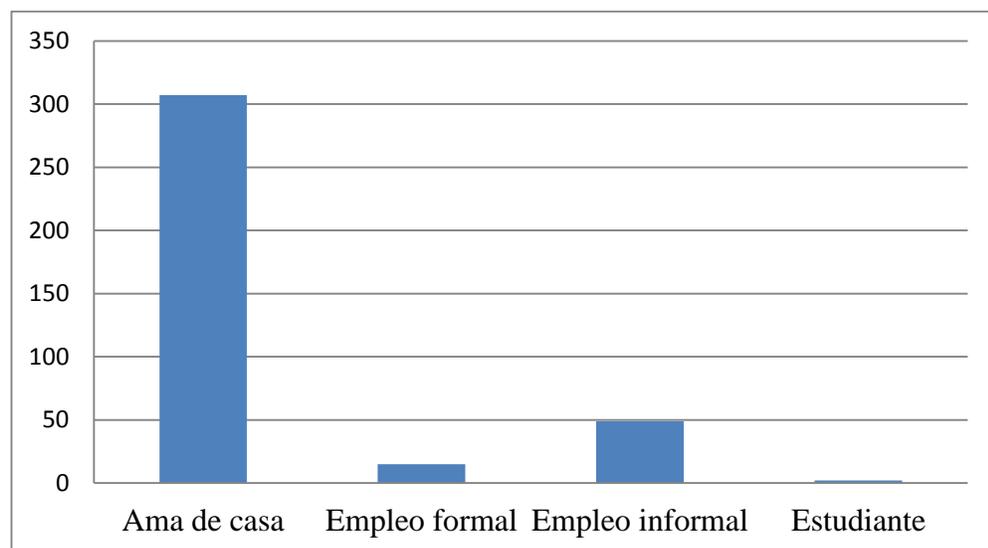
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	307	82.30%
Empleo formal	15	4.02%
Empleo informal	49	13.13%
Estudiante	2	0.53%
Total	373	100%

Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: La tabla anterior muestra la ocupación de las madres y el 82.30% son amas de casa, mientras que sólo un 15% tienen un empleo formal, y el 2% estudian.

INTERPRETACIÓN: Se puede observar que la mayoría de las madres se dedica a los oficios domésticos y que sólo un mínimo de madres tiene empleo formal garantizándole un salario seguro para tener mejores condiciones de vida e ir a consultar a un establecimiento de salud aún que esté lejos de su casa, mientras que otra minoría tiene empleo informal que no les da seguridad de cubrir todas sus necesidades básicas, llama la atención que sólo 2 madres han continuado sus estudios, lo que nos dice que las otras madres de 15-19 años han abandonado sus estudios para dedicarse a la crianza de sus hijos.

GRÁFICO N° 11. Ocupación de madres de niños menores de 5 años de edad.



Fuente: Tabla N° 13

TABLA N° 14. Tipo de vivienda en relación de tenencia.

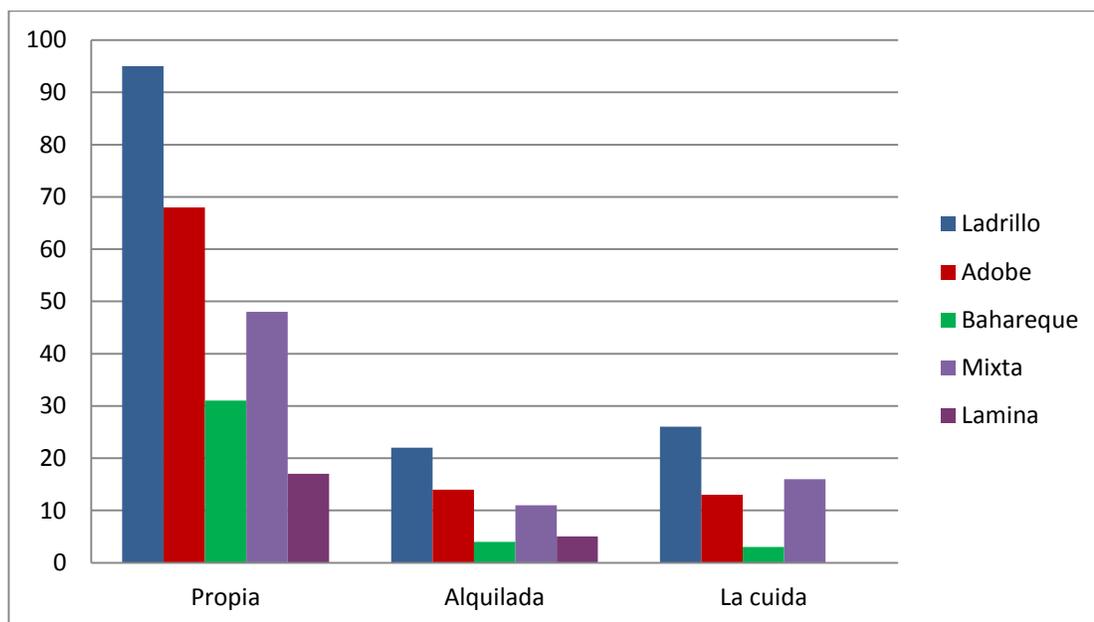
	Propia		Alquilada		La cuida	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ladrillo	95	36.68%	22	39.28%	26	44.82%
Adobe	68	26.25%	14	25%	13	22.41%
Bahareque	31	11.96%	4	7.142%	3	5.172%
Mixta	48	18.53%	11	19.64%	16	27.58%
Lamina	17	6.56%	5	8.92%	0	0%
Total	259	100%	56	100%	58	100%

Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: en la tabla anterior se observa que el 36.68% de madres entrevistadas poseen vivienda propia y esta es de ladrillo, que un 39.28% viven en una vivienda alquilada y el 26% de la población la cuida.

INTERPRETACIÓN: se puede observar que la mayoría de madres consultantes la tenencia de su vivienda es propia siendo esta de ladrillo y un porcentaje significativo poseen vivienda que la cuida.

TABLA N° 12. Tipo de vivienda en relación de tenencia.



Fuente Tabla N°14

TABLA N°. 15 Ingresos económicos mensuales en relación con quién los aporta al hogar.

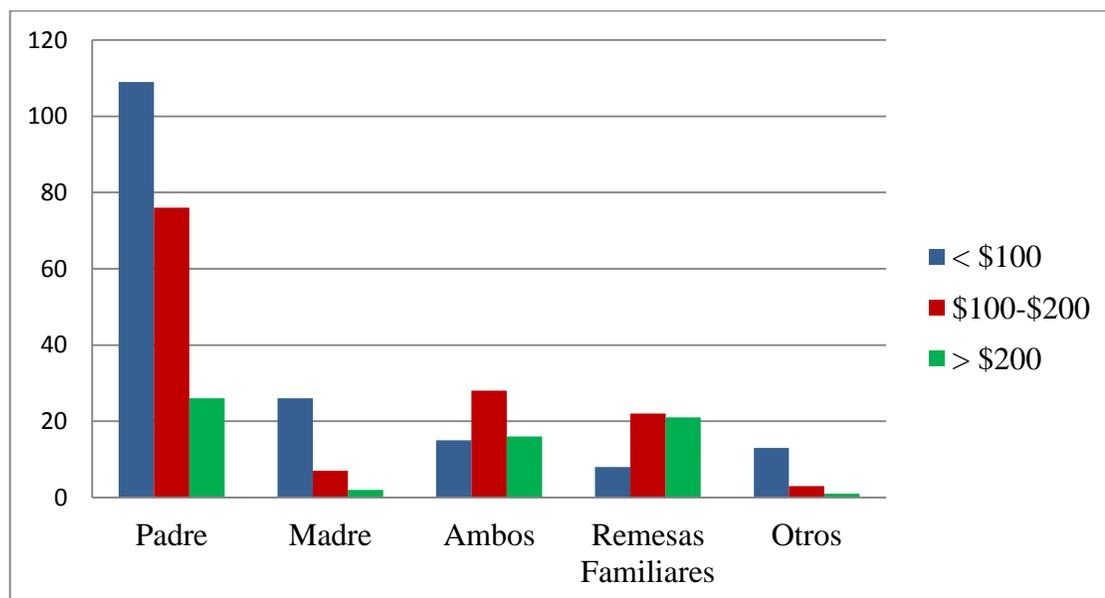
	Padre		Madre		Ambos		Remesas Familiares		Otros	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
< \$100	109	51.66%	26	51.65%	15	25.42%	8	15.68%	13	76.47%
\$100-\$200	76	36.02%	7	36.01%	28	47.45%	22	43.13%	3	17.64%
> \$200	26	12.32%	2	12.32%	16	27.11%	21	41.17%	1	5.88%
Total	211	100%	35	100%	59	100%	51	100%	17	100%

Fuente: cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Análisis: la tabla anterior muestra que un total de 211 familias reciben el aporte económico sólo del padre, 35 sólo de la madre 59 de Ambos, 51 por remesas familiares y 17 otros.

Interpretación: Se observa que la mayor parte de la población vive con menos de \$100 al mes y el padre es la persona que aporta con mayor frecuencia.

GRÁFICO N°. 13 Ingresos económicos mensuales en relación con quién los aporta al hogar.



Fuente: Tabla N°15.

5.2.3 FACTOR CULTURAL

Tabla N° 16 Sabe usted qué es:

Términos	Alternativa	F	%	Alternativa	F	%	TOTAL
El ojo	Si	271	72.7	No	102	27.3	100%
Caída de Mollera	Si	243	65.1	No	130	34.9	100%
Pujo	Si	225	60.3	No	148	39.7	100%
Empacho	Si	221	59.2	No	152	40.8	100%
El susto	Si	128	34.3	No	245	65.7	100%
Paladeo	Si	77	20.6	No	296	79.4	100%
Cataplasma	Si	26	7	No	347	93	100%
Ventosas	Si	50	13.4	No	323	86.6	100%
Tomas	Si	61	16.4	No	312	83.6	100%

Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: En la tabla anterior se demuestra que las madres participantes tienen conocimiento sobre las diferentes etnoprácticas que se le realizan a los niños, teniendo mayor conocimiento sobre lo que es el mal de ojo con un 72.7%, seguido de la caída de mollera con un 65.1%, el pujo con un 60.3%, y el empacho con un 59.2%; mientras que sólo una menor cantidad de madres conoce de los cataplasmas correspondiendo a un 7% de las entrevistadas, seguida de las que respondieron afirmativamente acerca de las ventosas con un 13.4% , en el caso de las tomas en un 16.4% y paladeo 20.6%.

INTERPRETACIÓN: En la presente tabla se evidencia que muchas de las madres entrevistadas tienen conocimiento sobre las diferentes etnoprácticas que se le realizan a los niños; así podemos ver que El Ojo, la Caída de mollera, el Empacho, Susto, el Paladeo y las tomas son las etnoprácticas más conocidas de las madres que consultan en UCSF Chapeltique, seguido de un porcentaje similar por las otras poblaciones en estudio, en el caso de la UCSF Isla Zacatillo las madres conocen más acerca de los Cataplasmas y en UCSF Cacaopera es la predominante en cuanto el conocimiento de las Ventosas y el Pujo.

Nota: No se realizó gráfico debido la cantidad de elementos.

TABLA N°17. Le ha realizado alguna etnopráctica a su hijo:

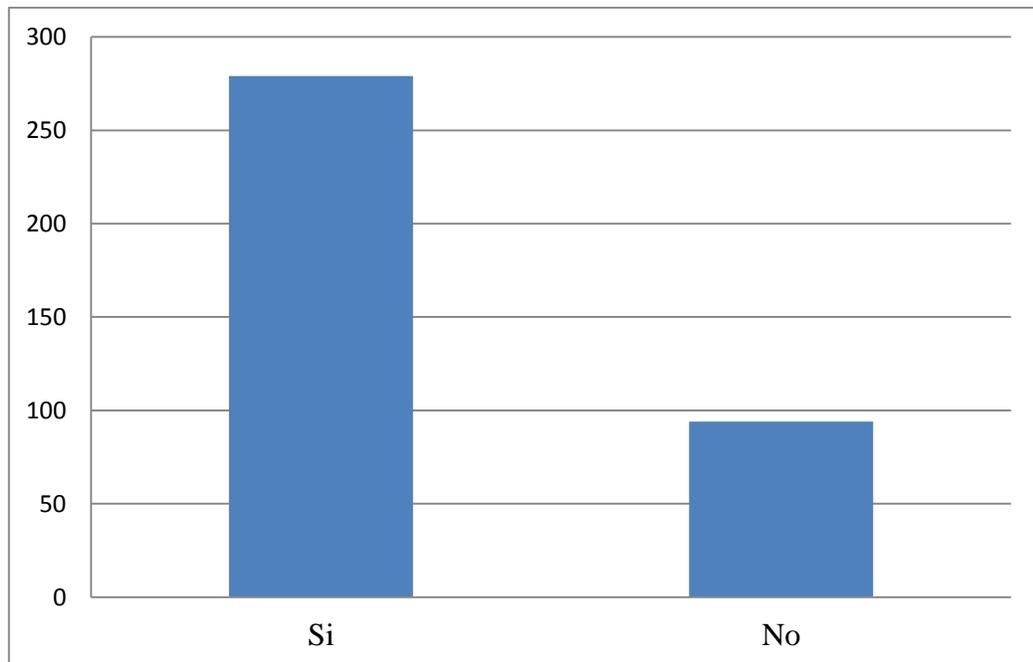
	Frecuencia	Porcentaje
Si	279	74.80%
No	94	25.20%
Total	373	100%

Fuente: cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: En la tabla anterior se observa que el 74.80% de las madres si le realizaron etnoprácticas a su hijo y el 25.20% no le han realizado nunca etnoprácticas a su hijo.

INTERPRETACIÓN: De 373 madres de los niños menores de 5 años de edad 279 si han llevado a su hijo a la realización de etnoprácticas ya sea por ignorancia, costumbre familiar, obligadamente o por recomendación de algún conocido, creyendo que con este tipo de prácticas su hijo mejorará de la patología que presenta desconociendo los daños que ocasiona este tipo de manipulaciones que van desde afectaciones leves en el desarrollo, discapacidades severas, convulsiones y muerte. Y solo 94 madres no han llevado a su hijo.

GRÁFICO N°14. Le ha realizado alguna etnopráctica a su hijo:



Fuente: Tabla N°17

TABLA N° 18. Ha llevado al niño a paladear.

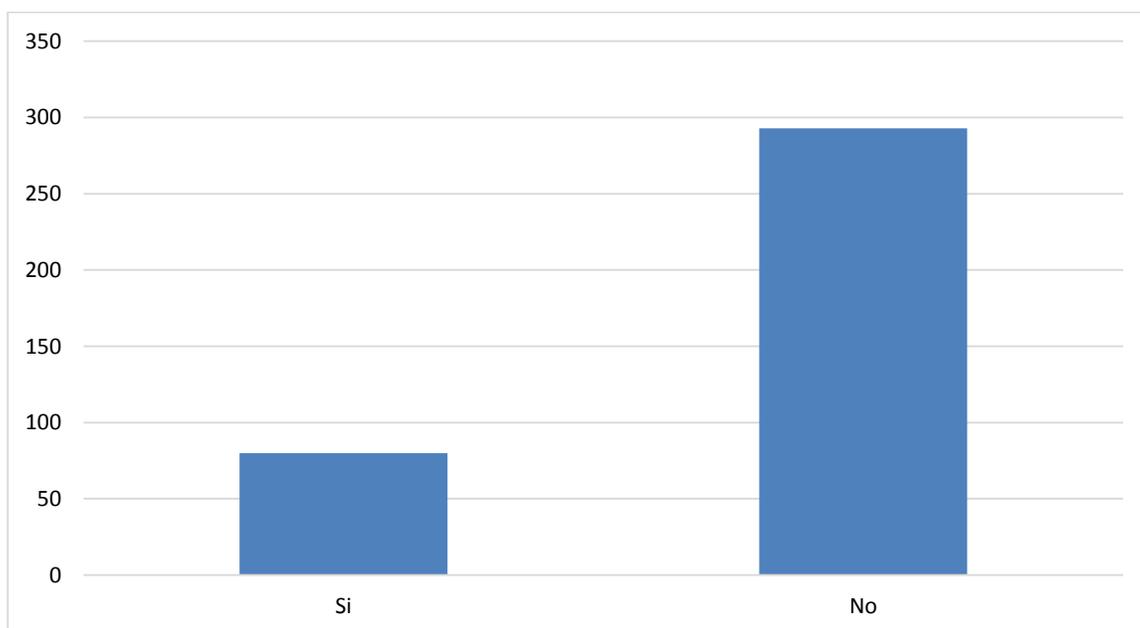
Paladear	Frecuencia	Porcentaje
Si	80	21.44%
No	293	78.55%
TOTAL	373	100%

Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: La Tabla muestra que el 78.55% de las madres no han llevado el niño a paladear y el 21.44% si lo han llevado.

INTERPRETACIÓN: En esta tabla se muestra que la mayor parte de niños no fueron llevados a realizarles paladeo pero una cantidad significativa de los hijos de las madres que participaron en el estudio sí recibieron dicha etnopráctica exponiéndose a presentar laceraciones del paladar que pueden interferir posteriormente con la articulación de las palabras, hemorragia cerebral entre otros.

GRÁFICO N°15. Ha llevado al niño a paladear.



Fuente: Tabla N°18

TABLA N°19. Ha llevado el niño a chuparle a mollera.

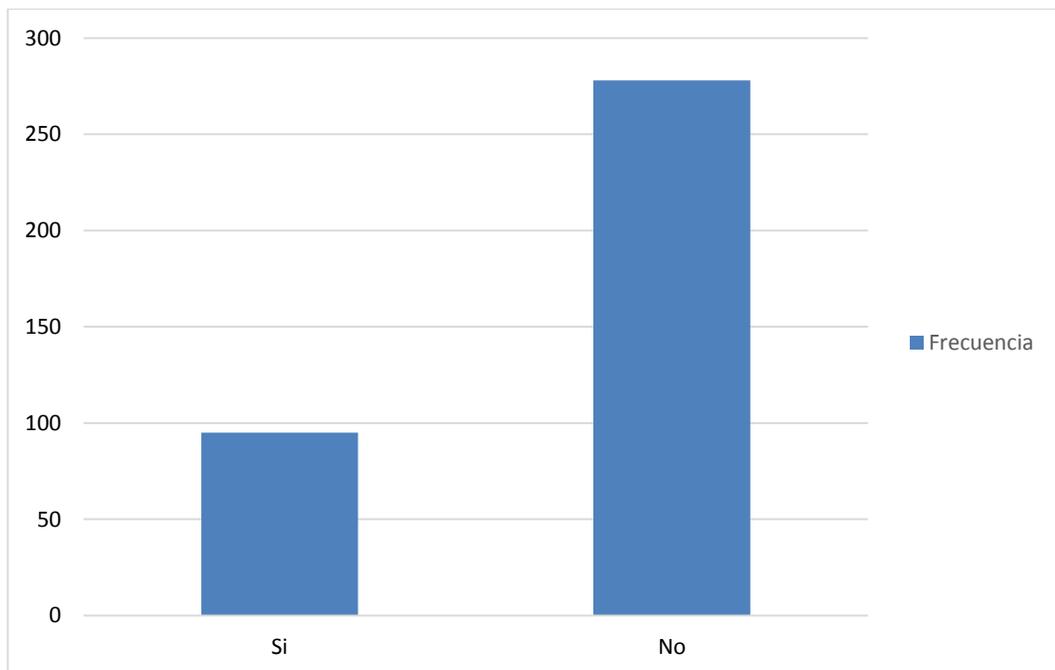
Chuparle la mollera	Frecuencia	Porcentaje
Si	95	25.46%
No	278	74.53%
TOTAL	373	100%

Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: En la tabla anterior se aprecia que un 74.53% de los niños no fue llevado a chuparle la mollera y un 25.46% no fue llevado.

INTERPRETACIÓN: A la mayor parte de los niños incluidos en el estudio no se les realizó este tipo de etnopráctica pero 95 niños si fueron sometidos a este procedimiento debido al desconocimiento de los signos de deshidratación por parte de la madre la succión que produce boca del practicante sobre la fontanela del niño ejerce una presión sobre ésta dando lugar a hemorragia intracraneana por ruptura de vasos sanguíneos y como consecuencia convulsiones, retraso psicomotores ó la muerte.

GRÁFICO N°16. Ha llevado el niño a chuparle a mollera.



Fuente: Tabla N°19

TABLA N° 20. Ha llevado el niño a sobar.

Sobar	Frecuencia	Porcentaje
Si	226	60.58%
No	147	39.41%
TOTAL	373	100%

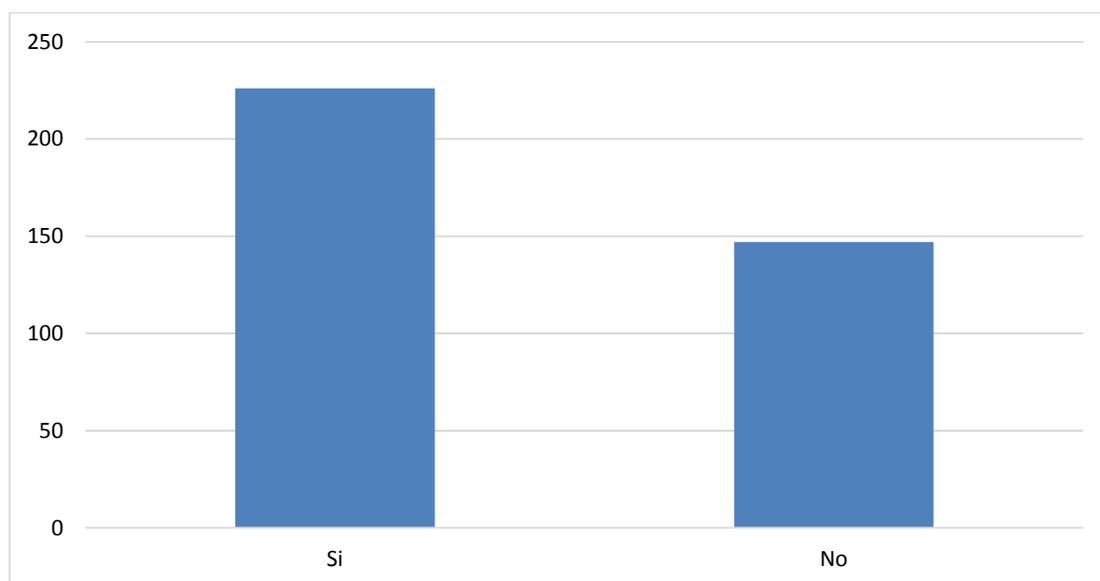
Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS. En la tabla anterior se observa que el mayor porcentaje de 60.58% fueron llevados a sobar y un 39.41% no.

INTERPRETACIÓN. En la tabla anterior se aprecia que a la mayoría de niños se le llevó a realizar sobo, frotándole en su cuerpo sustancias no adecuadas que pueden ser absorbidas por la piel y mucosas como agua florida, aceite alcanforado, alcohol, agua florida, hierbas como ruda y chichipince generando complicaciones como: la urticaria, reacciones de hipersensibilidad, quemaduras de primer grado.

En algunos casos la manipulación del cuerpo del niño va acompañada de una toma previa de hierbas y otras sustancias que pueden empeorar el cuadro patológico del niño ó complicarlo.

TABLA N° 17. Ha llevado el niño a sobar.



Fuente: tabla N° 20

TABLA N°. 21. Ha llevado el niño a que lo cuelguen cabeza abajo y le golpeen la planta de los pies.

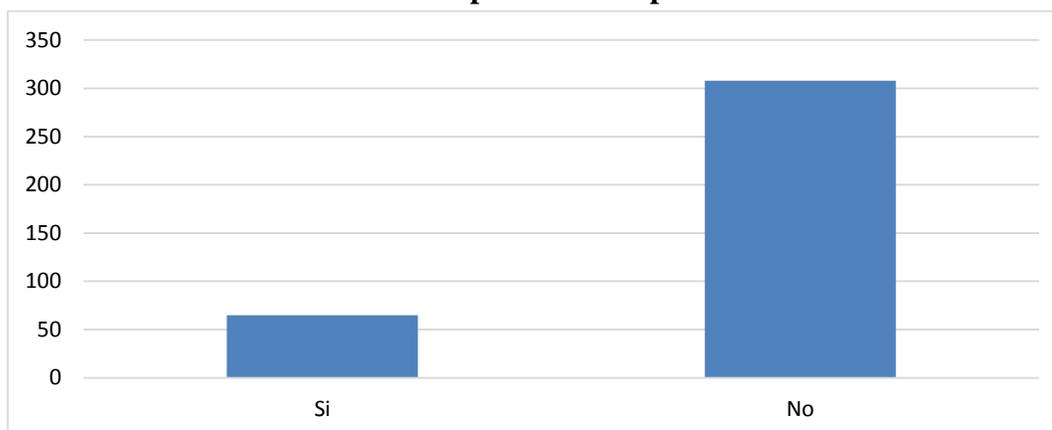
Colgaron cabeza abajo	Frecuencia	Porcentaje
Si	65	17.42%
No	308	82.57%
TOTAL	373	100%

Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: En la tabla anterior se puede observar que 82.57% de los niños no se han llevado a realizar la etnoprácticas mencionada y el 17.42% sí el sobador les ha colgado de los pies.

INTERPRETACIÓN: Aunque la mayoría de niños no fueron sometidos a este tipo de prácticas se puede observar que ha 65 de ellos se les colgó cabeza abajo y se les golpeó la planta de los pies provocando con ello daños que pueden pasar inicialmente inadvertidos sobre todo en los menores de 1 año de edad debido a la falta de cierre de las fontanelas y suturas ocasionando ruptura de vasos, hemorragias intracraneanas e hipertensión intracraneana que muchas veces no se van a manifestar como en los niños de mayor edad por el cierre de las suturas del cráneo dando lugar al aparecimiento de hidrocefalia, también se pueden complicar mediante convulsiones, alteraciones del desarrollo, dificultad para el aprendizaje y muerte.

TABLA N°. 18. Ha llevado el niño a que lo cuelguen cabeza abajo y le golpeen la planta de los pies.



Fuente: Tabla N° 21

TABLA N° 22. Ha llevado el niño a hacerle ventosas.

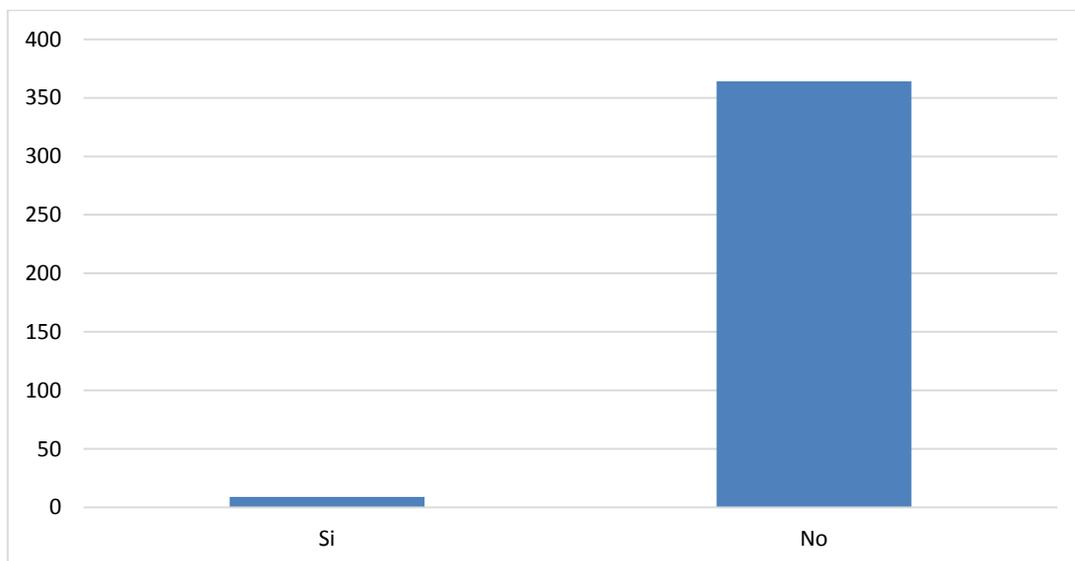
Hacerle ventosas	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	2.412%
No	364	97.58%
TOTAL	373	100%

Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: La tabla anterior demuestra que el mayor porcentaje correspondiente a 97.58% no les han realizado ventosas a sus hijos, mientras que el 2.412% sí le han realizado ventosas.

INTERPRETACIÓN: Se evidencia que a la mayoría de niños no se les ha realizado ventosas; en cambio a un menor número sí se les ha realizado éste tipo de etnopráctica esto puede ser debido a la creencia que tienen las madres que sirven para sacar el aire acumulado en el cuerpo y quitar el dolor sobre todo cuando la persona respira, cuando en realidad se debe a un espasmo muscular ó cólico del lactante las cuales conllevan a complicaciones como: quemaduras de diferentes grados, laceraciones, equimosis, reacciones alérgicas por contacto entre otras, ya que se utilizan candelas, vasos de vidrio calientes, monedas, piedras y otros objetos al momento de su realización.

GRÁFICO N° 19. Ha llevado el niño a hacerle ventosas.



Fuente: Tabla N° 22

TABLA N°. 23. Ha llevado al niño a realizarle cataplasmas.

Hacerle cataplasma	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	3.21%
No	361	96.78%
TOTAL	373	100%

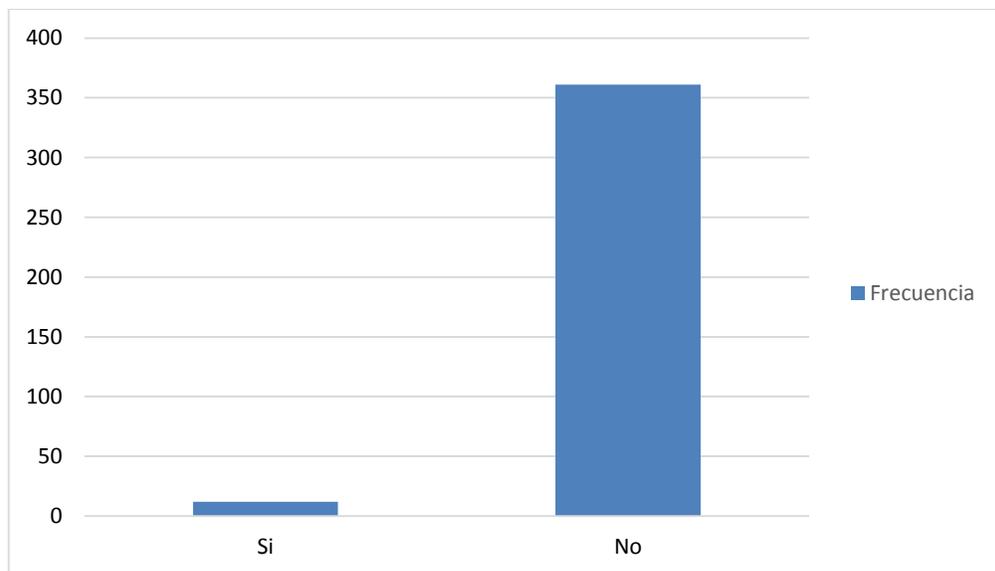
Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: En la tabla anterior se observa que el 96.78% de las madres no ha llevado a su hijo a la realización de cataplasmas, mientras que el 3.21% sí ha llevado su niño a la realización de ésta práctica.

INTERPRETACIÓN: Se puede observar en la tabla anterior que la mayoría de las madres no ha llevado a su hijo a realizar cataplasmas, y en un menor número sí han llevado por lo menos en una ocasión a la aplicación de ésta práctica.

Entre las complicaciones que provocan los cataplasmas podemos mencionar: contaminación de heridas, urticaria, dermatitis de contacto entre otras.

GRÁFICO N°. 20. Ha llevado al niño a realizarle cataplasmas.



Fuente: Tabla N° 23

TABLA N° 24. Ha llevado el niño a darle tomas.

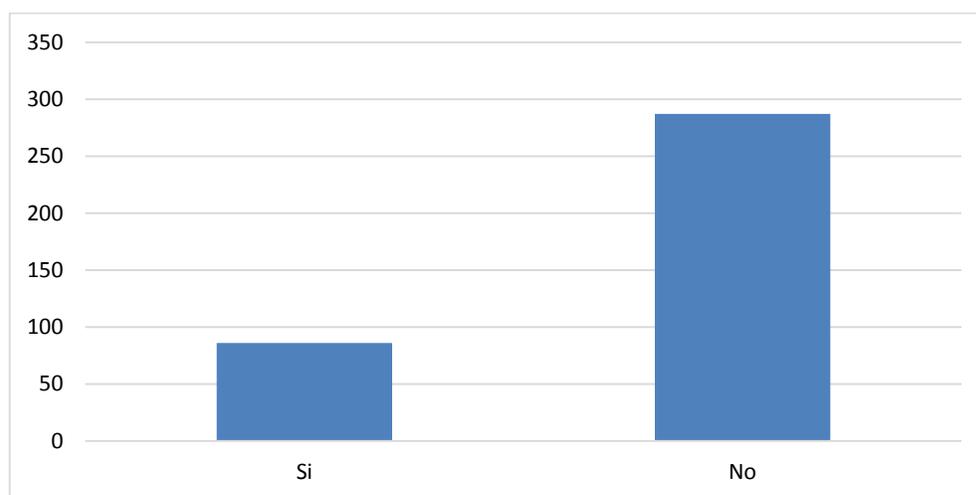
Darle tomas	Frecuencia	Porcentaje
Si	86	23.05%
No	287	76.94%
TOTAL	373	100%

Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: El 76.94% de las madres no ha permitido que a su hijo le den tomas y el 23.05% sí lo ha permitido.

INTERPRETACIÓN: La tabla anterior muestra que un pequeño porcentaje de niños fueron sometidos por sus madres a la medicación con tomas, de hierbas como ruda orégano y menta, especies como el comino, pimienta, mostaza esencias de menta, esencia negra, medicamentos populares que son accesible a la población y que no tienen uso restringido para su venta como bismuto, pastilla de cuajo, yodoclorina, bicarbonato, sustancias carbonizadas como cáscara de huevo, pan francés, tortilla, etc. Los cuales ocasionan daño en el organismo de los infantes provocando complicaciones como gastroenteritis, anemias hemolíticas, alteración de absorción del gluten, estreñimiento, hemorragias digestivas, y alteración de la motilidad intestinal agravando el cuadro patológico.

GRÁFICO N° 21. Ha llevado el niño a darle tomas.



Fuente: Tabla N° 24

TABLA N°. 25. Razón por la que llevó el niño a realizarle la etnopráctica.

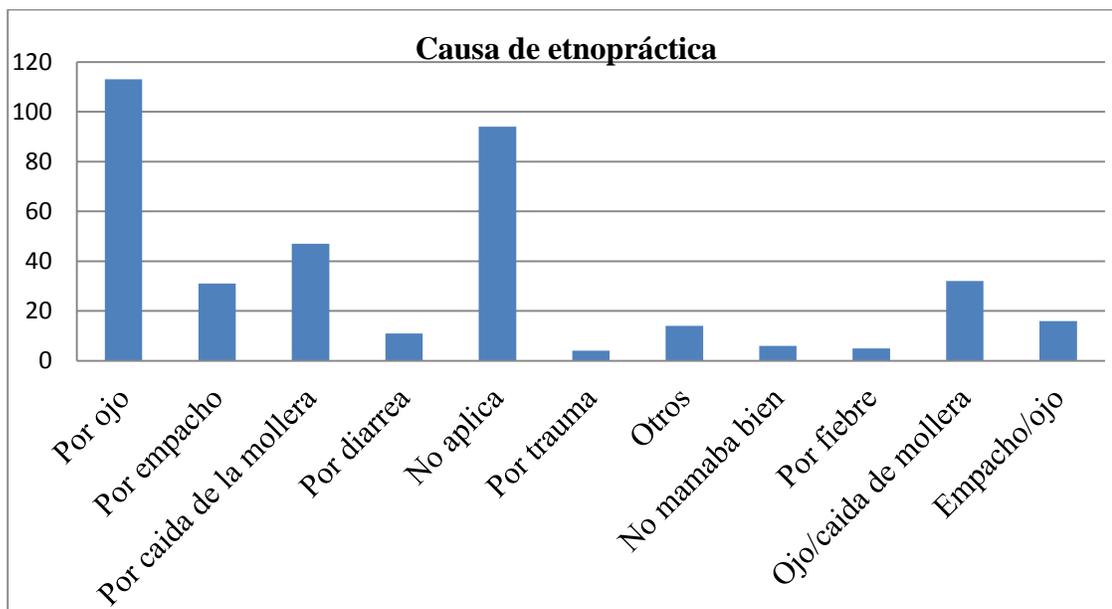
Razón de realizar Etnopráctica	Frecuencia	Porcentaje
Por ojo	113	30.29%
Por empacho	31	8.310%
Por caída de la mollera	47	12.60%
Por diarrea	11	2.94%
Por fiebre	5	1.34%
Por trauma	4	1.07%
No mamaba bien	6	1.60%
Empacho/Ojo	16	4.28%
Por ojo/Caída de mollera	32	8.57%
Otros	14	3.75%
No aplica	94	25.20%
Total	373	100%

Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio

ANALISIS: En la tabla anterior se puede observar que 30,29% de las madre ha llevado a su hijo por ojo a realizarle etnoprácticas, el 12.60% es por caída de mollera, el 8,57% a Llevado a su hijo por ojo y caída de mollera, el 8,310% a llevado a su hijo por empacho, el 4,28% por empacho y ojo, el 3.75% le ha realizado etnoprácticas por otras causas, el 2.94% por diarrea, el 1.60% por que el niño no mama bien, 1.07% por trauma, un porcentaje significativo del 25,20% no aplica ya que no ha llevado a su hijo a la realización de etnoprácticas.

INTERPRETACION: Se observa que el ojo es la causa más frecuente de consulta a los practicantes de medicina tradicional y por lo tanto de realización de etnoprácticas en las madres en estudio con una frecuencia de 113 niños, como segunda causa de realización de estas técnicas esta la caída de mollera y en un dato menos significativo otras causas entre las que se incluyen el pujo, el susto, por dolor de estómago y por el sarro en la lengua, además se evidencia que un buen numero de madres no le ha realizado ningún tipo de etnoprácticas.

GRÁFICO N°. 22. Razón por la que llevo el niño a realizarle la etnopráctica.



Fuente: Tabla N° 25

TABLA N°. 26. Persona que llevo al niño a realizarle etnopráctica.

PERSONA QUE LLEVÓ	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Madre	252	67.56%
Padre	6	1.60%
Otros	20	5.36%
No aplica	95	25.46%
Total	373	100%

Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio

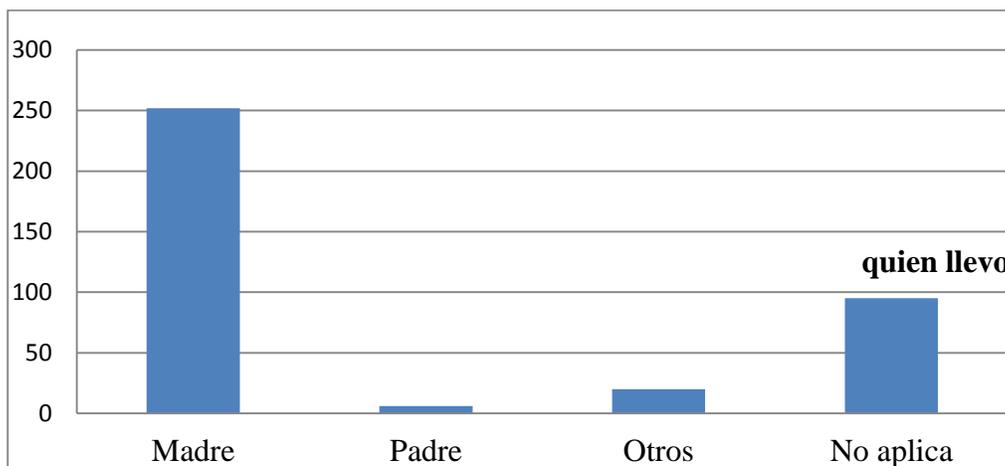
ANALISIS: En la tabla anterior se puede observar que en el 67.56% las madres son las responsables de llevar a los niños a realizar etnoprácticas, en un 5.36% son otros, el 1.60% fueron los padres y un porcentaje significativo del 25,46% No aplica.

INTERPRETACION: Se evidencia que la mayoría de niños fue llevado a la realización de etnoprácticas por su progenitora y esto se debe a que el cuidado, crianza y educación del niño es responsabilidad preferentemente de las madres ya que la mayoría de madres se dedican a oficios domésticos; quienes al ver enfermos a sus hijos hacen hasta lo imposible

por encontrar la cura para su enfermedad, tomando muchas veces recomendaciones de personas sin conocimiento médico y las cuales están basadas en experiencias de curación o mitos. Además se observa que 20 de los niños fueron llevados por Otros entre los cuales se mencionan: Tíos y abuelos.

El término No Aplica se refiere a los niños que nunca los han llevado a realizarle etnoprácticas.

GRÁFICO N°. 23. Persona que llevo al niño a realizarle etnopráctica.



Fuente: Tabla N° 26

TABLA N°. 27. Quién dijo a madre que llevara a niño a realizarle etnopráctica.

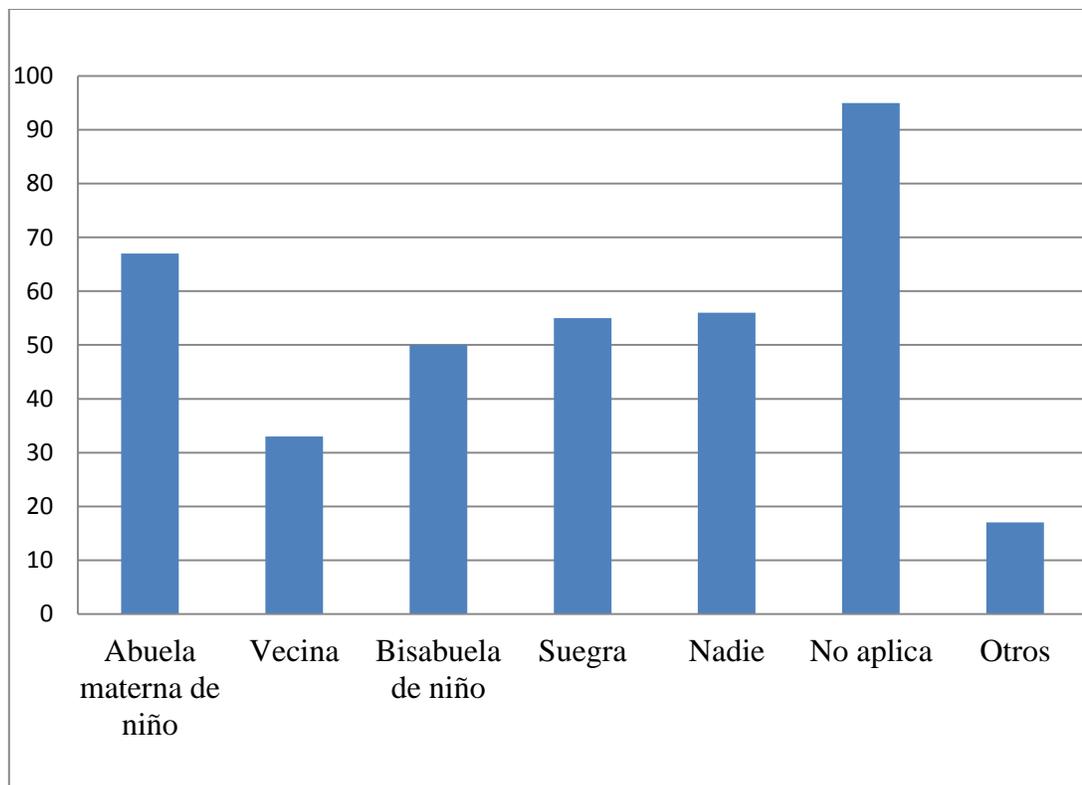
PERSONA QUE DIJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Abuela materna de niño	67	17.96%
Vecina	33	8.84%
Bisabuela del niño	50	13.40%
Suegra	55	14.74%
Nadie	56	15.01%
Otros	17	4.55%
No aplica	95	25.46%
Total	373	100%

Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: La tabla anterior muestra la persona que aconsejó a la madre para que llevara el niño al sobador de la cual el 17.96% fue la abuela materna, seguido de un 15.01% nadie les dijo, el 14.74% le dijo la suegra de la madre, 13.40% influyó la bisabuela del niño, el 8.84% fue la vecina y el 4.55% fueron otros.

INTERPRETACIÓN: Las madres que llevaron a realizarle etnoprácticas a su hijo lo hicieron por recomendación de un familiar en su mayoría, la abuela materna del niño fue la predominante y otro buen grupo de madres manifestaron que fueron sus vecinas quienes les aconsejaron. Llama la atención que un buen número de ellas lo hicieron por iniciativa propia esto puede ser debido a las creencias y costumbres familiares de la madre del infante. 17 niños fueron llevados por recomendación de otras personas como: Tía, personas conocidas, sobadores y padre del niño; No aplica se refiere a las madres que no llevaron a los niños al sobador.

GRÁFICO N°. 24. Quién dijo a madre que llevara a niño a realizarle etnopráctica.



Fuente: Tabla N° 27

TABLA N°. 28. Razón por la que llevo el niño al sobador o curandero y no al médico.

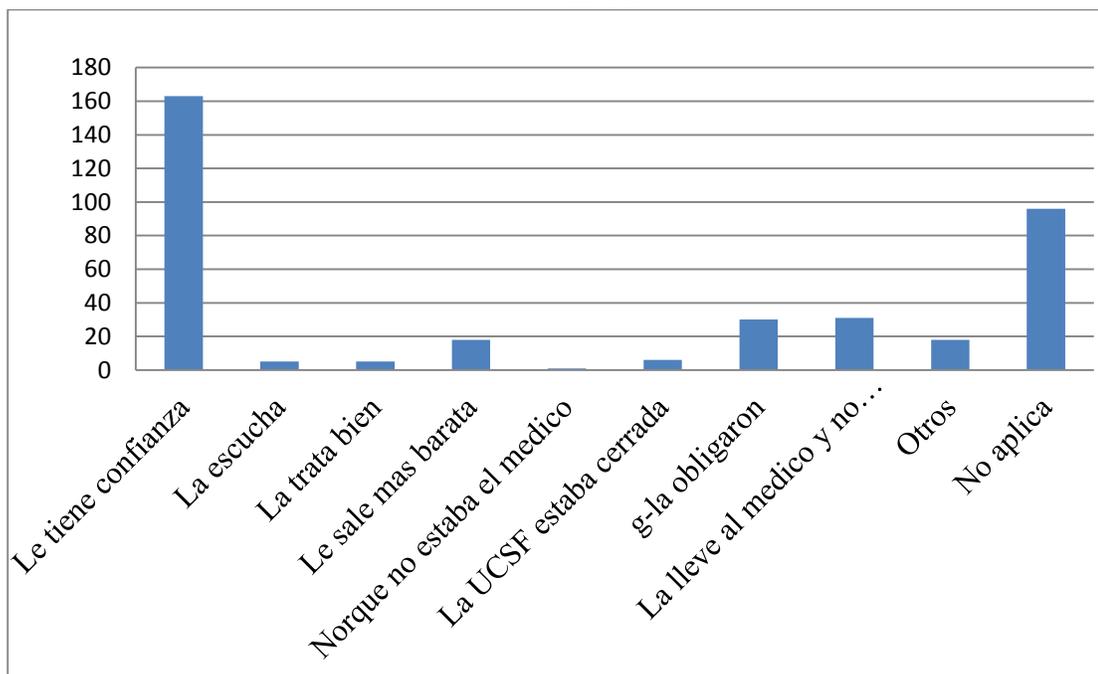
Razón por la que fue	Frecuencia	Porcentaje
Le tiene confianza	163	43.69%
La escucha	5	1.34%
La trata bien	5	1.34%
Le sale más barata	18	4.82%
Porque no estaba el medico	1	0.26%
La UCSF estaba cerrada	6	1.60%
La obligaron	30	8.04%
La lleve al médico y no mejoro	31	8.31%
Otros	18	4.82%
No aplica	96	25.73%
Total	373	100%

Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: En la tabla anterior se observa que el 43.69% lleva al niño por que le tiene confianza al sobador, seguido del 8.31% que respondió lo llevé al médico y no mejoró, el 8.04% fue porque la obligaron y en último lugar con un 1.34% fueron porque les escuchan y les tratan bien.

INTERPRETACIÓN: La confianza hacia el sobador o curandero por parte de la población en estudio es la razón más esencial por la que consultan, llama la atención que un buen porcentaje de las madres fueron obligadas por parte de su familia a acudir al sobador esto se observó mayormente en las madres del grupo de edad de 20-29 años. Un número significativo les llevó por otras razones como: les queda más cerca, no tienen tiempo de ir a la Unidad de Salud, y porque el personal de salud no cree en sus mitos y No aplica se refiere a los niños que no llevaron al sobador.

GRÁFICO N°. 25. Razón por la que llevo el niño al sobador o curandero y no al médico.



Fuente: Tabla N°28

TABLA N°. 29. Ha dado tomas al niño.

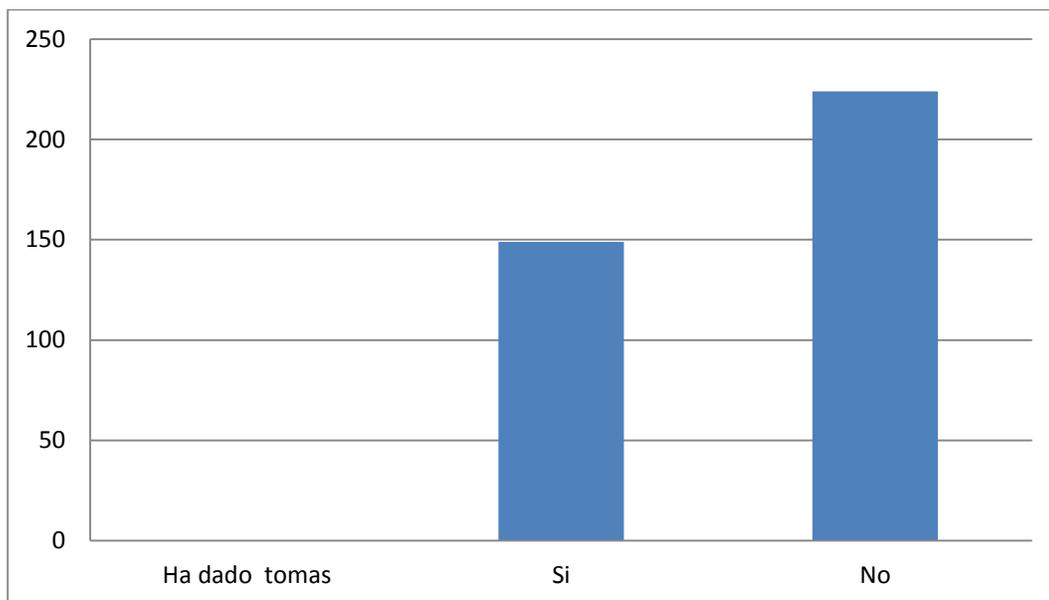
Ha dado tomas	Frecuencia	Porcentaje
Si	149	39.94%
No	224	60.05%
Total	373	100%

Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: La tabla muestra que un 60.05% de la población no les ha dado tomas a sus hijos y el 39.94% sí le ha dado.

INTERPRETACIÓN: Se evidencia que a la mayoría de los niños no se le administró tomas, mientras que a una buena parte de la población estudiada sí se les dio tomas por lo menos en una ocasión de hierbas, especies o medicina popular no apta la patología del niño ya que en muchas ocasiones se puede complicar debido a los efectos secundarios.

GRÁFICO N° 26. Ha dado tomas al niño.



Fuentes: Tabla N° 29.

TABLA N° 30. Por qué razón dio toma al niño.

Razón de dar toma	Frecuencia	Porcentaje
Por diarrea	62	16.62%
Por limpiarle el estomago	45	12.06%
Por fiebre	19	5.09%
No saben	23	6.16%
No aplica	224	60.05%
Total	373	100%

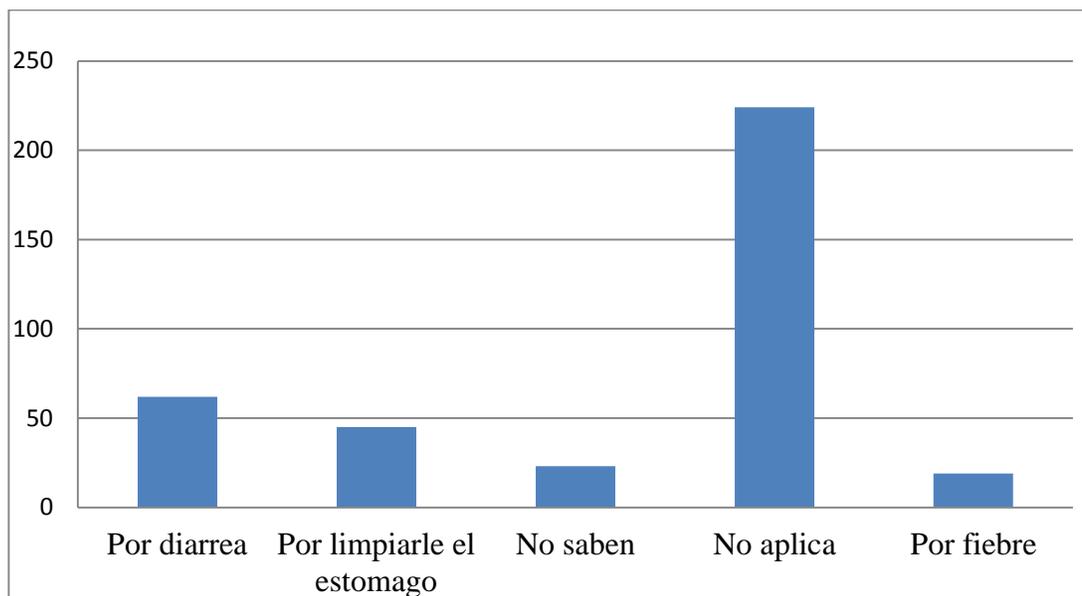
Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: El 16.62% dio tomas por diarrea, seguido del 12.06% para limpiarle el estómago, y en último lugar el 5.09% por fiebre.

INTERPRETACIÓN: Se puede observar que la razón más frecuente por la que la madre le da tomas al niño es para tratar la diarrea, la segunda razón es para limpiarle el estómago esto se les da los primeros días de vida ya que las madres tienen la creencia que el niño nace con el estómago sucio desconociendo que al proporcionárselas pueden producir complicaciones como: diarrea, desequilibrio hidroelectrolítico, intolerancia a la vía oral ó la

muerte. Un dato interesante son aquellas madres que influenciadas por su familia les dan tomas a los niños sin saber específicamente por qué.

GRÁFICO N° 27. Por qué razón dio toma al niño.



Fuente: Tabla N° 30.

TABLA N° 31. Al nacer le dio chupón al niño.

Dio chupón	Frecuencia	Porcentaje
Sí	124	33.24%
No	249	66.76%
Total	373	100

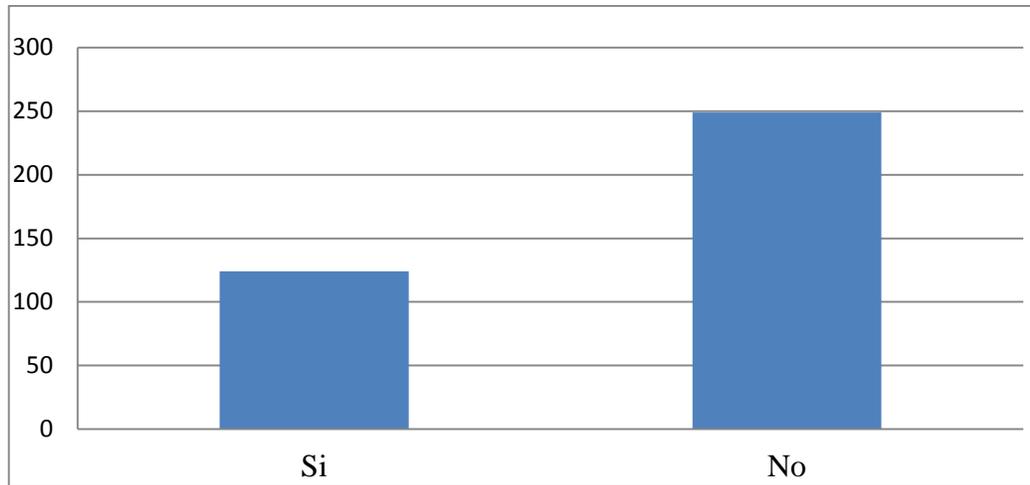
Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: En la tabla anterior se observa que el 66.76% de las madres no le han dado chupón al niño, mientras que el 33.24% sí se lo han dado.

INTERPRETACIÓN: Un significativo número de madres administró el chupón a sus hijos principalmente en los primeros 7 días de vida con la idea que esta costumbre ayuda a la limpieza digestiva, los componentes del chupón son: miel y esencia negra. Esto puede ocurrir cuando la madre desconoce los beneficios del calostro que sirve para la evacuación del meconio en el recién nacido y para colonizar el intestino con lactobacilos bífidos y ayudar a disminuir los episodios de diarrea. Cabe mencionar que la miel está contraindicada en los menores de 1 año de edad sirviendo como medio de cultivo para la

reproducción de microorganismos que pueden causar sepsis, botulismo y muerte, asimismo la esencia negra puede producir íleo paralítico por ser antiespasmódico provocando con ello cólicos, impactación fecal y obstrucción intestinal.

GRÁFICO N°. 28. Al nacer le dio chupón al niño.



Fuente: Tabla N°. 31

TABLA N°. 32. Cuando el niño se enferma en su familia acostumbran a:

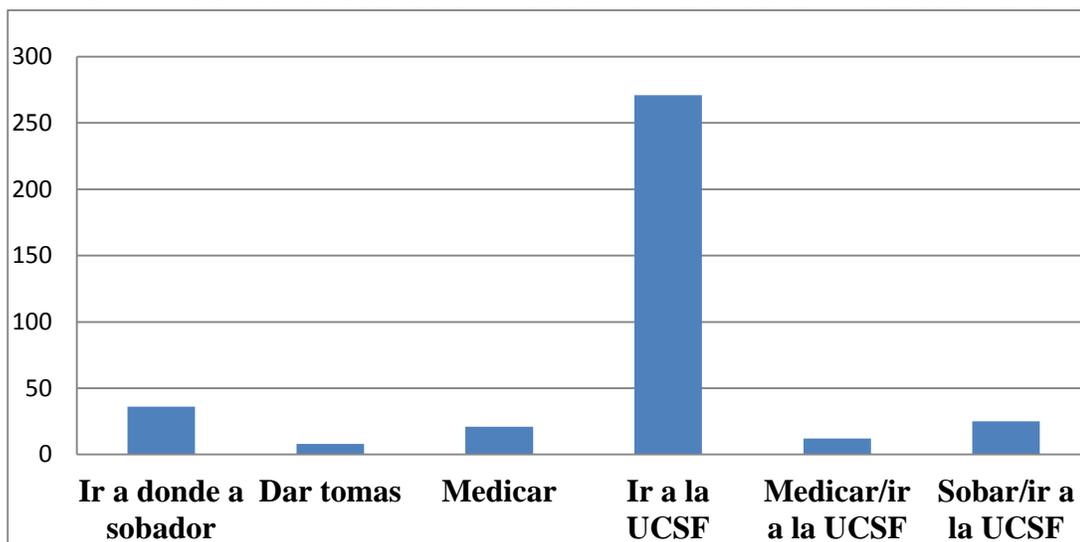
Costumbre familiar	Frecuencia	Porcentaje
Ir a donde a sobador	36	9.65%
Dar tomas	8	2.14%
Medicarlo	21	5.63%
Ir a la UCSF	271	72.65%
Medicar/ir a la UCSF	12	3.21%
Sobar/ir a la UCSF	25	6.70%
Total	373	100%

Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: La tabla muestra que el 72.65% de las madres llevan a sus hijos a la UCSF, el 9.65% van al sobador, el 6.70% llevan a la UCSF y también al sobador, el 5.63% les medican.

INTERPRETACIÓN: Se evidencia que la mayoría de las madres al enfermarse su hijo consultan en primera opción al establecimiento de salud. En su desesperación por la recuperación rápida de sus hijos recurren a los practicantes de medicina tradicional a pesar de estar en tratamiento médico, sin esperar muchas veces el tiempo necesario para la efectividad de los medicamentos recomendados.

GRÁFICO N° 29. Cuando el niño se enferma en su familia acostumbran a:



Fuente: Tabla N° 32.

TABLA N° 33. Qué pasó con el niño luego que le realizaron la etnopráctica:

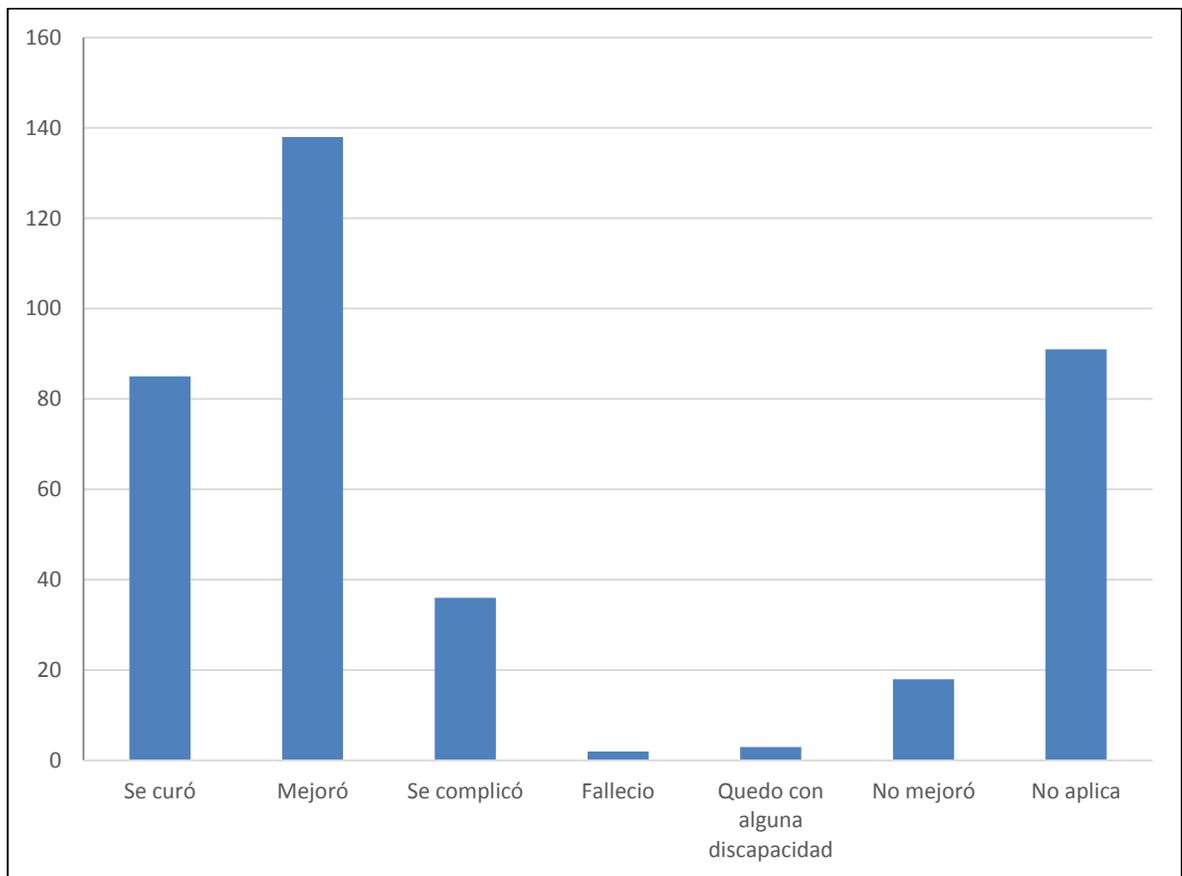
Evolución	Frecuencia	Porcentaje
Se curó	85	22.78%
Mejóro	138	36.99%
Se complicó	36	9.65%
Falleció	2	0.53%
Quedo con alguna discapacidad	3	0.80%
No mejoró	18	4.82%
No aplica	91	24.39%
Total	373	100%

Fuente: Cédula de Entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: La tabla muestra que el 36.99% mejoró, el 22.78% se curó, el 9.65% se complicó, y el 0.53% fallecieron.

INTERPRETACIÓN: Las madres manifestaron que posterior a llevar el niño al sobador mejoraron, lo más probable fue debido a la limitación del proceso salud enfermedad. Una buena parte que se curó, llama la atención que un buen número presentó alguna complicación ó discapacidad y 2 niños fallecieron producto de la realización de una etnopráctica. No aplica es para aquellos niños que no fueron llevados al sobador.

GRÁFICA N° 30. Qué pasó con el niño luego que le realizaron la etnopráctica



Fuente: Tabla N° 33

5.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

El estudio realizado es cualitativo por lo que para la comprobación de hipótesis se cruzaron variables, debido a la naturaleza del estudio al hacer la comprobación por métodos estadísticos (Chi² y Probabilidad) causan sesgo en los resultados.

5.3.1 HIPÓTESIS RELACIONADA CON LA INFLUENCIA DEL FACTOR SOCIAL EN LA REALIZACIÓN DE ETNOPRACTICAS

TABLA N° 34. Edad de madre de niños menores de 5 años de edad en relación con el nivel académico.

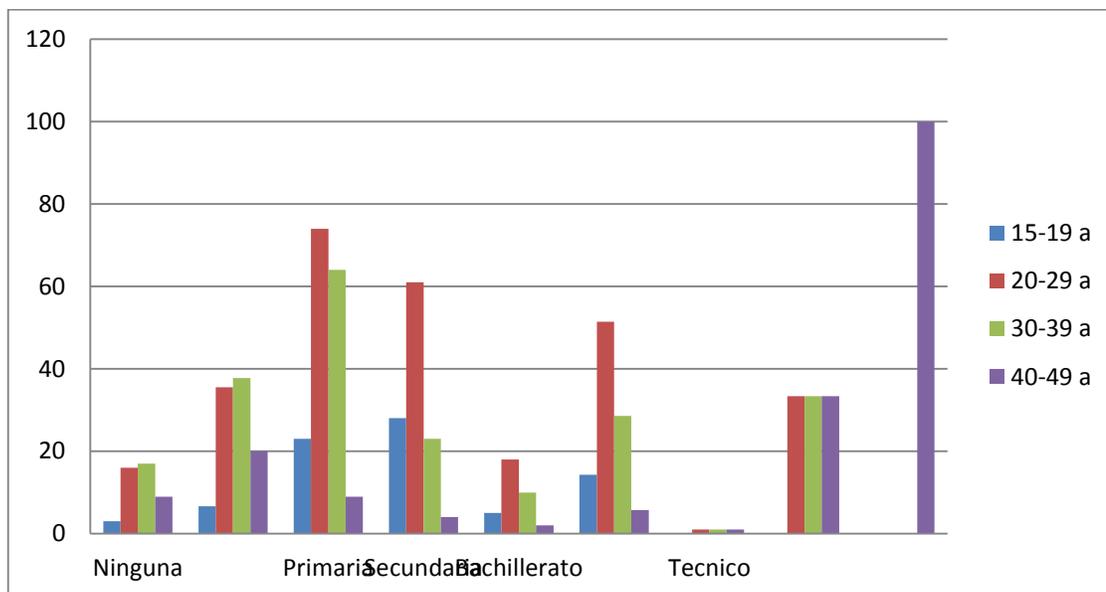
Grupo de edad	Nivel de escolaridad											
	Ninguna		Primaria		Secundaria		Bachillerato		Técnico		Superior	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
15-19 a	3	6.66%	23	13.52%	28	24.13%	5	14.29%	0	0%	0	0%
20-29 a	16	35.55%	74	43.52%	61	52.58%	18	51.43%	1	33.33%	0	0%
30-39 a	17	37.77%	64	37.64%	23	19.82%	10	28.57%	1	33.33%	4	100%
40-49 a	9	20%	9	5.29%	4	3.44%	2	5.71%	1	33.33%	0	0%
TOTAL	45	100%	170	100%	116	100%	35	100%	3	100%	4	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a población en estudio.

INTERPRETACIÓN: En la tabla anterior se evalúa el factor social evidenciando que el bajo nivel académico de las madres de niños menores de 5 años de las áreas en estudio. El mayor porcentaje corresponde a primaria existiendo una estrecha relación entre las edades de 20-39 años de edad, seguido de secundaria predominantemente en el rango de edad de 15-29 años de edad, así mismo existen un número significativo de madres sin ningún nivel académico. El bajo conocimiento o nivel de escolaridad hace que sean influenciadas por familiares, vecinos o conocidos a realización de prácticas no adecuadas que ponen el riesgo el bienestar del niño, debido a la ansiedad y deseo de curar a su hijo.

Por otro lado se observa que el mayor porcentaje 51.43% de madres de 20-29 años han cursado bachillerato, en menor medida de madres han finalizado un nivel técnico y solo 4 madres entre 40-49 años han obtenido un nivel superior, de las cuales al pasar la cédula de entrevista más de una llevo a su hijo a realizarle por lo menos una etnopráctica, a pesar de tener un nivel académico alto y contar con mejores condiciones, siempre los mitos, costumbres arraigadas y la familia ejerce influencia en mayor medida.

GRÁFICO N° 31. Edad de madre de niños menores de 5 años de edad en relación con el nivel académico.



Fuente: Tabla N° 34

TABLA N° 35. Edad de la madre niños menores de 5 años de edad en relación con grupo religioso.

Grupo de edad	Grupo Religioso					
	Ninguna		Católico		Protestante	
	F	%	F	%	F	%
15-19 a	8	25.80%	28	14.8%	23	15.33%
20-29 a	11	35.48%	84	43.75%	75	50%
30-39 a	9	29.03%	70	36.45%	40	26.66%
40-49 a	3	9.67%	10	5.20%	12	8%
TOTAL	31	100%	192	100%	150	100%

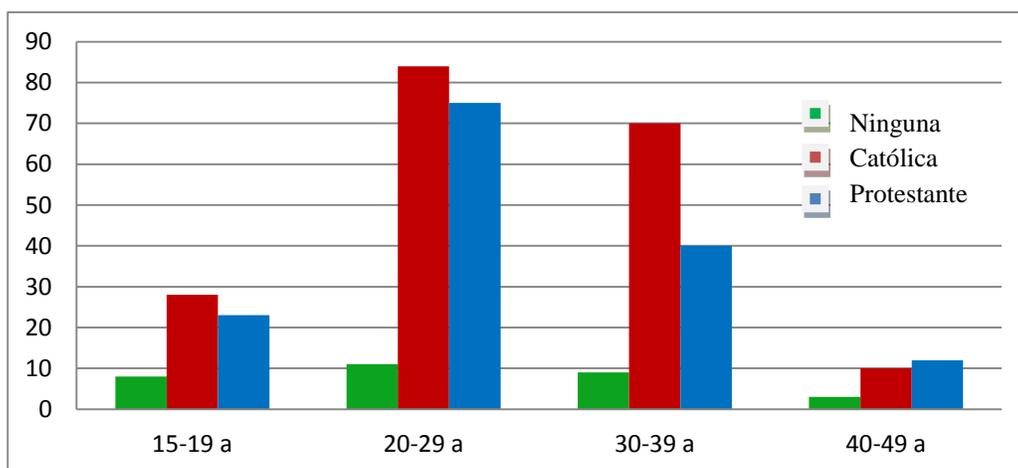
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a población en estudio.

INTERPRETACIÓN: En la tabla anterior se observa que el grupo religioso predominante es el católico, un porcentaje de 43.75% corresponde al rango de edad de 20-29 años seguido de las madres de 30-39 años, como vimos en las tablas anteriores estos dos grupos de edad son los que mayormente acuden a los practicantes de medicina tradicional. Otro

buen número de madres son protestantes en mayor cantidad en las madres entre 30-39 años de edad con un 26.66%.

Un menor número de madres no pertenecen a ningún grupo religiosos. En algunas culturas existe la santería que se relaciona al catolicismo, lo que influye en la realización de ritos o prácticas no médicas.

GRÁFICO N° 32. Edad de la madre niños menores de 5 años de edad en relación con grupo religioso.



Fuente: tabla N° 35

5.3.2 HIPOTESIS RELACIONADA CON LA INFLUENCIA DEL FACTOR ECONÓMICO EN LA REALIZACIÓN DE ETNOPRÁCTICAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

TABLA N° 36. Edad de la madre de niños menores de 5 años de edad en relación a la ocupación.

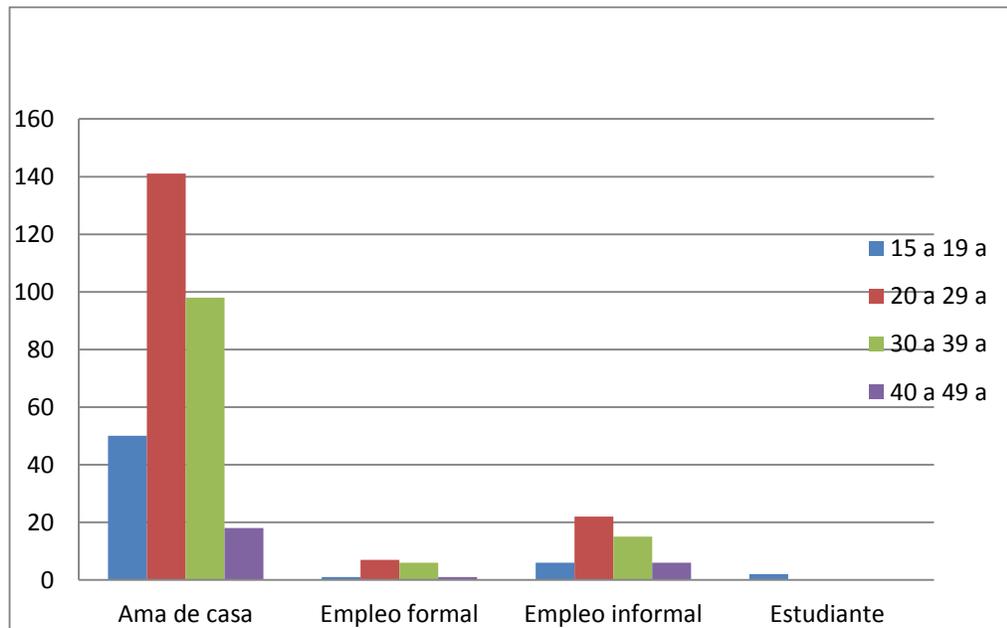
Grupo de edad	Ocupación							
	Ama de casa		Empleo formal		Empleo informal		Estudiante	
	F	%	F	%	F	%	F	%
15 a 19 a	50	16.28%	1	6.66%	6	12.24%	2	100%
20 a 29 a	141	45.92%	7	46.66%	22	44.89%	0	0
30 a 39 a	98	31.92%	6	40%	15	30.61%	0	0
40 a 49 a	18	5.86%	1	6.66%	6	12.24%	0	0
TOTAL	307	100%	15	100%	49	100%	2	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a población en estudio.

INTERPRETACIÓN: En la tabla anterior se observa que la gran mayoría de madres son amas de casa predominando el rango de edad de 20-39 años de edad, un número de 49 madres poseen un empleo informal los que se incluyen vendedoras y oficios domésticos remunerados, con un porcentaje de 44.89% entre las madres de 20-29 años y un 30.61% de 30-39%; una pequeña cantidad de 15 madres tiene un empleo formal con un 46.6% en las de edades de 20-29 años de edad en contraparte de un 6.66% en las madres de 15-19 años de edad ya sea por su bajo nivel académico o por corta edad no pueden obtener un mejor empleo.

Por otra parte se tiene que solo 2 madres del total que participaron en la investigación continúan sus estudios, correspondiendo al rango de 15-19 años de edad, ya que muchas por ser madres adolescentes y en algunos casos solteras, con bajos recursos económicos, se ven obligadas a abandonar sus estudios y buscar empleo. Delegando el cuidado de sus hijos a abuelas, bisabuelas o suegras, quienes tienen costumbres o creencias muy arraigadas e inducen a la realización de prácticas no medicas al ver niño con enfermedad.

GRÁFICO N° 33. Edad de la madre de niños menores de 5 años de edad en relación a la ocupación.



Fuente tabla N° 36

TABLA N° 37. Edad de madre de niños menores de 5 años de edad en relación a los ingresos económicos mensuales

Grupo de edad	Ingreso económico					
	Menor \$ 100		\$ 100 a 200		Mayor de \$200	
	F	%	F	%	F	%
15 a 19 a	24	14.03%	27	19.85%	8	19.85%
20 a 29 a	84	49.12%	59	43.38%	27	43.38%
30 a 39 a	55	32.16%	37	27.20%	26	27.20%
40 a 49 a	8	4.67%	13	9.55%	4	9.55%
TOTAL	171	100%	136	100%	65	100%

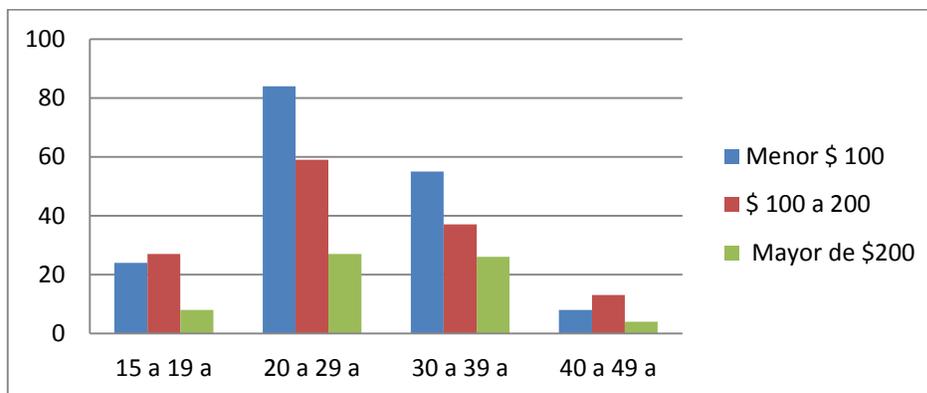
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a población en estudio.

INTERPRETACIÓN: Se evidencia que el mayor número de madres tienen un ingreso económico mensual menor de \$100 con un 49.12% en el rango de 20-29 años seguido por un 32.16% en el rango de 30-39 años de edad y en menor cantidad las madres de 40-49 años de edad, ya que estas madres se dedican a los que hacer de hogar y su compañeros de vida o esposos se dedican a la agricultura o a la pesca, y en muchas ocasiones los establecimientos de salud son de difícil acceso, por lo que llevan al niño al sobador o curandero.

Una cantidad significativa de madres obtienen un ingreso económico mensual entre \$100-200 recayendo en los empleos informales con familias con muchos miembros, lo que hace que los ingresos no sean suficientes para cubrir necesidades básicas como salud, puesto que debido al desabastecimiento de medicamento en los establecimientos de salud las madres en algunas ocasiones se ven obligadas a costear el medicamento de sus hijos, ante estas circunstancias deciden consultar al practicante de medicina tradicional, aunque tiene un costo en algunas veces alto, por sus creencias o fe a esos practicantes esperan una restablecimiento más rápido de sus hijos, que en algunas ocasiones finaliza en complicación o en el peor de los casos la muerte.

Una cantidad de 65 madres del total que participaron en el estudio tienen un ingreso económico mayor de \$200, pues en algunos de los casos tanto ella como el esposo o compañero vida trabajan o reciben remesas familiares y pueden tener un acceso a los establecimientos médicos, a pesar de estas facilidades llevan a sus hijos a realización de etnoprácticas, ya sea por influencia de familiares o las mismas creencias.

GRÁFICA N° 34. Edad de madre de niños menores de 5 años de edad en relación a los ingresos económicos mensuales.



Fuente tabla N° 37

5.3.3 HIPÓTESIS RELACIONADA CON LA INFLUENCIA DEL FACTOR CULTURAL EN LA REALIZACIÓN DE ETNOPRÁCTICAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

TABLA N° 38. Edad de niños menores de 5 años en relación al resultado que obtuvo el niño de la etnopráctica.

Después de que llevo su hijo al curandero o sobador el niño		Edad de niños				TOTAL
		Menor de 1a	1 a 2 a	2 a 3 a	4 a 5 a	
Se curó	F	24	23	19	19	85
	%	28.2%	27.1%	22.4%	22.4%	100%
Mejóro	F	34	40	32	32	138
	%	24.6%	29%	23.2%	23.2%	100%
Se complicó	F	7	12	10	7	36
	%	19.4%	33.3%	27.8%	19.4%	100%
Falleció	F	2	0	0	0	2
	%	100%	0%	0%	0%	100%
Quedó con alguna discapacidad	F	1	0	1	1	3
	%	33.3%	0%	33.3%	33.3%	100%
No mejoró	F	9	3	3	3	18
	%	50%	16.7%	16.7%	16.7%	100%
No aplica	F	39	18	20	13	90
	%	43.3%	20%	22.2%	14.4%	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a población en estudio.

INTERPRETACIÓN:

Se observa que el mayor número de niños menores de 5 años de edad mejoró posterior a la realización de alguna etnopráctica con una cantidad de 138 niños con un porcentaje de 55.3% en niños de 0 a menor de 2 años de edad, seguido de 85 niños que se curaron con porcentaje de 53.9% en los niños de 0 a menor de 2 años de edad, debido a que la causa más frecuente de llevar al niño a sobador o curandero es por cuadros febriles o diarreicos agudos, los cuales en niños dentro del rango de edad en estudio suelen ser procesos virales autolimitados y que resuelven en un periodo de tiempo menor de 5 días, por lo solo es necesario medidas de hidratación y antipiréticos, es así como las madres observan una notable mejoría que no se asocia a la etnopráctica sino al cuadro evolutivo de la enfermedad.

Por otra parte 36 niños del estudio tuvieron alguna complicación posterior a la realización de alguna etnopráctica como diarreas de alto gasto debido a tomas, convulsiones febriles, ingresos hospitalarios por deshidratación grave con un porcentaje de 57.7% en niños de 0 a menor de 2 años de edad ya que por su menor superficie corporal y vulnerabilidad tienden a agravarse con mayor rapidez los cuadros diarreicos o febriles.

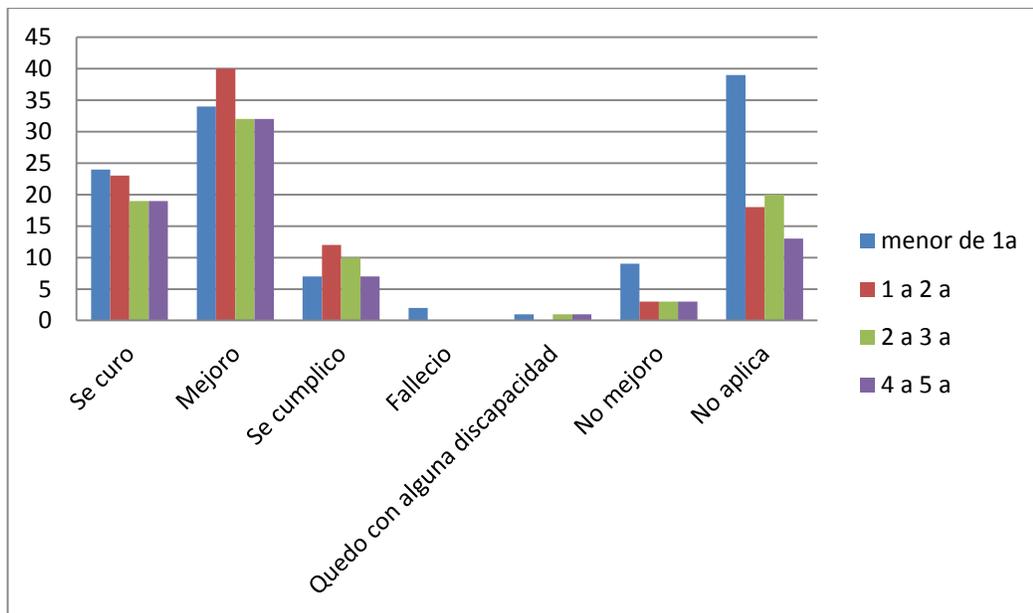
Seguido por 18 niños que no mejoraron, y consultaron a médico posterior a la etnopráctica, con un porcentaje de 66.7% en los niños de 0 a menores de 2 años y un 16.7% para los niños de 2 a 3 años y 4 a 5 años.

Una cantidad poco significativa pero importante tuvo una discapacidad debido a la etnopráctica (colgar al niño cabeza abajo y golpear las plantas de los pies) tales como estrabismo, retardo mental o del desarrollo que afectan su desarrollo normal; si las etnoprácticas fueran seguras no acarrearían a este tipo de secuelas.

Más alarmante es observar que 2 niños de las madres participantes al estudio fallecieron a consecuencia de una complicación por una etnopráctica, ambos menores de 2 meses de edad posterior a sobo, colgarlos cabeza abajo y golpearlo en la planta de los pies y succionarle la mollera, causando agravamiento de cuadro diarreico deshidratación severa y hemorragia intracraneana; si las etnoprácticas antes mencionadas como otras conllevaran a cura o mejoría no agravarían los cuadros clínicos ni mucho menos causarían la muerte de los menores.

Por otro lado 90 de las madres en estudio se engloban en no aplica que son todas aquellas madres que no llevan a su hijo a realizarle etnopráctica.

GRÁFICA N° 35. Edad de niños menores de 5 años en relación al resultado que obtuvo el niño de la etnopráctica



FUENTE: TABLA N°38

TABLA N° 39. Edad de madre de niños menores de 5 años de edad en relación con la razón por la que consultó al sobador o curandero.

Razón de llevar a etnopráctica		Edad de madre				Total
		15 a 19 a	20 a 29 a	30 a 39 a	40 a 49 a	
Le tiene confianza	F	29	67	61	16	173
	%	16.76%	38.72%	35.26%	9.24%	100%
Le sale más barato	F	1	11	3	3	18
	%	5.55%	61.11%	16.66%	16.66%	100%
No estaba el médico en UCSF	F	1	4	2	0	7
	%	14.28%	57.14%	28.57%	0%	100%
La obligaron	F	5	15	10	0	30
	%	16.66%	50%	33.33%	0%	100%
La llevo al médico y no mejoró	F	3	15	9	4	31
	%	9.67%	48.38%	29.03%	12.90%	100%
Otros	F	5	8	6	0	19
	%	26.3%	42.10%	31.57%	0%	100%
No aplica	F	15	50	28	2	95
	%	15.78%	52.63%	29.47%	2.10%	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a población en estudio.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla anterior se observa que 173 de las madres participantes en el estudio lleva a su hijo al sobador o curandero porque le tiene confianza o fe que curará al niño, con mayor porcentaje las madres de 20-29 años de edad con 38.72% seguido de un 35.26% de madres de 30-39 años con menor porcentaje los otros rangos de edad; muchas veces el sobador o curandero establece empatía que en algunas ocasiones por la gran carga de trabajo o exceso de pacientes que tiene que ver el médico en el establecimiento de salud es difícil establecer este lazo afectivo.

31 Madres lo llevaron al sobador ya que consultaron a médico y no mejoró con un porcentaje de 48.3% en el rango de 20-29 años y con uno menor de 9.67% en las madres de 15-19 años; quienes a veces por su ansiedad por querer ver una mejoría inmediata al iniciar el tratamiento médico no esperan el tiempo prudencial para que el medicamento inicie su efecto máximo y acuden al sobador o curandero; así mismo expresaron durante la entrevista que el médico no tiene sus creencias.

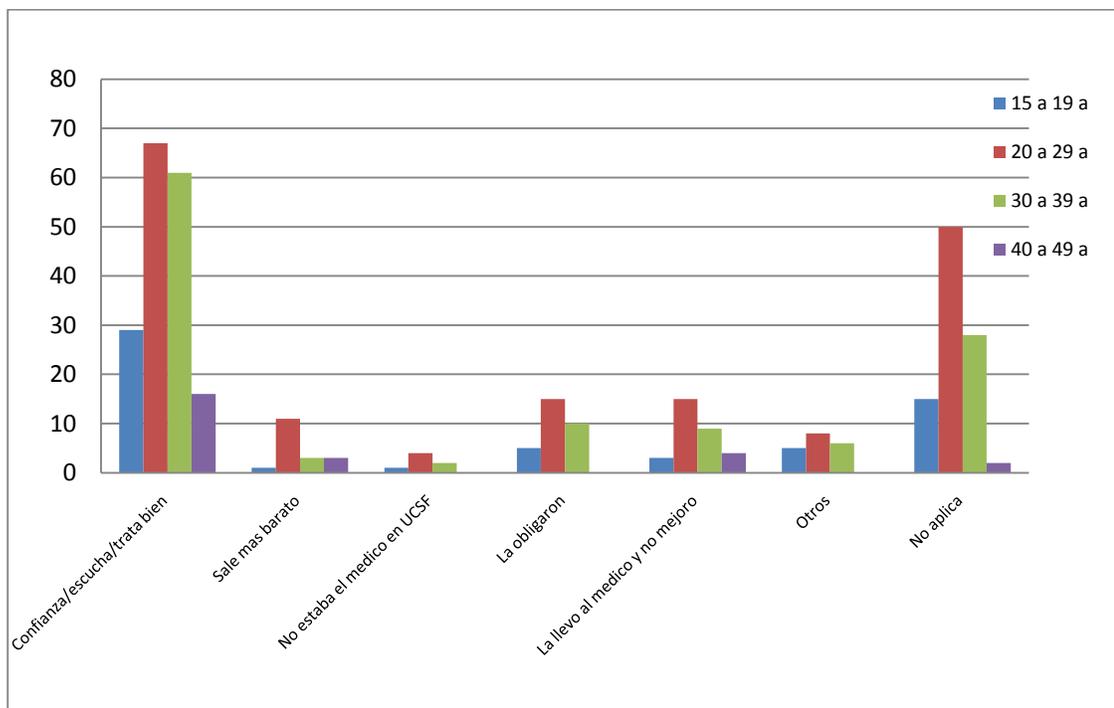
Por otra parte 30 madres expresaron que las obligaron con mayor porcentaje las madres de 20-29 años con 50%, seguida por un 33.33% de madres de 30-39 años y un 16.66% de madres de 15-19 años, se puede tomar en cuenta la influencia familiar ya que fueron obligadas por madres, suegras o padres del niño, siendo estas madres jóvenes y con poco apoyo económico.

Una cantidad significativa de 19 años de edad lo llevaron por otras causas, de las cuales manifestaron por estar más cerca el sobador, no tener quién cuide de sus otros hijos, tener algún familiar que realiza etnoprácticas o que el médico no comparte sus creencias.

18 De las madres en estudio lo llevaron porque le sale más barato, con un porcentaje mayor de 61.1% en las madres de 20-29 años versus un 5.55% de las madres de 15-19 años, ya que viven en zonas de difícil acceso y el asistir a un establecimiento de salud implica un costo adicional de transporte, alimentación y en algunas ocasiones hasta gasto en medicamentos. Aunque los costos de estas etnoprácticas son altos ellas no lo perciben así por la fe o confianza que le tienen a estas prácticas.

Por otra parte 7 de las madres manifestaron haber asistido a los practicantes de medicina tradicional por no estar el médico en UCSF, ya que en algunas zonas no se cuenta con FOSALUD como UCSF Isla Zacatillo que por el difícil acceso a servicios de salud durante horas no hábiles consultan a estos practicantes.

GRAFICO N° 36. Edad de madre de niños menores de 5 años de edad en relación con la razón por la que consultó al sobador o curandero.



FUENTE: TABLA N° 39

TABLA N°40. Edad de la madre de niños menores de 5 años en relación con a quién consulta la madre al enfermarse el niño

Cuando se enferma donde acostumbra llevar al niño		Edad de madres				TOTAL
		15 a 19 a	20 a 29 a	30 a 39 a	40 a 49 a	
Sobador	F	4	14	12	6	36
	%	11.11%	38.88%	33.33%	16.66%	100%
Dar tomas	F	1	4	2	1	8
	%	12.5%	50%	25%	12.5%	100%
Medicar	F	1	11	9	0	21
	%	4.76%	52.38%	42.85%	0%	100%
Ir a UCSF	F	48	124	85	14	271
	%	17.71%	45.75%	31.36%	5.16%	100%
Sobar/UCSF	F	5	17	11	4	37
	%	13.51%	45.94%	29.72%	10.81%	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a población en estudio.

INTERPRETACIÓN: En la tabla anterior se evidencia que la mayor cantidad de madres 271 asisten correspondiente al 73% a UCSF cuando su niño se enferma, a pesar de que 279 madres lo ha llevado alguna vez a realizarle por lo menos una etnopráctica, a pesar de consultan en primer lugar a la UCSF no dejan de asistir donde los practicantes de medicina tradicional.

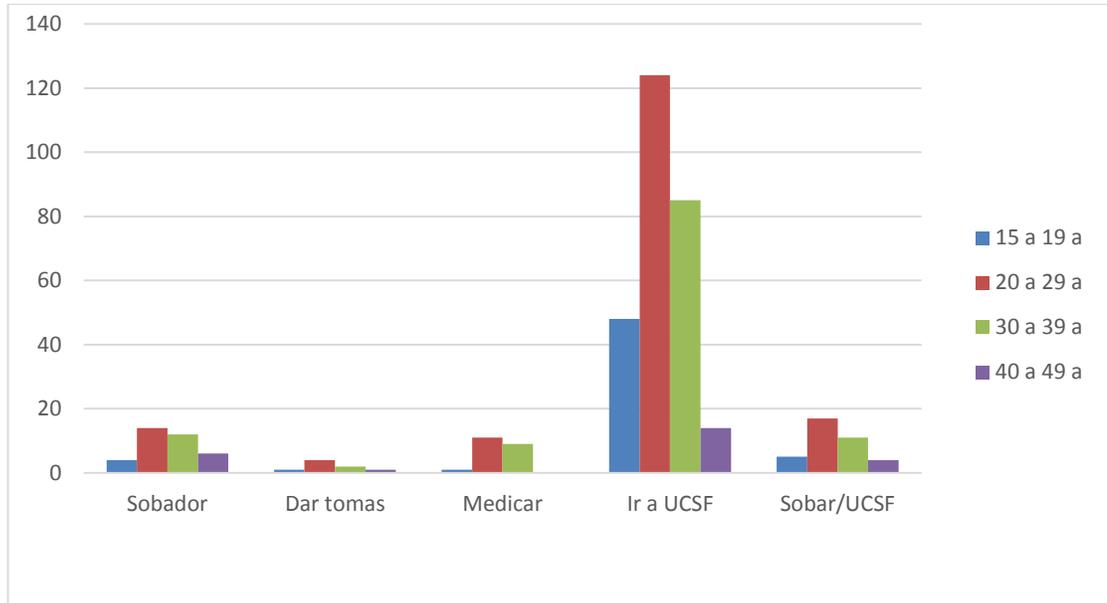
Otra cantidad significativa asiste tanto a UCSF como al sobador, con un porcentaje de 45.96% en las madres de 20-29 años y un porcentaje de 10.81% de las madres de 40-49 años de edad. Por sus creencias o costumbres inculcadas siempre asisten a este tipo de prácticas.

Una cantidad de 36 madres pequeña pero significativa asiste a sobador preferentemente a pesar en algunas ocasiones de tener accesibilidad a los servicios de salud, pero las creencias y costumbres que se tienen son más fuertes y la influencia familiar ejerce un papel muy importante, teniendo el grupo de edad de 20-29 años de edad con un porcentaje más alto, de 38.88%, seguido por un porcentaje de 33.33% de 30-39 años y un 16.66% de madres de 40-49 años, y por último un 11.11% las madres de 15-19 años. Se observa un porcentaje significativo en las madres de edad avanzada ya que estas muchas veces tienen la idea que por haber realizado lo mismo con sus otros hijos y haber obtenido resultados favorables, es el método más correcto.

Un grupo considerable de 21 madres medican a sus hijos sin prescripción médica, con un porcentaje de 52.3% en madres de 20-29 años, un 42.8% de 30-39 años y un 4.76% de madres de 15-19 años de edad, sin tener conocimiento de los efectos adversos que se puede tener por uso inadecuado o en dosis excesivas de fármacos en los niños.

8 De las madres que participaron en el estudio dan tomas con un 50% de madres de 20-29 años, 25% de madres de 30-39 años, un 12.5% para las madres de 15-19 años y 12.5% de 40-49 años de edad, las cuales suelen ser de bismuto, comino y miel, yodoclorina, orégano y otras hierbas, causando agravamiento de sintomatología, diarreas, deshidratación, hemolisis u otras complicaciones.

GRÁFICA N°37. Edad de la madre de niños menores de 5 años en relación con a quién consulta la madre al enfermarse el niño



Fuente Tabla N° 40

6. DISCUSIÓN

El trabajo de investigación trata sobre los 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, La Unión para la cual se realizó una cedula de entrevista a las madres de los niños anteriormente mencionados.

Durante el estudio se evidenció que los factores socioculturales son los que predominantemente influyen en que las madres de familia consulten a practicantes de medicina tradicional. Pudiendo observar que el 43.69% de madres que consultan al sobador o curandero lo hacen porque le tienen confianza, el 72.65% de las madres manifiestan consultar a la UCSF cuando sus hijos enferman y solo 9.65% tiene como primera opción ir al sobador antes que a la UCSF, además se pudo determinar que el 36.99% de los niños que se llevaron al sobador mejoraron, el 22.78% se curó, no obstante un 9.65% se complicó, un 0.80% quedó con alguna discapacidad y el 0.53% falleció, también se observó una importante influencia de las abuelas maternas de los niños en un 17.7% y la suegra de la madre en un 14.74% para la asistencia a los practicantes de la medicina tradicional.

En un estudio realizado en El Salvador durante el período del año 2006-2011 de “Secuelas neurológicas en niños tratados por sobadores manejados en las áreas de neurocirugía y cuidados intensivos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom con diagnóstico de Hemorragia Intracranéa” se incluyeron niños con edades de 0-12 meses. En la población participaron 150 pacientes, y se concluyó que un lactante menor que presenta gastroenteritis aguda y es tratado por un sobador presenta mayor probabilidad de desarrollar daño neurológico o la muerte que si no es tratado por el sobador.

De un total de 150 de casos observados, se encontraron 17 casos con diagnóstico o sospecha del uso de etnoprácticas, que representa el 12.6% de los pacientes que consultaron por hemorragia intracranéa, siendo la edad de mayor frecuencia, menores de un mes. De los casos observados, el 41% proviene de la zona oriental de nuestro país, predominando la procedencia del área rural, que representa el 76% de las observaciones. El 23.5% de los casos observados, provienen del Departamento de San Miguel. Los tipos de patología que presentan mayor frecuencia, son las Gastroenteritis aguda sin deshidratación con el 70.6% y los trastornos de la coagulación, con el 29.4%. Las Etnoprácticas de mayor incidencia son la succión de fontanela con el 47.0% y tomas de brebajes con el 35.3%. El daño neurológico con más frecuencia es la hemorragia intracranéa con el 100%, a predominio de la hemorragia intraparenquimatosa con el 52.9%. La secuela con mayor frecuencia y de mayor impacto es la muerte con el 41.2% y los trastornos motores con el 23.6%.

Aunque dicho estudio no es comparable con el nuestro ya que las poblaciones son diferentes podemos observar que la tendencia se mantiene y que a pesar de que han transcurrido 7 años desde el inicio de la realización de ese estudio no ha cambiado prácticamente nada, ya que son los pacientes menores de un mes los más afectados, y son los que con mayor facilidad presentan complicaciones, además el motivo por el cual consultan a los sobadores es por la gastroenteritis aguda, las técnicas más utilizadas son la “El sobo”, “succión de la fontanela”, “el paladeo” entre otras, la administración de tomas

también es parte de algunas de éstas prácticas que se mantiene en vigencia. Como se observó en nuestro estudio el 75% de la población ha consultado donde un sobador por lo menos una vez, poniendo en manifiesto que la zona del país donde se realizan más etnoprácticas es la zona Oriental.

Según la Revista Oficial de la Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú de Enero-Junio 2012

En la UPAO se realizaron la mayoría de las conferencias y mesas redondas sobre la temática programada, que comprendió cosmovisión andina y amazónica de curanderos y curanderas sobre la medicina tradicional, curanderismo en el antiguo Perú, sabiduría ancestral en medicina natural, prácticas curanderiles como símbolo de identidad cultural, plantas, entre otros. Algunos de estos textos son de autoría de académicos; otros, de curanderos; y otros de coautoría entre el curandero y el académico.

El programa ha contribuyó de manera favorable en el desarrollo social de los niños beneficiarios. Se ha podido identificar impactos positivos, sobre todo, en el componente de salud y nutrición, con menor incidencia en el componente de patrones de crianza.

No existe compromiso de los padres como actores claves en el desarrollo. Transfieren su rol a las madres cuidadoras, limitando el desarrollo de las capacidades y potencial cognitivo y social del niño.

En comparación con nuestro estudio a pesar que las áreas geográficas son diferentes se relaciona en que se identificó que la mayoría de la población de madres entrevistada trabaja de oficios domésticos y el padre es el que principalmente aporta para los gastos del hogar, tal situación predispone que las madres sean más influenciadas por los patrones culturales de sus familiares o conocidos.

Además a pesar del acuerdo realizado los encuentros regionales CHACMA, realizados en 1994 y 1995, son, en Trujillo, por propiciar el estudio y discusión del curanderismo, visto tanto desde la perspectiva académica, universitaria, como desde la perspectiva práctica, activa y vivencial, de los maestros curanderos y su arte de curar. Y reunir, con este fin, curanderos y académicos en un esfuerzo de trabajo interdisciplinario, estas prácticas que han surgido de generación en generación siguen en auge y es difícil erradicar y evitar la consulta con sobadores y curanderos.

En la estrategia de la OMS de medicina tradicional 2002- 2005 Un estudio realizado por el Programa Nacional de Medicina Complementaria peruano comparó las prácticas de la MT y las prácticas de la medicina alopática, como se utiliza en clínicas y hospitales que operan dentro del sistema peruano de seguridad social (Es Salud).

La eficacia relativa de la MT se valoró en términos de:

- ❖ Eficacia clínica observada
- ❖ Satisfacción del usuario/paciente
- ❖ Reducción del riesgo médico futuro asociado con un cambio en el estilo de vida. Se compararon los tratamientos para patologías seleccionadas, con el mismo grado de severidad registrado en la historia y/o ficha clínica. Se hizo un seguimiento a un total de 339 pacientes — 170 tratados con MT y 169 con medicina alopática — durante un año. Se analizaron los tratamientos para las siguientes patologías: osteoartritis leve-moderada; dorsalgia, neurosis de ansiedad; asma leve e intermitente; enfermedad de ácido péptico;

cefalea tensional; obesidad exógena; y parálisis facial periférica. Las conclusiones (con un intervalo de confianza del 95%) pueden resumirse como se indica a continuación: La media global del coste directo utilizando la MT fue inferior a la incurrida utilizando la terapia convencional. (Se calculó y comparó para valorar el coste directo de ambos sistemas, costes actualmente incurridos durante el tratamiento de cada una de las patologías seleccionadas). Para cada uno de los criterios evaluados — eficacia clínica, satisfacción del usuario y reducción de riesgos futuros — la eficacia de la MT fue superior a la de los tratamientos convencionales, incluyendo:

- ❖ Menores efectos secundarios
- ❖ Mayor correlación entre percepción del paciente de la eficacia y observación clínica de la eficacia
- ❖ Mayor reconocimiento entre los pacientes del papel desempeñado por los sistemas médicos a la hora de resolver problemas sanitarios.

El costo-efectividad general de la MT fue entre un 53 y un 63% superior a la de los tratamientos convencionales para las patologías seleccionadas.

7. CONCLUSIONES

En base a lo anterior el grupo de investigación concluye

1. Se comprobó que la etnopráctica más utilizada en los niños menores de 5 años en las áreas de estudio es el sobo con un 60.28%.
2. En cuanto en factor cultural se concluyó que las costumbres y creencias familiares ejercen mayor influencia en las madres para someter a sus hijos a etnoprácticas.
3. Se verificó que la principal creencia por la que las madres de niños menores de 5 años consultaron al sobador fue el ojo con un 30.79%.
4. Con un 67.26% la madre es la principal persona que lleva al sobador a sus hijos para la realización de etnoprácticas.
5. Las abuelas de los niños son las que principalmente influyen para la realización de etnoprácticas.
6. La confianza que le produce un practicante de la medicina tradicional por medio de la fe influye de manera importante para que las personas prefieran consultar con ellos y no al médico de la unidad de salud.
7. El factor económico no influye de manera importante para la realización de etnoprácticas; tomando en cuenta que la mayor parte de la población es de escasos recursos económicos. Además de que un número significativo de madres tienen ingresos económicos aceptables han acudido alguna vez a realizarle etnoprácticas a su hijo.
8. El hecho que las madres tengan un bajo nivel educativo y que se dediquen a oficios domésticos aumentan la incidencia de etnoprácticas.
9. Los niños menores de un año son los que más son llevados a etnoprácticas y los que más frecuentemente sufren complicaciones.
10. Se observa que las madres pertenecientes a la religión católica son las que más frecuentemente consultan a sobadores; tomando en cuenta que la mayor parte de la población pertenece a este grupo religioso.
11. En cuanto a los grupos de edad de las madres se evidencio que el grupo comprendido entre 20 y 29 años son mayormente influenciadas por sus madres o suegras al punto de obligarlas a consultar al practicante de medicina tradicional.
12. En relación al sexo del niño se identificó que este no es un factor determinante para la realización de etnoprácticas.
13. Se comprobó que a pesar que un 73% de las madres de los niños menores de de 5 años refieren que consultan a la UCSF cuando el niño enferma también llama la atención que el 75% de la población a consultado por lo menos una vez al sobador o curandero.

8. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud:

- Implementar brigadas médicas en zonas de difícil acceso, ya que ésta es una causa importante por la que las madres acuden a practicantes de medicina tradicional dando prioridad a los grupos de edad más vulnerables.
- Concientizar a los diferentes practicantes de la medicina tradicional sobre las complicaciones y muertes causadas en los niños por las etnoprácticas, ó considerar la suspensión de los mismos.
- Crear redes de apoyo en madres solteras ó del grupo comprendido entre 15-19 años con el fin de disminuir la consulta a sobadores por influencia de terceros.
- Dar a conocer a la población por medio de los medios de comunicación comunitarios la consulta oportuna a los diferentes establecimientos de salud y no a practicantes de medicina tradicional.
- Ampliar la Red de FOSALUD, evitando así la consulta a sobadores y curanderos.

Al Personal de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar:

- Incentivar a las madres de los niños menores de 5 años a consultar oportunamente en los centro de salud por morbilidad ó control infantil dándoles a conocer los signos y síntomas de peligro.
- Impartir charlas educativas en los centros asistenciales involucrando al grupo familiar sobre las complicaciones que pueden ocasionar las diferentes etnoprácticas en los niños.
- Dar a conocer a la población que el 80% de las diarreas en los niños menores de 5 años son de origen viral y resuelven espontáneamente, además de reconocer los signos de deshidratación.
- A los directores de las UCSF realizar asambleas comunitarias en forma participativa para mitigar las creencias, mitos y tradiciones en las poblaciones más vulnerables.
- Promover la empatía del personal de salud hacia la población para mejorar las relaciones interpersonales.

A la población:

- Acatar las recomendaciones dadas por el médico en cuanto al cumplimiento del tratamiento en las diferentes patologías y la espera del tiempo oportuno para obtener el efecto deseado y no consultar a sobadores.
- Reconocer los signos y síntomas de peligro en los niños en patologías como gastroenteritis y procesos febriles y consultar oportunamente.

A futuros médicos:

- Fortalecer la empatía y el respeto a las creencias de los pacientes para ganar su confianza disminuyendo la asistencia a sobadores
- Incluir en los programas de educación temas relacionados con la medicina tradicional y etnoprácticas con el fin de dar a conocer a los futuros médicos las costumbres y creencias de la población.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Visión Mundial y MINSAL lanzan campaña “Salud Infantil” (en línea) Escrito por Mario Beltrán hace 115 días. (Fecha de acceso 22 de junio 2013). URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/es/index.html>
2. Ídem
3. Ídem
4. Ídem
5. Estrategia de la OMS sobre medicina Tradicional 2002–2005 (fecha de acceso 16 de junio 2013) URL disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf.
6. Revista oficial de la Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO), Volumen 23, N°1, Enero – Junio de 2012 (en línea), Trujillo, Perú. (Fecha de acceso 15 de junio 2013). URL disponible en: [http://www.upao.edu.pe/publicaciones/PUEBLO_CONTINENTE/UPAO_PUEBLO_CON_TINENTE_23\(1\)_2012.pdf](http://www.upao.edu.pe/publicaciones/PUEBLO_CONTINENTE/UPAO_PUEBLO_CON_TINENTE_23(1)_2012.pdf).
7. Ídem
8. Ídem
9. Proyecto Fortalecimiento del Sistema Público de Salud (base de datos en línea) El salvador MINSAL (fecha de acceso 19 de junio 2013) URL disponible en: MINSAL_SalvaguadaIndigena. 512 (3). pdf-Nitro PDF Reader.
10. Idem
11. Idem
12. Ídem
13. Ley de Protección Integral de La Niñez y adolescencia. (en línea) El salvador 2013; (fecha de acceso 10 junio del 2013) URL disponible en: www.oei.es/pdf2/ley_ninez_el_salvador.pdf.
14. Visión Mundial y MINSAL lanzan campaña “Salud infantil primero”. (en línea) 2012 (fecha de acceso 22 de junio 2013) disponible en: <http://paxnoticias.com/2012/11/nacionales/vision-mundial-y-minsal-lanzan-campana-salud-infantil-primero/> Visión.

15. Rojas, M. Tratado de Medicina Tradicional Mexicana, 3ª Edición Digital, México, Tlahui2009[citado2011Sep12];Availablefrom:http://www.tlahui.com/libros/tmtmx_muestra.pdf
16. Secuelas neurológicas en niños tratados por sobadores manejados en las áreas de neurocirugía y cuidados intensivos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom con diagnóstico de hemorragia intracraneana,(Tesis doctoral) Universidad Dr. José Matías Delgado, 2012.
17. Estrategia de la OMS sobre medicina Tradicional 2002–2005 (en línea) EL salvador 2002. (fecha de acceso 20 de junio 2013). URL disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf. Estrategia de la OMS sobre medicina Tradicional 2002–2005
18. Bretón de Los Herreros, Diccionario Enciclopédico Hispano-Americano, (en línea) España. 1992 (fecha de acceso 20 de agosto 2013). URL disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_102/his04102.html
19. Ídem.
20. Diccionario de lengua española (en línea) España 23 Edición 2009.(fecha de acceso el 19 de junio 2013) URL disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>
21. Ídem
22. Salud como Factor del Desarrollo Económico Internacional, Alfred C. Wolf (en línea) abril 1967 (fecha de acceso 22 de junio 2013) URL disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v62n4p289.pdf>
23. Idem
24. Las etnoprácticas y su relación con las complicaciones en niños y niñas menores de cinco años que consultan en las unidad Es de salud (tesis doctoral) Miraflores departamento de San Miguel y de Mercedes Umaña del departamento de Usulután en el periodo de marzo a octubre de 2004. URL disponible en: <http://168.243.33.153/infolib/tesis/50105340.pdf>
25. Diccionario de lengua española (en línea) España 23 Edición 2009.(fecha de acceso el 19 de junio 2013) URL disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>
26. Ídem

27. Diccionario de lengua española (en línea) España 23 Edición 2009.(fecha de acceso el 20 de junio 2013) URL disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>
28. Ídem
29. Diccionario de lengua española (en línea) España 23 Edición 2009.(fecha de acceso el 20 de junio 2013) URL disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>
30. Ídem
31. Diccionario de lengua española (en línea) España 23 Edición 2009.(fecha de acceso el 20 de junio 2013) URL disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>
32. [Definición de costumbres](#) (base de datos en línea)- Qué es, Significado y Concepto (fecha de acceso 22 de junio 2013). URL disponible en: <http://definicion.de/costumbres/#ixzz2Wy12vQ7x>
33. Las etnoprácticas y su relación con las complicaciones en niños y niñas menores de cinco años que consultan en las unidad Es de salud (tesis doctoral) Miraflores departamento de San Miguel y de Mercedes Umaña del departamento de Usulután en el periodo de marzo a octubre de 2004. URL disponible en: <http://168.243.33.153/infolib/tesis/50105340.pdf>
34. Ídem
35. Tratado de Medicina Tradicional Mexicana DR. Mario Rojas Alba tercera Edición. (Fecha de acceso 20 de Junio del 2013). URL disponible en: http://www.tlahui.com/libros/Tmtmx_muestra.pdf
36. Ídem
37. Salud como Factor del Desarrollo Económico Internacional, Alfred C. Wolf (en línea) abril 1967 (fecha de acceso 22 de junio 2013) URL disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v62n4p289.pdf>
38. Idem
39. [Definición de costumbres](#) (base de datos en línea)- Qué es, Significado y Concepto (fecha de acceso 22 de junio 2013). URL disponible en: <http://definicion.de/costumbres/#ixzz2Wy12vQ7x>
40. Salud como Factor del Desarrollo Económico Internacional, Alfred C. Wolf (en línea) abril 1967 (fecha de acceso 22 de junio 2013) URL disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v62n4p289.pdf>

41. Idem

42. Salud como Factor del Desarrollo Económico Internacional, Alfred C. Wolf (en línea) abril 1967 (fecha de acceso 22 de junio 2013) URL disponible en:
<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v62n4p289.pdf>

43. Tratado de Medicina Tradicional Mexicana DR. Mario Rojas Alba tercera Edición.
[www.tlahui.com/libros/ Tmtmx_muestra.pdf](http://www.tlahui.com/libros/Tmtmx_muestra.pdf)

44. Salud como Factor del Desarrollo Económico Internacional, Alfred C. Wolf (en línea) abril 1967 (fecha de acceso 22 de junio 2013) URL disponible en:
<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v62n4p289.pdf>

45. Idem

46. Salud como Factor del Desarrollo Económico Internacional, Alfred C. Wolf (en línea) abril 1967 (fecha de acceso 22 de junio 2013) URL disponible en:
<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v62n4p289.pdf>

47. Idem

48. Idem

49. Idem

50. Salud como Factor del Desarrollo Económico Internacional, Alfred C. Wolf (en línea) abril 1967 (fecha de acceso 22 de junio 2013) URL disponible en:
<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v62n4p289.pdf>

51. Idem

52. Idem

53. Salud como Factor del Desarrollo Económico Internacional, Alfred C. Wolf (en línea) abril 1967 (fecha de acceso 22 de junio 2013) URL disponible en:
<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v62n4p289.pdf>

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. GLOSARIO.

Acupuntura: es una técnica de medicina tradicional china que trata de la inserción y la manipulación de agujas en el cuerpo con el objetivo de restaurar la salud y el bienestar en el paciente. Forma parte de las llamadas medicinas alternativas, las cuales se caracterizan por su limitada evidencia clínica en estudios científicos.

Analfabetismo: Es la incapacidad de leer y escribir, que se debe generalmente a la falta de aprendizaje.

Brebaje: Bebida compuesta de ingredientes desagradables al paladar.

Brujo: persona que en algunas culturas primitivas, tiene el poder de comunicar con los dioses y curar enfermedades usando sus poderes mágicos, hierbas y productos naturales.

Caída de la mollera: Se refiere al hundimiento de la fontanela anterior en los lactantes y niños pequeños, y otros signos y síntomas concomitantes como la diarrea, inquietud general, los ojos pequeños y a veces rojos. En la caída de la mollera se encuentra “afectado el espíritu y el alma del centro anímico que mantiene la alegría cuando está bien, y produce desasosiego, turbación o distracción, cuando baja, está caída o da de sí”.

Cataplasma: es un tratamiento tópico de consistencia blanda y, normalmente, caliente, que se aplica con varios efectos medicinales; especialmente cuando los efectos son calmantes, antiinflamatorios o emolientes.

Creencias: son todas aquellas ideas, concepciones erróneas o sin basamentos científicos, que existen en un amplio sector de la población, o todo aquello en lo que se cree y cuya base, cuyo origen, se desconoce.

Conocimiento: Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección.

Costumbre: Hábito adquirido por la repetición de actos de la misma especie.

Cultura: La cultura es el conjunto de expresiones y tradiciones de un pueblo y estas consisten de: Costumbres, prácticas, códigos, normas y reglas de la manera de ser, vestirse, religión, rituales, normas de comportamiento y sistemas de creencias.

Deshidratación: es la alteración de agua y sales minerales en el plasma de un cuerpo. Básicamente, esto se da por falta de ingestión o por exceso de eliminación.

Diarrea: consiste en un aumento en el número de deposiciones y/o una disminución en su consistencia, de instauración rápida. Se puede acompañar de signos y síntomas como náuseas, vómitos, fiebre o dolor abdominal. La causa más frecuente es la infección gastrointestinal, que produce una gastroenteritis o inflamación de la mucosa gástrica e

intestinal. Debido a ello el término diarrea aguda es prácticamente sinónimo de gastroenteritis aguda de causa infecciosa.

Empacho: Es una enfermedad que se presenta en ambos sexos y a cualquier edad, se da más frecuentemente en la población infantil 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, o bien por alteraciones en el horario de alimentación, puede estar acompañado de diarrea, decaimiento general con presencia de vómito, fiebre, ojos hundidos, inapetencia y pérdida de peso.

Espiritista: Dícese de la persona que cree en el espiritismo y lo practica.

Etnoprácticas: Son un 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.

Fé: es, generalmente, la confianza o creencia en algo o alguien. Puede definirse como la aceptación de un enunciado declarado por alguien con determinada autoridad, conocimiento o experiencia, o como la suposición de que algo reflexionado por uno mismo es correcto aunque falten pruebas para llegar a una certeza sobre ese algo. La fe va de la mano con la confianza.

Fiebre: Elevación de la temperatura corporal por encima de la variación circadiana normal, como consecuencia de cambios en el centro termorregulador de la región anterior del hipotálamo. La temperatura corporal media es de $36.8^{\circ}\text{C} \pm 0.4$.

Fontanela: (del latín *fontanella*, "ventana pequeña"), también denominadas *puntos blandos* o *molleras*, son las separaciones que, durante aproximadamente 12 a 18 meses, se observan, como parte del desarrollo normal, entre los huesos del cráneo de un bebé, en el sitio donde, en la edad adulta, se formarán las suturas. Después de ese lapso suelen fusionarse, y así permanecerán durante toda la vida adulta de un ser humano.

Gastroenteris: es una inflamación de la membrana interna del intestino causada por un virus, una bacteria o parásitos. Los síntomas de gastroenteritis incluyen diarrea, dolor abdominal, vómitos, dolor de cabeza, fiebre y escalofríos. La mayoría de las personas se recupera sin tratamiento.

Hemorragia intracraneana: Se define por la presencia de sangre dentro del parénquima cerebral, secundario a una rotura vascular espontánea no traumática. Se puede limitar al parénquima o bien extenderse secundariamente al espacio intraventricular o subaracnoideo.

Hierberos: son personas que realizan curaciones leves como la tos, irritaciones de piel, a base únicamente de hierbas medicinales y que además realizan adivinaciones como la lectura de cartas.

Homeopatía: es un sistema curativo que se ubica dentro de lo que se denomina medicina alternativa y que se caracteriza especialmente por el uso de remedios carentes de ingredientes químicamente activos.

Medicina alternativa: es un conjunto diverso de sistemas, prácticas y productos médicos y de atención de la salud que no se considera actualmente parte de la medicina convencional.

Mitos: son relatos inverosímil y maravillosos, cuyos protagonistas son, por lo general, dioses o héroes. Los mitos eran elaborados en el pasado, por los pueblos y comunidades, para explicar los aspectos más trascendentes de la realidad de una forma sobrenatural, a través de metáforas. El mito data de tiempo lejano y es transmitido oralmente de generación en generación.

Ritual: es una serie de acciones, realizadas principalmente por su valor simbólico. Son acciones que están basadas en alguna creencia, ya sea por una religión, por una ideología política, por un acto deportivo, por las tradiciones, por los recuerdos o la memoria histórica de una comunidad, etc. El término "rito" proviene del latín ritus.

Sales de Rehidratación Oral: (también referidas por sus siglas SRO) son un compuesto de sales que se administra en casos de deshidratación.

Santería: es un conjunto de sistemas religiosos que funden creencias católicas con la cultura tradicional yoruba. Es, por lo tanto, una creencia religiosa surgida de un sincretismo de elementos europeos y africanos.

Sobadores: que se especializan en curar con las manos dolores musculares producidos por reumas, golpes o luxaciones, caídas de mulleras, empacho, susto.

ANEXO 2. ABREVIATURAS Y SIGLAS

LEPINA: Ley de Protección de la Niñez y la adolescencia.

MINSAL: Ministerio de Salud.

MT: Medicina tradicional.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana para la Salud.

UCSF: Unidad Comunitaria de Salud Familiar.

FOSALUD: Fondo Solidario para la Salud

ANEXO 3

Población indígena estimada en El Salvador 2006.

Pueblo Indígena	Departamento	Total	Masculino	Femenino
Pipiles	Santa Ana	7,256	3,607	3,649
Pipiles	Ahuachapán	23,661	11,834	11,827
Pipiles	Sonsonate	101,204	49,867	51,337
Pipiles	La Libertad	6,333	3,183	3,15
Pipiles	San Salvador	9,391	4,641	4,75
Pipiles	Chalatenango	770	388	382
Pipiles	Cuscatlán	3,371	1,714	1,658
Pipiles	La Paz	16,549	8,158	8,391
Pipiles	San Vicente	1,562	788	773
Pipiles	Usulután	1,648	804	844
Kakawira	Morazán	2,656	1,317	1,339
Lenca	San Miguel	535	271	264
Lenca	Morazán	3,536	1,691	1,845
Lenca	La Unión	842	418	424
Total		179,312	88,681	90,631

Fuente: DIGESTYC. Proyección de población para el 2006 y
CONCULTURA. Red de Casas de la Cultura en El Salvador.2006.

ANEXO 4
LISTADO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ETNOPRÁCTICAS
INGRESADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN
MIGUEL DURANTE EL AÑO 2012.

EXPEDIENTE	NOMBRE	EDAD
836588	Natali Saraí Grimaldi Portillo	19 días (Falleció)
830009	Merary Jiménez Guevara	5 meses
845706	Bryan Osael Rivera Márquez	1 mes
850091	José Ángel Martínez Zelaya	29 días
821819	Franklin Daniel Ramírez Paz	1 año
852497	Josué René Mejía Rivera	23 días
853343	Elisa Patricia Bonilla Martínez	10 días
857351	Jefferson David Bonilla Bonilla	17 días
856976	Axel Jael Ramos Navarrete	2 meses (Falleció)
857732	Deysi Magali Orellana Canizalez	2 meses
857755	José Wilfredo Ortez Quintanilla	1 mes
858567	Oseas Daniel Ortez Ríos	1 mes
858514	Odalís Yamileth Villatoro Gómez	1 mes
860436	Neymar Alberto Servellón Martínez	6 meses
869232	MitziMaveli Flores Alvarenga	21 días
869447	Erlin Yaneth Lazo Sánchez	24 días
870491	María Concepción Espinoza Portillo	52 años
TOTAL		17 casos

FUENTE: Departamento De Estadística Del Hospital San Juan De Dios San Miguel

ANEXO 5.

LISTADO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ETNOPRÁCTICAS INGRESADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL ENERO- MAYO DE 2013.

EXPEDIENTE	NOMBRE	EDAD
874966	Sofía Elizabeth Alfaro Martínez	29 días
877046	Michell Savier Díaz Cruz	9 meses
813179	Azucena Estefani Argueta Argueta	9 meses (Falleció)
831747	Ronald Alexander Salmerón Martínez	2 meses
881507	Maynorz Yahir Alemán Rodríguez	4 meses
834002	Cristian Nahúm Alfaro Cruz	4 meses
885224	Gledis Nohemy Arbaiza Rubio	5 meses
885259	Dania Elizabeth Arévalo Euceda	7 meses
885464	Christofer Esteban Alfaro Batres	1 año

FUENTE: Departamento De Estadística Del Hospital San Juan De Dios San Miguel

ANEXO 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ de _____ años de edad, he sido elegida para participar voluntariamente en la investigación llamada “ Factores que influyen en la aplicación de etnoprácticas en niños menores de 5 años que asisten en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Chapeltique, San Miguel; Cacaopera, Morazán e Isla Zacatillo, La Unión, en el período de Julio a Septiembre de 2013”.

Se me ha explicado en qué consiste dicho estudio, entiendo el propósito del mismo por lo que doy mi consentimiento para participar en esta investigación.

Firma o huella dactilar de la madre participante.

Fecha.



ANEXO 7

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

OBJETIVO GENERAL:

Determinar cuáles son los factores que influyen en la aplicación de etnoprácticas en los niños menores de 5 años de edad que consultan en las Unidades de Salud Familiar de Chapeltique, San Miguel; Cacaopera, Morazán e Isla Zacatillo, La Unión, en el período de Septiembre a Octubre de 2013.

INDICACIONES DE LLENADO DE ENCUESTA.

Lea detenidamente cada una de las preguntas a la madre y luego proceda a escribir su respectiva respuesta.

Nombre de la UCSF: _____ **N. de encuesta:** _____

FACTOR SOCIAL:

1. Edad de la madre: _____

2. Estado Familiar:

- a) Casada
- b) Acompañada
- c) Soltera
- d) Viuda

3. Alfabetización:

- a) Sabe sólo leer
- b) Sabe leer y escribir
- c) No sabe leer ni escribir

4. ¿Cuál es su último grado de estudio realizado? _____

5. Paridad:

- a) Primípara

- b) Multípara
- c) Gran multípara (mayor de 5)

6. Procedencia:

- a) Rural
- b) Urbana

7. ¿En qué se transporta usted a la Unidad de Salud?

- a) a pie
- b) en carro
- c) en bus
- d) Mototaxi

8. ¿Cuánto tiempo se tarda en llegar desde su casa a la Unidad de Salud?

- a) menos de 30 minutos
- b) de 30 minutos a 1 hora
- c) de 1 a 2 horas
- d) más de 2 horas

9. Grupo Religioso:

- a) Católica
- b) Protestantes
- c) Otros

Especifique: _____

10. Sexo del niño:

- a) Femenino
- b) masculino

11. Edad del niño:

- a) 0-1 año
- b) 2-3 años
- c) 4-5 años

FACTOR ECONÓMICO:

12. A qué se dedica la madre:

- a) Ama de casa
- b) Empleo formal
- c) Empleo informal
- d) Estudiante
- e) Otro _____

13. Tipo de vivienda:

- a) Ladrillo
- b) Adobe
- c) Bahareque
- d) Mixta
- e) Lámina
- f) Otra _____

14. La casa donde usted vive es:

- a) Propia
- b) Alquilada
- c) La cuida
- d) Otra _____

15. Los ingresos económicos familiares mensuales son:

- a) Menos de \$100
- b) Entre \$100-\$200
- c) Más de \$200

16. Quién da el dinero para los gastos en el hogar:

- a) Padre
- b) Madre
- c) Ambos
- d) Remesas familiares
- e) Otros _____

FACTOR CULTURAL:

17. Sabe usted que es:

CONCEPTOS	SI	NO
El Ojo		
Caída de la mollera		
Pujo		
Empacho		
Susto		
Paladeo		
Cataplasma		
Ventosas		
Tomas		

18. Alguna vez ha llevado a su niño a:

ETNOPRACTICA	SI	NO
Paladear		
Chuparle la mollera		
Sobar		
Lo colgaron cabeza abajo y le golpearon la planta de los pies		
Hacer Ventosas		
Hacer Cataplasma		
Dar Tomas		

19. Si la respuesta anterior es afirmativa describa porqué razón lo llevó: _____

20. Quién llevó el niño al sobador:

- a) Madre
- b) Padre
- c) Abuela

d) Otro _____

21. Si contestó SI quién le dijo que lo llevara donde el sobador:

- a) Abuela materna del niño
- b) Vecina
- c) Bisabuela del niño
- d) Suegra
- e) Otra _____
- f) Nadie

22. Razón por la que llevó el niño al sobador y no donde el médico:

- a) Le tiene confianza
- b) La escucha
- c) La trata bien
- d) Le sale más barato
- e) Lo llevó a consulta y no mejoró
- f) La UCSF estaba cerrada
- g) El médico no estaba
- h) La obligaron
- i) Otra _____

23. Alguna vez le ha dado a su hijo tomas:

- a) Si
- b) No

24. Si la respuesta anterior es afirmativa especificar porqué se la dio: _____

25. Cuando nació su niño le dio algún chupón o toma:

- Si
- No

26. Cuando el niño se enferma en su familia acostumbran a:

- a) Ir donde el sobador
- b) Dar tomas
- c) Medicar
- d) Ir a la unidad de salud

27. Después de que usted llevo su hijo al curandero o sobador el niño:

- a) Se Curó
- b) Mejoró
- c) Se complicó
- d) Falleció
- e) Quedó con alguna discapacidad
- d) No mejoró

ANEXO 8. PRESUPUESTO

CANTIDAD	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO EN \$	PRECIO TOTAL EN \$
3.00	Libretas de apuntes	\$1.00	\$3.00
1 caja	Lápiz de carbón	\$2.25	\$2.25
1 caja	Lapiceros	\$3.50	\$3.50
1 caja	Fastener	\$1.75	\$1.75
1226	Fotocopias varias*	\$0.03	\$83.34
21.00	Anillados de informes de investigación	\$1.50	\$21
250 horas	Redes Inalámbricas	\$0.50	\$125.00
5.00	Resmas de papel bond tamaño carta	\$5.00	\$45.00
1.00	Material audiovisual	\$20.00	\$20.00
7.00	CD	\$0.80	\$5.60
4.00	Tinta negra de impresión	\$22.50	\$90.00
1.00	Tinta de color para impresión	\$25.70	\$25.70
25.00	Folder	\$0.15	\$3.75
100	Viñetas	\$1.00	\$1.00
150	Computadora	\$353.7	\$707
7.00	Empastados de informe final	\$5.00	\$35.00
10%	Imprevistos		\$117.34
Total			\$1290.13

*El trabajo será financiado por el grupo investigador.

1. Ruth Idalia Berrios de Carballo
2. Kenia Catarina Márquez Amaya
3. Evelyn Carolina Membreño Rodríguez

