

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DOCTORADO EN MEDICINA**



**CONOCIMIENTO QUE POSEEN LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE
ETNOPRÁCTICAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES
DIARREICAS EN NIÑOS DE 0-5 AÑOS QUE CONSULTAN EN LAS
UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR URBANO Y SAN
SEBASTIÁN DEL MUNICIPIO DE SESORI SAN MIGUEL EN EL PERÍODO
DE AGOSTO A OCTUBRE DE 2012.**

PRESENTADO POR:

**LUIS ALONSO POLÍO VÁSQUEZ.
KAREN LISSETH PORTILLO GUZMÁN.
KEIRY YASMIN REYES FUENTES.**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
DOCTOR EN MEDICINA**

**DOCENTE ASESOR
DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO**

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA, MAYO 2013

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOVO

RECTOR

MAESTRA ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO

VICERRECTOR ACADEMICO

(PENDIENTE DE ELECCIÓN)

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

DOCTORA ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL

LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

LICENCIADO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ

VICEDECANO

LICENCIADO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ

SECRETARIO

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
AUTORIDADES**

**DOCTOR FRANCISCO GUEVARA GARAY
JEFE DEL DEPARTAMENTO**

**COMISIÓN COORDINADORA DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE LA
CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DE PROCESO DE
GRADUACIÓN**

**MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO
MIEMBRO DE LA COMISIÓN**

**MAESTRA OLGA YANETH GIRÓN DE VÁSQUEZ
MIEMBRO DE LA COMISIÓN**

ASESORES

**DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO
DOCENTE ASESOR**

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

MAESTRA OLGA YANETT GIRÓN DE VÁSQUEZ

**MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO
ASESORAS DE METODOLOGÍA**

**LICENCIADO JOAQUIN HERNÁNDEZ CASTRO
ASESOR DE ESTADISTICA**

JURADO CALIFICADOR

**DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO
DOCENTE ASESOR**

**DOCTORA MARÍA DOLORES ÁVILA VARGAS
MIEMBRO DEL JURADO**

**DOCTORA NORMA OZIRIS SÁNCHEZ DE JAIME
MIEMBRO DEL JURADO**

- Luis Alonso Polío Vásquez
- Karen Lisseth Portillo Guzmán
- Keiry Yasmin Reyes Fuentes

Carnet N° PV04017
Carnet N° PG03033
Carnet N° RF99009

**CONOCIMIENTO QUE POSEEN LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE
ETNOPRÁCTICAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES
DIARREICAS EN NIÑOS DE 0-5 AÑOS QUE CONSULTAN EN LAS
UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR URBANO Y SAN
SEBASTIÁN DEL MUNICIPIO DE SESORI SAN MIGUEL EN EL PERÍODO
DE AGOSTO A OCTUBRE DE 2012**

Este trabajo de investigación fue **revisado, evaluado y aprobado** para la obtención del título de Doctor (a) en Medicina por la Universidad de El Salvador.

Dra. Norma Oziris Sánchez de Jaime
Jurado calificador

Dra. María Dolores Ávila Vargas
Jurado calificador

Dr. Henry Rivera Villatoro
Docente asesor

Mtra. Sonia Margarita de Carmen Martínez Pacheco
Miembro de la comisión coordinadora

Mtra. Olga Yaneth Girón de Vásquez
Miembro de la comisión coordinadora

Mtra. Elba Margarita Berríos Castillo
Coordinadora General de Proceso de Graduación
del departamento de medicina

Vo.Bo. Dr. Francisco Guevara Garay
Jefe Departamento de Medicina

San Miguel, El Salvador, Centro América, mayo 2013

AGRADECIMIENTO

El proceso de nuestra tesis ha sido un nuevo reto que lo hemos logrado con mucho esfuerzo y dedicación; pero no hubiera sido posible lograrlo sin la ayuda de personas a quienes queremos dar un sincero agradecimiento.

De manera especial agradecer a nuestro asesor Dr. Henry Rivera Villatoro a quien consideramos una persona muy profesional, gracias por su amabilidad y disponibilidad durante todo el proceso, su orientación ha sido la clave del buen trabajo que hemos realizado.

Igualmente a Maestra Elba Berrios por el asesoramiento entregado en diferentes etapas de la investigación, no cabe duda que su participación ha enriquecido el trabajo realizado.

Además queremos agradecer a cada una de los padres de familia que participaron en este estudio por la confianza brindada en esta investigación.

Expresar nuestra inmensa gratitud para todas las personas que directa o indirectamente colaboraron en la realización de este trabajo.

Keiry Yasmin Reyes Fuentes

DEDICATORIA

Con mucho trabajo y esfuerzo he llegado a la culminación de este gran reto que sin duda difícilmente hubiese logrado a no ser por el apoyo incondicional que he recibido, por lo que les dedica este trabajo a:

- Dios: gracias a nuestro Dios por llenarme de sabiduría e inteligencia, por haberme guiado paso a paso a lo largo de mis estudios y fortalecerme e impulsar mi vida en los momentos difíciles.

- A mis padres Marina del Carmen fuentes y Abelardo Enrique Reyes: Gracias porque siempre han estado a mi lado apoyándome, por brindarme su gran amor a cada instante, sin ustedes no hubiera sido posible este logro.

- A mi familia: María José González Reyes, Javier Enrique González Reyes gracias por darme la oportunidad de crecer como profesional, y por apoyarme incondicionalmente.

Keiry Yasmin Reyes Fuentes

DEDICATORIA

Con la ayuda de Dios, nuestros padres demás familia y mucho trabajo y esfuerzo he llegado a la culminación de este gran reto que sin duda difícilmente hubiese logrado a no ser por el apoyo incondicional por parte de ellos que, por lo que les dedica este trabajo a:

- Dios: gracias a nuestro Dios por llenarme de fortaleza, sabiduría e inteligencia, por haberme guiado pasó a paso a lo largo de mis estudios y fortalecerme e impulsar mi vida en los momentos difíciles y a siempre estar conmigo cuando más lo necesite.
- A mis padres Rogelia Antonia Guzmán de Portillo y Raúl Armando Portillo Herrera: Gracias porque siempre han estado a mi lado apoyándome, sin ustedes no hubiera sido posible este logro.
- A mi familia: Karenly Fabiola Polio Portillo, Luis Alonso Polio Vásquez por brindarme la oportunidad de crecer como madre y profesional.
- A mi tío Rodolfo Vadillo por brindarme su amor y apoyo a lo largo de mi carrera.

Karen Lisseth Portillo Guzmán
Luis Alonso Polio Vásquez.

TABLA DE CONTENIDOS

CONTENIDO	PÁG.
LISTA DE TABLAS	xii
LISTA DE GRÁFICOS	xiv
LISTA DE ANEXOS.....	xvi
RESUMEN	xvii
1. INTRODUCCIÓN.....	18
1.1 Antecedentes del fenómeno objeto de estudio.....	18
1.2 Enunciado del problema	22
1.3 Justificación del estudio.....	22
1.4 Objetivos de la investigación.....	24
1.4.1 Objetivo General	24
1.4.2 Objetivos Específicos.....	24
2. MARCO TEÓRICO.....	25
3. SISTEMA DE HIPÓTESIS	45
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	50
5. RESULTADOS.....	55
6. DISCUSIÓN	91
7. CONCLUSIONES	94
8. RECOMENDACIONES.....	95
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97

LISTA DE TABLAS**PÁG.**

Tabla 1:	Distribución de la población según establecimiento de salud	51
Tabla 2:	Sexo de los padres de familia	55
Tabla 3:	Edad de los padres de familia	56
Tabla 4:	Sabe leer y escribir	57
Tabla 5:	Nivel de escolaridad de la población estudiada.....	58
Tabla 6:	Ocupación de los padres de familia.....	59
Tabla 7:	Procedencia.....	60
Tabla 8:	Edad del Niño(a).....	61
Tabla 9:	Sexo del niño(a).....	62
Tabla 10:	Sabe qué son las curaciones caseras	63
Tabla 11:	Respuesta de la población de que son las curaciones caseras	64
Tabla 12:	Tipos de curaciones caseras que conocen los padres de familia.....	65
Tabla 13:	Son adecuadas la etnoprácticas en el tratamiento de las diarreas en niños menores de 5 años	66
Tabla 14:	Razones por las cuales los padres de familia lleva a sus hijos al curandero.....	67
Tabla 15:	Tipos de curaciones caseras que son más comúnmente realizadas en el municipio de Sesori.....	68
Tabla 16:	Acciones que deben de tomar los padres de familia ante las enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años	69
Tabla 17:	Persona a la que acude en primera instancia a consultar cuando los niños se enferman de diarrea	70
Tabla 18:	Después de cuánto tiempo solicita ayuda o consulta al médico cuando el niño presenta diarrea	71

Tabla 19:	Posibles causas de diarrea en niños menores de 5 años	72
Tabla 20:	Precauciones en el manejo y preparados de los alimentos por parte de los padres de familia	73
Tabla 21:	Los diferentes momentos en que usan el lavado de manos los padres de familia	74
Tabla 22:	Padres de familia que tienen un trabajo remunerado.....	75
Tabla 23:	Tiempo que demoran de los padres de familia en recorren de sus hogares a la unidad de salud	76
Tabla 24:	El transporte que utilizan los padres de familia para desplazarse a la unidad de salud	77
Tabla 25:	Ingreso económico de los diferentes hogares de la población en estudio	78
Tabla 26:	Padres de familia que reciben otro tipo de ingreso económico como remesas familiares.....	79
Tabla 27:	Personas que tienen trabajo en cada hogar	80
Tabla 28:	El padre de familia que es responsable sobre sus hijos	81
Tabla 29:	Padres de familia que consideran que las etnoprácticas son un tratamiento en las enfermedades diarreicas.....	82
Tabla 30:	Nivel de conocimiento.....	83
Tabla 31:	Comprobación de la hipótesis N° 1.....	84
Tabla 32:	Comprobación de la hipótesis N° 2.....	85
Tabla 33:	Comprobación de la hipótesis N° 3 por factor económico.....	87
Tabla 34:	Comprobación de la hipótesis N° 3 por factor económico.....	88
Tabla 35:	Comprobación de la hipótesis N° 3 por factor salud.....	89
Tabla 36:	Comprobación de la hipótesis N° 3 por factor educativo.....	90

LISTA DE GRAFICOS

PÁG.

Gráfico 1:	Sexo de los padres de familia	55
Gráfico 2:	Edad de los padres de familia	56
Gráfico 3:	Sabe leer y escribir.....	57
Gráfico 4:	Nivel de escolaridad de la población estudiada.....	58
Gráfico 5:	Ocupación de los padres de familia.....	59
Gráfico 6:	Procedencia.....	60
Gráfico 7:	Edad del Niño(a).....	61
Gráfico 8:	Sexo del niño(a).....	62
Gráfico 9:	Sabe qué son las curaciones caseras	63
Gráfico 10:	Tipo de curaciones caseras	65
Gráfico 11:	¿Son adecuadas las etnoprácticas en el tratamiento de las diarreas en niños menores de 5 años?	66
Gráfico 12:	Razones por las cuales los padres de familia llevan a sus hijos al curandero	67
Gráfico 13:	Tipo de curaciones caseras que son más comúnmente realizadas en el Municipio de Sesori.....	68
Gráfico 14:	Acciones más frecuentes utilizadas para tratar la diarrea en niños menores de 5 años.....	69
Gráfico 15:	Persona a la que acude en primera instancia a consultar cuando los niños se enferman de diarrea.....	70
Gráfico 16:	Después de cuánto tiempo solicita ayuda o consulta al médico cuando el niño presenta diarrea	71
Gráfico 17:	Posibles causas de diarrea en niños menores de 5 años.....	72
Gráfico 18:	Precauciones en el manejo y preparados de los alimentos por parte de los padres de familia	73
Gráfico 19:	Los diferentes momentos en que usan el lavado de manos los padres de familia	74

Gráfico 20:	Padres de familia que tienen un trabajo remunerado.....	75
Gráfico 21:	Tiempo que demoran de los padres de familia en recorrer de sus hogares a la unidad de salud	76
Gráfico 22:	El transporte que utilizan los padres de familia para desplazarse a la unidad de salud.....	77
Gráfico 23:	Ingreso económico de los diferentes hogares de la población en estudio Padres de familia que reciben otro tipo de ingreso económico	78
Gráfico 24:	como remesas familias..... Personas que tienen trabajo en cada hogar	79 80
Gráfico 25:	El padre de familia que es responsable sobre sus hijos	81
Gráfico 26:	Padres de familia que consideran que las etnoprácticas son un	
Gráfico 27:	tratamiento en las enfermedades diarreicas	82

LISTA DE ANEXOS

PÁG.

Anexo 1:	Guía de Entrevista Dirigida a la Población en Estudio	99
Anexo 2:	Consentimiento Informado.....	105
Anexo 3:	Etiología de las Diarreas Infecciosas.....	106
Anexo 4:	Tratamiento Farmacológico del niño con Enfermedad Diarreica	107
Anexo 5:	Cronograma de Actividades	108
Anexo 6:	Presupuesto y Financiamiento.....	109
Anexo 7:	Mapa de Sesori.....	110
Anexo 8:	Glosario	111

RESUMEN

La investigación se basó en la búsqueda del conocimiento que poseen los padres de familia sobre etnoprácticas en el tratamiento de las enfermedades diarreicas en niños/as menores de 5 años que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar del municipio de Sesori San Miguel en el periodo comprendido de agosto a octubre del 2012, tomando en cuenta los factores predisponentes por los cuales los padres hacen uso de dichas etnoprácticas. **El objetivo** Investigar el conocimiento que poseen los padres de familia sobre el uso de las etnoprácticas realizadas a niños de 0 a 5 años como tratamiento alternativo de las enfermedades diarreicas. **Metodología** el estudio es de tipo cuantitativo ya que el instrumento utilizado, es la guía entrevista ya que permitió sistematizar la información de la investigación lo que facilitó el registro, tabulación y el análisis estadístico además es cualitativo porque se analizaron los resultados obtenidos en el instrumento determinando el conocimiento fundamentado en el contenido de la respuesta de los encuestados, la población en estudio fue de 153 personas, no se determina muestra porque se estudió el 100% de la población. **Resultados** se comprobó que la mayoría de los encuestados el 51% de ellos tienen poco o ningún conocimiento sobre el tema en estudio, el 23.5% manifestó conocer ambas etnoprácticas que se realizan con mayor frecuencia en el municipio de Sesori, los padres de familia manifestaron que los factores: económicos, salud, culturales y educativos son los principales causantes por lo que someten a sus hijos a dichas prácticas. **Impacto** va enfocado a disminuir la morbimortalidad infantil y modificar las actitudes de la población evidenciando que la utilización de este tipo de etnoprácticas no es la mejor alternativa en el manejo de las diarreas.

PALABRAS CLAVES: Conocimientos, etnoprácticas, sobo, paladeo, Enfermedades diarreicas, factores (salud, educativos, económico, cultural), morbimortalidad.

1. INTRODUCCION

1.1 ANTECEDENTES DEL FENÓMENO OBJETO DE ESTUDIO

Las etnoprácticas, son un conjunto de procedimientos y rituales que se realizan con el propósito de curar enfermedades, engloba una gran variedad de métodos de cuidados de salud y de creencias sobre las enfermedades que no tienen una explicación científica. Tienen su fundamento en la tradición, en lo mágico religioso y en el uso de plantas medicinales, dependiendo de la cultura de cada país varia el nombre de quienes lo practican y los nombres de las enfermedades. Antiguamente la sabiduría estaba monopolizada por los sacerdotes precisamente en los santuarios chino, hindúes, caldeos y egipcios donde se practicaba naturismo médico.

Se administraba a los enfermos baños de sol, de aire, de agua, arena, barro y muy especialmente regímenes dietéticos cuya importancia ya se conocía en aquellos tiempos remotos.

Las curaciones caseras siguieron los vaivenes que los acontecimientos históricos imprimieron a los pueblos, alcanzando su máximo esplendor en la Grecia y Roma antiguas, en la Edad Media, los médicos se apartan de los sanos preceptos hipocráticos y se entregan a una terapéutica absurda, sin base científica, llena de supercherías y prejuicios. Pasando rápidamente encima de los siglos, llegamos al resurgimiento de las etnoprácticas, que se inicia en el siglo XVIII para continuar en el XIX.

Es necesario destacar aquí que no son precisamente los académicos ni los médicos los que tomaron parte en ese movimiento renovador. No podían serlo porque lo aprendido en las universidades bastaba para cerrar su inteligencia a toda idea nueva, manteniéndolos fosilizados en el error.

Los precursores contemporáneos han sido en su mayoría personas humildes, a veces sin instrucción, simples artesanos o campesinos. Las curaciones caseras (etnoprácticas) se usan por todo el mundo, en algunos pueblos los remedios tradicionales han pasado de padres a hijos por cientos de años. A lo largo de los años la humanidad ha realizado prácticas empíricas para la curación de sus enfermedades o padecimientos, es así como en el país se siguen reproduciendo de padres a hijos, proceso en el cual intervienen factores culturales, socioeconómicos y políticos.

La mayor parte de usuarios de estos servicios son niños, pero quienes demandan la atención generalmente son los padres de familia, inducidas por algún familiar o personas cercanas (madre, abuela, vecina), etc.

Existen muchas diferencias entre las perspectivas biomédicas acerca de las curaciones caseras (como las que se practican actualmente en Bolivia, Colombia, México, Brasil etc.). Los marcos de enseñanza y aprendizaje son diferentes, a pesar de estas diferencias de perspectiva médica, en los últimos años han surgido muchas críticas, desde distintas posiciones, en contra de determinadas prácticas para curar a los niños que muchos consideran adecuadas por falta de información pero que gracias a las investigaciones se está revelando las consecuencias nefastas de estos procedimientos y educando a la población para evitarlos.

Además, la crisis económica y los problemas políticos que han afectado y aún afectan a muchos de los países en desarrollo, acompañados por los programas de ajuste estructural, que obligaron a recortes en los gastos públicos en salud, han agravado la falta de medicamentos modernos, muchas veces importados y la disponibilidad de servicios sanitarios, obligando a la gente a recurrir a la medicina tradicional, sea ésta parte o no del sistema oficial.

El éxito de los programas de salud de los países se mide con las mejoras de varios indicadores nacionales de bienestar, tales como la disminución de la tasa de mortalidad infantil, mayor acceso a los servicios de salud, y los fondos del milenio etc.), actualmente en países como El Salvador, Guatemala, Honduras etc. Esta tasa es muy alta y la frecuencia del uso de etnoprácticas es elevada lo cual contribuye al aumento de la morbimortalidad de los niños.

El Salvador presenta al momento, datos de mortalidad que si bien es cierto han aumentado en los últimos cinco años (2007), (un 25 por 1000 nacidos vivos niños menores de un año, y un 13 por 1000 nacidos vivos de los neonatos, datos estadísticos en el cual se incluyen muertes por etnoprácticas)(1). Continúan engrosando las filas de los miles y miles de niños y niñas que no logran sobrevivir y ser productivos para el país. Si el sistema de salud se preocupara por el registro de los menores víctimas de las prácticas de sobadores, es posible que las etnoprácticas pasarían a ser una de las primeras causas de mortalidad infantil hospitalaria, enfocando los costos económicos que estas prácticas traen al ministerio de salud estaríamos viendo que sería mejor educar a los padres para evitar dichas consecuencias y así prevenir costos innecesarios.

Estudios que se han realizado en nuestro país acerca de etnoprácticas y sus repercusiones en julio de 2004 por el Instituto Especializado en Profesionales de la Salud (IEPROES) concluye que el uso de las etnoprácticas son un patrón cultural muy arraigado a la idiosincrasia de la población, vista como un medio de curación para aquellas enfermedades que científicamente no tienen explicación ni cura, cuya concepción difícilmente puede ser modificada o erradicada en las personas, ya que desde recién nacidos empiezan a ser sometidos a este tipo de procedimientos.

Otro estudio sobre etnoprácticas realizadas por los padres de familia para tratar las enfermedades diarreicas agudas en niños de 0 - 5 años, unidad de emergencia del Hospital Benjamín Bloom, junio – agosto 2006 subraya que las responsables de los

menores de 0-5 años que consultaron con cuadro de Gastroenteritis aguda, en la Unidad de Emergencia del Hospital Bloom son mujeres, El rango de edad entre la cual oscilaba la mayoría de los entrevistados es de 20 a 30 años, y la mayoría de ellos es bachiller.

Además un realizado en el país sobre el conocimiento de las madres de niños fallecidos sobre síntomas de peligro de mortalidad infantil en el año del 2011 en el cual se investigaron 7 muertes en todo el año a causa de las etnoprácticas se observó que la proporción de madres que conocen por lo menos un síntoma de peligro de muerte en niños con diarrea y deshidratación es de 28% y al preguntarles a las madres que hacen respondieron que el 43% deciden llevarlo a recibir atención de un curandero de la localidad, un 28% decide llevarlo a pasar consulta en la unidad de salud.

Hasta la fecha no existe ningún dato estadístico o estudio sobre acciones preventivas ante el uso de etnoprácticas en el municipio de Sesorí, San Miguel.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

De lo antes descrito se deriva el problema que se enuncia de la siguiente manera:

¿Cuál es el conocimiento que poseen los padres de familia sobre las etnoprácticas en el tratamiento de las enfermedades diarreicas en niños de 0 a 5 años que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar urbana y San Sebastián del municipio de Sesori San Miguel?

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

El proceso atención-salud-enfermedad se ha desarrollado dentro de un marco histórico donde se construyen los padecimientos y las formas de entender el bienestar en cada cultura se relacionan con los contenidos de sus tradiciones mágico-religiosas y formas de atención, Los argumentos establecidos a veces de que la eficacia de la medicina tradicional se debe a efectos de sugestión y funciona sólo en los ámbitos culturales donde se “cree” en ella, es una forma de negación de su efectividad real jamás demostrada. En muchos países tomó el nombre de “efecto placebo” (su inversa el efecto no cebó) y contribuye no menos a los resultados de sus prácticas (el mandil blanco, la “magia” de la jeringa, el imponente sistema hospitalario, *etc.*).

El propósito de esta investigación es profundizar más en el conocimiento que poseen los padres de familia sobre etnoprácticas en el tratamiento de las enfermedades diarreicas en niños de 0 a 5 años que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar urbano y San Sebastián del municipio de Sesori san miguel en el periodo comprendido de agosto a octubre del 2012, para abonar al poco conocimiento teórico sobre el tema no solo en nuestra área geográfica de estudio sino a nivel nacional e internacional, por lo cual es conveniente que la población adquiriera el conocimiento de que esas prácticas son perjudiciales para la salud de los niños.

Con este trabajo la población de Sesori San Miguel obtendrá mayor información y recibirá educación sobre el adecuado tratamiento de las enfermedades diarreicas en niños/as de 0-5 años, también se pretende colaborar con el Ministerio de Salud ya que con la información obtenida de esta investigación se podrán tomar acciones para disminuir esta problemática apoyándose en un fundamento teórico, además se beneficiaran a las futuras generaciones al obtener información más amplia sobre el tema e incentivándolos a realizar futuras investigaciones convirtiéndose en entes activos para el cambio de la realidad en salud de El Salvador.

Las etnoprácticas son un problema de relevancia en la cultura salvadoreña creado por el pensamiento del pueblo dentro de un contexto antropológico, y desde el punto de vista médico también es un problema relacionado con determinantes sociales de la salud (analfabetismo, desempleo, falta de servicios básicos de salud, económico etc.). Lamentablemente siguen muriendo muchos niños en el país por falta de información de los padres de familia, además por falta de leyes que castiguen y prohíban a las personas practicar indiscriminadamente con niños cuando no tienen un conocimiento científico, también es necesario que las autoridades de salud perciban la importancia de esta investigación ya que les servirá como base para ejecutar acciones y disminuir la frecuencia de los ingresos hospitalarios por etnoprácticas y los altos costos que estos implican al sistema de salud debido a sus complicaciones razón por la cual como médicos en años social nos hemos motivado a realizar este estudio para contribuir a minimizar la frecuencia de estas prácticas.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Investigar el conocimiento que poseen los padres de familia sobre el uso de las etnoprácticas realizadas a niños de 0 a 5 años como tratamiento alternativo de las enfermedades diarreicas en la Unidades Comunitarias de Salud Familiar Urbano, San Sebastián del municipio de Sesorí, San Miguel.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar los tipos de etnoprácticas que los padres de familia conocen más comúnmente en el municipio de Sesorí de la Ciudad de San Miguel.
- Identificarlos factores de salud, educativos, económicos y culturales por los cuales los padres de familia someten a sus hijos a los diferentes tipos de etnoprácticas.

2. MARCO TEORICO

2.1 Definición de conocimiento:

- Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, a través de la introspección.
- En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

Definición de Etnoprácticas:

- 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.
- Conjunto de actividades y/o reacciones que un grupo étnico realiza en base a un conocimiento empírico de medicina, costumbre, creencias religiosas para tratar las enfermedades

2.2 TIPOS DE ETNOPRÁCTICAS

Según el tema de investigación se mencionan las etnoprácticas más importantes y estas son: el sobo, el paladeo. Es necesario profundizar en ellas pues son las que presentan consecuencias cuando se tratan las enfermedades diarreicas en niños con dichas prácticas, cabe aclarar que la información va encaminada en profundizar sobre la acción de la etnoprácticas en sí y no en su nombre o como la conozcan las personas.

2.2.1 Caída de la mollera

Desde el punto de vista popular.

La caída de la mollera es conocida también como hundimiento de la mollera y la produce el movimiento brusco al que los tiernos son sometidos, o los que el mismo bebé realiza hacia atrás. Como también por la ingesta de comidas, bien sea por la madre o el tierno. Este raro fenómeno puede confundirse con infecciones gastrointestinales o amebiasis, por lo que siempre es aconsejable visitar al pediatra.

Desde el punto de vista médico.

Produce dolor de cabeza, llanto y pérdida del apetito, las madres tocan la ‘mollera hundida’ en este caso es fijo que el bebé presente vómito y diarrea, la deposición es de color verde, y se presenta también deshidratación razón por la cual se produce hundimiento de la fontanela anterior.

Etnoprácticas realizada en la caída de mollera:

La cura es con base a brebaje o purgante que preparan las personas dedicadas a este tipo de menesteres; también los niños son sobados Las abuelas sugieren poner al niño con la cabeza hacia abajo y darle palmaditas en ambos pies al mismo tiempo, además de introducir el dedo gordo en el cielo de la boca y presionar hasta lograr que la mollera vuelva a su lugar (paladeo).

El paladeo

Procedimiento mecánico, empleado para levantar el paladar y la mollera mediante masajes en el interior de la boca, y en particular sobre la zona del cielo de la boca (paladar blando).

Se emplea para curar la caída de mollera, enfermedades diarreicas, una caída o por colocar al niño cabeza abajo.

Descripción del procedimiento:

Colocar los dedos en el paladar y determinar el grado de hundimiento de la fontanela, y la palpación y los sonidos que el paciente emite al respirar, y en ese momento oprime firmemente para elevar la depresión. Enseguida coloca un parche con Vick VapoRub y repite el tratamiento durante tres días.

Si la garganta permanece fría, quiere decir que el susto fue originado por el agua; si la sensación es caliente, entonces pudo ser causado por la tierra.

Este procedimiento tiene como finalidad enderezar la úvula y acomodar nuevamente la mollera en su sitio, pues la fontanela anterior es el lugar por el que escapa el en el momento del susto. Después de la curación, comienzan las palpitaciones y el niño recupera su salud.

2.2.2 El pujo**Desde el punto de vista popular.**

El “pujo” lo provoca la mirada de una persona ebria, posterior a que una pareja que tuvo relaciones sexuales vea al recién nacido, la mirada de una mujer en período menstrual, y curiosamente debe ser virgen o primeriza para que el niño enferme.

Desde el punto de vista médico.

El “pujo” es otro de los raros padecimientos que sufren los niños durante los primeros meses de vida, su origen aún es desconocido. Los síntomas son llanto frecuente del bebé, contracciones y quejidos ocasionados por los cólicos abdominales que se producen frecuentemente en los lactantes posteriores a la lactancia y al uso de biberones, de allí su nombre: “pujo”.

Tipo de Etnoprácticas que se realiza para el tratamiento del pujo:

Consiste en baños que el niño debe recibir, hacerle una cruz con saliva en la frente, envolver al recién nacido con una camisa llena de sudor, toma de hierbas y sobo.

2.2.3 El empacho

Desde el punto de vista popular

Se trata de una enfermedad que afecta a todas las personas, sin importar su edad, género o grupo social. Se ha constituido como una entidad patológica dependiente de la cultura propia de la población latina de América. Es mucho más frecuente en la edad infantil, sobre todo de 1 a 5 años. La morbilidad es mayor durante los meses de abundancia de frutas, y en el hemisferio norte, coincide con la época de lluvias correspondiente al verano.

Desde el punto de vista médico

En los lactantes es importante mencionar que la excesiva producción de saliva durante la aparición de la dentición se ve acompañada de trastornos gastrointestinales, y esas modificaciones son atribuidas al empacho. También es causa de empacho el consumo de la leche que se dejó en biberón durante varias horas y luego se ingiere.

Desde el punto de vista clínico es importante la distinción popular que se hace entre **empacho "seco"** y **empacho "húmedo"**. En el primero, los datos se agregan alrededor de un cuadro de estreñimiento o constipación, mientras que en el segundo, la diarrea es el signo fundamental. Por ello, se invalida la catalogación simplista del empacho como una gastroenteritis caracterizada por la disminución de la consistencia y aumento en la frecuencia de las evacuaciones digestivas.

Tipo de etnoprácticas que se realizan para el tratamiento del empacho en Centro América y el Caribe:

En Cuba: agua con sal, aceite de comer, mercurio con agua tibia, excremento blanco de perro, aceite de comer + sal + ajo, caldo de molleja de gallo/gallina.

En Panamá: orines de niño con té de sauco, tamarindo, granada y orines de niño leche de magnesia.

En México: magnesia (sola), anisada o calcinada, Alka Seltzer, subsalicilato de bismuto + hidróxido de magnesio + carbonato de calcio.

En El Salvador: sobo con huevo, ruda masticada, mostacita, puro, Alka Seltzer, intestomicina, acetil salicílico + ácido cítrico + bicarbonato de sodio, caldo de hierbas (ruda, ajo, aceite de comer).

En Honduras: la tirada del cuerito, la cura con palabras, la cura con la cinta

En Nicaragua: hierbabuena, rosa de Castilla y Manzanilla, canela, Aguacate.

Tratamiento empírico de las enfermedades diarreicas.

El tratamiento tradicional de las enfermedades diarreicas generalmente está en función de las creencias, ideas, concepciones acerca de las causas de la enfermedad. La diarrea se atribuye a diferentes causas según sea el lugar y las características de la población. En el Perú existen varias creencias: el mal del ojo, el maleficio, la introducción del frío en las mantillas, o la adquisición de nuevas destrezas, aprender a hablar a aprender a caminar. Los cuales son curados pasándole al niño con huevo entero, llamada de ánimo utilizando su propia ropa y una campanilla, pago a la tierra que la realiza un curandero, en caso de la introducción del frío administran hierbas tradicionales, etc. En caso de adquisición de nuevas destrezas no se administra tratamiento alguno porque se considera algo normal.

Existe un voluminoso “Vademécum Familiar” con un poco más de 50 productos caseros entre hierbas, granos, cereales y almidones al que las madres recurren con frecuencia y casi siempre es primera instancia para contrarrestar los episodios diarreicos. Aunque

existen algunos productos caseros propios de cada estrato ecológico o localidad, tres elementos están siempre presentes como los principales: arroz, almidones y canela.

A nivel general, el arroz, ya sea en forma de agua de arroz o como sopa es el primer producto utilizado. Los almidones y harinas son también muy frecuentemente utilizados por las madres. Son preparados en forma de panetelas con harina blanca almidón, mandioca o un poco de maicena en agua azucarada.

Como todavía persiste entre las madres la preocupación por “Cortar la Diarrea” que en ocasiones las induce también a suspender la alimentación sólida para “Dejar en reposo el estómago” con el empleo de preparaciones domésticas se busca un efecto astringente que es reforzado cuando dos o más productos son combinados en una misma preparación por ejemplo: agua de arroz, cáscara de guayaba, semilla de palta, cáscara de granada, almidón, clara de huevo, anís y pan quemado.

2.3 DIARREA

Hipócrates hace más de 2400 años la definió como toda anomalía en la fluidez de las deposiciones.

Es un síntoma común a un gran número de enfermedades de causas variadas. El origen de la palabra procede de los términos griegos “díá”, que significa a graves y “rhein”, fluir

2.3.1 Epidemiología.

Las enfermedades infecciosas intestinales se hayan vinculadas a una serie de factores inherentes al atraso socioeconómico como son: hacinamiento, viviendas en malas condiciones económicas, suministro de agua insuficiente en cantidad y calidad,

eliminación inadecuada de excretas, de residuales sólidos y líquidos, expendios de alimentos con poco o sin control de la calidad, incorporación de los llamados “alimentos chatarra”, refrescos gaseados y otros alimentos con un alto contenido de carbohidratos que generan diarreas

Las enfermedades diarreicas son una de las causas principales de morbilidad y mortalidad en niños en todo el mundo producen mil millones de episodios de enfermedad y 3.5 millones de muertes anuales. En El Salvador es una de las primeras 5 causas de muertes en niños menores de 5 años.

La importancia relativa y las características epidemiológicas de los patógenos que producen diarrea varían según la localización geográfica. En los estados unidos se producen 20 a 35 millones de episodios de diarrea cada año entre los 16.5 millones de niños menores de 5 años de edad lo que a su vez da lugar a 2.1 a 3.7 millones de consultas médicas 220.000 hospitalizaciones.

En los países en desarrollo los niños se infectan con un grupo diverso de patógenos bacterianos y parasitarios mientras que todos los niños de países desarrollados así como de los países en desarrollo adquieren rotavirus y en muchos casos otros entero patógenos víricos durante sus primeros 5 años de vida.

2.3.2 Definiciones de Diarrea.

Es un aumento de deposiciones diarias, suele asociarse con un mayor contenido de agua en heces. En el caso de lactantes y niños esto significa unas deposiciones 10 g por kg en 24 horas o al límite del adulto que es de 200g en 24 horas.

Según la organización mundial para la salud la define como diarrea la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas.

La definición de diarrea incluye aumento de volumen o de la fluidez de las deposiciones, cambios en la consistencia y aumento de la frecuencia de las mismas. La medición del contenido líquido fecal no se puede realizar y la evaluación de la frecuencia se prefiere realizar con fines diagnósticos.

La diarrea es el paso de las deposiciones sueltas o líquidas al menos tres veces en un período de 24 horas, pero hace más bien hincapié en el cambio de consistencia de la deposición que en la frecuencia y en la utilidad de la intuición de los padres para decir que el niño tiene diarrea o no , sin embargo la madres pueden utilizar varias denominaciones para describir lo que consideran diarreas, en dependencia de si las evacuaciones son blandas, semilíquidas, líquidas, sanguinolentas o con moco, o si el niño vomita. Se considera como un mecanismo de defensa del organismo frente a la agresión de agentes externos.

2.3.3 Fisiopatología de la Diarrea.

Los mecanismos fisiopatológicos de la diarrea son: osmótica, secretora, mutaciones en las proteínas del transporte en la membrana apical, reducción en la superficie del área anatómica y alteración en la motilidad intestinal.

Diarrea osmótica:

Se debe a la presencia de solutos no absorbibles en el tracto gastrointestinal esta se interrumpe con el ayuno y tiene un ph bajo y contiene sustancias reductoras.

La suma de sodio más potasio en las heces multiplicada por 2 será menor que la osmolaridad medida en heces un hallazgo que sugiere la presencia de otros osmoles en ellas.

Diarrea secretora:

Los mecanismos de este trastorno son la activación de mediadores intracelulares tales como AMP cíclico GMP cíclico y calcio intracelular que estimulan la secreción activa de cloro de las células de cripta e inhiben la absorción neutra acoplada de cloruro sódico. Estos mediadores alteran el flujo iónico para celular por la lesión de las uniones ocluyen tés producida por las toxinas.

Se caracteriza por la presencia de heces de gran volumen y muy acuosas. El análisis de las heces revela un contenido elevado en sodio y cloruro arriba de 70 meq por litro y este trastorno persiste a pesar del ayuno.

- Frecuencia: 90% de los casos.
- Características: heces líquidas o semilíquidas: se puede asociar a: vómitos, fiebre, disminución del apetito Irritabilidad.
- Evolución: Por lo general remite espontáneamente antes de una semana.
- Etiología: Cualquier agente etiológico puede provocar diarrea acuosa. Rotavirus y Shigella en su fase inicial. El cuadro típico lo ocasiona el Vibrio Cholerae que puede producir diarrea líquida abundante.

Diarrea por defectos de mutaciones en las proteínas de transporte iónico:

Los defectos congénitos del intercambio de sodio, hidrogeno, cloro con bicarbonato y las proteínas de transporte de sodio acido biliar dan lugar a diarrea secretora de inicio en el momento del nacimiento.

Estos tienen mutaciones genéticas que codifican sus correspondientes proteínas de transporte.

Diarrea por reducción de la superficie anatómica:

La diarrea se caracteriza por pérdida de líquidos, electrolitos y macro y micronutrientes. Ejemplo el síndrome de intestino corto, vólvulo del intestino medio y atresia intestinal.

Diarrea por alteración de la motilidad intestinal:

La mal nutrición da hipo motilidad y permite la proliferación de bacterias que conducen a la des conjugación de las sales biliares y produce un aumento en el mediador AMP cíclico intracelular que da lugar a una diarrea secretora.

2.3.4 Vías de Transmisión de la Diarrea.

Los agentes infecciosos causantes de la diarrea, generalmente se transmiten por vía fecal-oral, que incluye la ingestión de agua o alimentos contaminados y el contacto directo con la heces.

Varios son los factores por parte de los familiares que manipulan al niño, que influyen en la aparición de un episodio diarreico, entre ellos tenemos:

- Ausencia de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- Usar biberones para alimentar a los niños
- Guardar los alimentos a temperatura ambiente.
- No hervir el agua de consumo.
- No lavarse las manos frecuentemente.

Factores del hospedero que aumentan la susceptibilidad:

Existen varios factores del hospedero asociados a una mayor incidencia, gravedad o duración de la diarrea, entre ellos: no lactancia materna, la desnutrición, el sarampión, inmunodeficiencia o inmunosupresión, factores socioeconómicos.

2.3.5 Etiología de las Diarreas (ver anexo # 3).

Los dos tipos básicos de diarrea infecciosa aguda son **la inflamatoria y la no inflamatoria.**

Los enteros patógenos producen diarrea no inflamatoria por la producción bacteriana de enterotoxinas destrucción de las vellosidades de las células por virus adherencia de parásitos y adherencia o traslación por bacterias en contraste.

La diarrea inflamatoria suele deberse a la acción de bacterias que invaden directamente el intestino o producen cito toxinas algunas entero patógenos tienen más de una propiedad de virulencia.

2.3.6 Cuadro clínico de las diarreas.

Ante la presencia de un paciente con Enfermedad Diarreica Aguda se debe indagar las características de las deposiciones, presencia de otros síntomas acompañantes, náuseas, dolor abdominal, fiebre, mialgias, tenesmo rectal y ardor peri anal, así como la existencia de otras personas con cuadros clínicos similares y su relación con la ingestión de alimentos posiblemente contaminados.

Características clínicas según etiología

- a) **Viral:** generalmente afecta lactantes y niños pequeños, sobre todo en época otoñal, de comienzo brusco, con vómitos y fiebre que preceden en varias horas al comienzo de las deposiciones diarreicas.

- b) **Bacteriana:** más frecuente en niños mayores y con condiciones deficitarias de higiene personal, ambiental o alimentaria.

Las diarreas acuosas, con moco y sangre, pueden corresponder a disentería y asociarse con síndrome urémico hemolítico (SUH).

La mayoría son causadas por Shigella, E. coli entero hemorrágica y menos frecuentemente por Salmonella.

En algunas ocasiones Salmonella puede dar bacteriemia y focos a distancia.

Los cuadros diarreicos, asociados a contaminación alimentaria por toxina estafilocócica dan síntomas precoces luego de la ingesta, con pronta recuperación.

En caso de Clostridium perfringens, el comienzo es más tardío (18 a 36 hs), ya que luego de su multiplicación en el intestino, libera la toxina que provoca el cuadro.

c) Parasitaria: Entamoeba histolítica puede causar diarrea muco sanguinolenta generalmente con poco compromiso del estado general. Cryptosporidium parvum y Giardia lamblia también se asocian a diarrea prolongada, pueden dar episodios de diarrea aguda.

Generalmente el comienzo es brusco, la mayor parte de los episodios de diarrea aguda remiten espontáneamente y duran de 3 a 7 días.

En el examen físico del paciente es necesario valorar los siguientes aspectos:

- Estado nutricional mediante el examen físico y la toma de peso y talla
- Lesiones cutáneas bucales de avitaminosis
- Existencia o no de fiebre
- Palidez Cutánea mucosa
- Abdomen globuloso
- Híper peristaltismo
- Timpanismo o matidez
- Prolapso rectal

2.3.7 Clasificación (según cronología).

Las enfermedades infecciosas intestinales se pueden dividir en agudos, persistentes y crónicos, lo que permite cierta categorización de las causas.

La diarrea aguda: la forma más común de la enfermedad diarreica tiene un inicio abrupto, se cura en menos de 14 días.

Las persistentes: aparecen por lo general como consecuencias de infecciones, cuando hay complicaciones como la malnutrición por defecto, duran más de 14 días, pudiendo llegar hasta 30 días.

Las crónicas: son diarreas que duran más de un mes y se deben fundamentalmente a defectos congénitos de digestión y absorción

2.3.8 Complicaciones.

La deshidratación con acidosis es la complicación más común de la diarrea aguda. La mayoría de las diarreas que causan excesivas pérdidas de líquidos resultan en una concentración isotónica de los espacios corporales (isonatremia). En niños desnutridos o con diarrea crónica o repetida, tiende a producirse hiponatremia.

La deshidratación hipernatrémica, por otra parte, se ve raramente en la actualidad y su tratamiento requiere de una corrección de la deshidratación más lenta y controlada.

Las complicaciones digestivas son: Íleo paralítico, invaginación intestinal, enteritis necrotizante, neumatosis quística intestinal, peritonitis, déficit transitorio de disacaridasas, enteropatía perdedora de proteínas.

Complicaciones renales: infección urinaria, trombosis de la vena porta, necrosis cortical bilateral, síndrome hemolítico urémico.

Complicaciones neurológicas: meningoencefalitis tóxica, meningoencefalitis purulenta, trombosis de los senos venosos, absceso cerebral.

Entre las complicaciones cardiovasculares se encuentran miocarditis y shock
Hematológicas: septicemia, endocrinas; insuficiencia suprarrenal aguda, etc.

2.3.9 Tratamiento.

Las metas más importantes del tratamiento son. Prevenir y Tratar la deshidratación y desnutrición manteniendo la alimentación durante la diarrea.

La deshidratación debe prevenirse dando líquido o soluciones adecuadas durante la enfermedad, con el fin de prevenir las pérdidas de líquidos.

La OPS/OMS recomienda que: frente a todo niño menor de 5 años con enfermedad diarreica se seguirán los siguientes pasos:

- Evaluar el estado de hidratación.
- Decidir el plan de tratamiento a seguir.
- registrar el caso.

La terapia de rehidratación oral es tan efectiva como la terapia intravenosa en la reposición de agua y electrolitos en pacientes con deshidratación moderada a leve, y debe ser la terapia de primera elección.

Las deshidrataciones severas requieren de una rápida restauración de volumen intravascular a través de una vía intravenosa, seguido tan pronto como sea posible de la rehidratación oral.

La dieta adecuada para la edad debe ser continuada en niños con diarreas que no estén deshidratados, y debe ser reanudada tan pronto como sea posible en niños con deshidratación moderada. El enfoque tradicional usando fórmulas diluidas en la alimentación es inadecuado y contribuye a la desnutrición.

Una revisión sistemática encontró que sales de rehidratación oral con arroz comparado con sales de rehidratación oral estándar redujo el volumen de las deposiciones en las 24h.

La leche debe administrarse entera y no debe suprimirse algún alimento en específico. Existen algunas evidencias que muestran que los carbohidratos, la carne magra, las frutas y los vegetales son mejores tolerados que las grasas y alimentos con alto contenido de azúcar (refrescos, jugos azucarados), pero estos últimos a veces son preferidos por el paciente.

El alto contenido de azúcar y bajo contenido de sodio de estas bebidas puede conducir a hiponatremia y la alta osmolaridad de estos líquidos incrementa las diarreas. Él te es otra bebida de bajo contenido de sodio y contribuye a depletar el potasio. Igualmente los caldos de pollo sintéticos tampoco deben usarse por el alto contenido de sodio.

Aun en niños con vómitos puede intentarse las sales de rehidratación oral administradas en pequeñas cantidades (dos cucharaditas cada 2 min e ir aumentando gradualmente según tolerancia), y se ha logrado hasta un 90 % de rehidratación en los niños tratados.

EL Suero de La Organización Mundial de la Salud (OMS) contiene:

Sodio75mmol/L, Cloro65mmol/L, Glucosa75mmol/L, Potasio20mmol/L

Citrato10mmol/L, Osmolaridad total 245 mosm/L.

Preparación del suero oral casero:

- Un litro de agua previamente hervida
- 2 cucharadas de azúcar
- 1 cucharada de bicarbonato
- Media cucharada de sal y el zumo de un limón.

Los medicamentos anti diarreicos inertes que alteran la secreción intestinal, la motilidad intestinal, que son absorbente generalmente no deben indicarse sobre todo en niños, por la falta de evidencia de efectividad y sus efectos adversos sobre pesan a los beneficios.

Las preparaciones pro bióticas, como algunos lacto bacilos y el yogurt, se utilizarán de acuerdo con la evolución clínica del paciente y por un período limitado.

El difenoxilato también es dañino en niños porque enmascara el cuadro clínico al retener grandes cantidades de líquido en la luz intestinal y retarda la evacuación del germen, en casos que exista infección.

Planes de rehidratación Oral recomendados por la OPS y que son utilizados actualmente en el país como normas para el manejo de las diarreas.

Plan A: Tratar la diarrea en casa para prevenir la deshidratación.

- Darle más líquidos después de cada evacuación: continuar alimentándolo, dar el seno materno con más frecuencia, darle uno o varios de los siguientes líquidos: SRO, agua de arroz, agua de coco, refrescos naturales.
- Continuar dándole pecho y alimentación según su edad: dar alimentos suaves que al niño le gusten NO golosinas, recomendar a la madre agregar un tiempo más de comida durante 2 semanas después de haberse repuesto de la enfermedad.

- No auto medicar dar consejería a la madre: no dar anti diarreicos ni antieméticos, no usar antibióticos, no llevar a los curanderos o sobadores.
- Cuando regresar inmediatamente al establecimiento de salud: cuando presente los signos de peligro de la deshidratación: mama mal o no puede mamar, letárgico o inconsciente, ojos hundidos, signo del pliegue, vomita todo, aumentan las evacuaciones.

Evaluar el riesgo social, notificar y referir a la UCSF según lineamientos de referencia y retorno.

Plan B: Tratar la deshidratación en las Unidades de Rehidratación Oral (URO) de los establecimientos de salud.

- Pesar al niño y determinar la cantidad aproximada de SRO que deberá administrarse durante 4 horas: peso en kg por 75 ml.
- Preparar el suero oral para iniciar la hidratación: hacer la demostración a la madre de la preparación y administración del SRO dando con frecuencia pequeños sorbos con una tasa o cuchara, verificar que el niño reciba la cantidad de suero por hora, si vomita esperar 20 minutos y después continuar pero mas lentamente, si continua vomitando referirlo al ECOS especializado u hospital de la red, si cuenta con laboratorio tomar exámenes.
- Evaluar los signos vitales y los signos de deshidratación de acuerdo al estado clínico máximo cada hora.
- Reevaluar 4 horas después si no ha tenido vómitos: reevaluar y clasificar la deshidratación según signos vitales y estado general.
- Si esta hidratado continuar la hidratación oral con Plan A 2 horas más en el establecimiento y evaluar el riesgo social.
- Si posterior a 6 horas el niño esta hidratado: dar alta y control en 24 horas, enseñar cómo preparar SRO, dar todas las recomendaciones del Plan A.

Plan C: Tratar la deshidratación grave en un centro hospitalario según norma.

Tratamiento Farmacológico del niño con enfermedad diarreica.

A pesar de la amplia promoción de la terapia con rehidratación oral los médicos continúa recetando medicamentos ineficaces caros e innecesarios para tratar la diarrea las familias los continúan pidiendo a su médicos o los compra en farmacias y los productores continúan promoviendo y comercializando una gama amplia de anti diarreicos. Los medicamentos utilizados más frecuentemente fueron antibióticos.

2.3.10 Factores de riesgo en niños menores de 5 años.

Los factores que aumentan la susceptibilidad del huésped son:

- Edad entre 6 a 11 meses
- La malnutrición
- La inmunodeficiencia
- La poca alimentación con lactancia materna o el destete precoz con introducción de leche artificial en edades tempranas de la vida
- Las infecciones previas
- El uso indiscriminado de algunos medicamentos
- Sin lugar a dudas, tras estas circunstancias existen factores socio ambiental, cultural, de higiene personal o educativa de la madre que influyen en la aparición de diarreas y que son susceptibles de reducción.

Existen otros factores pre disponente como:

- El bajo peso al nacer
- Hacinamiento
- Los tabúes alimentarios en cuanto a la ablactación

- El mal manejo de un episodio diarreico por parte de la madre o el personal que atiende al niño que hace que el mismo tenga una evolución inadecuada presentándose complicaciones o que se prolongue por las mismas causas llevando a un deterioro del estado nutricional del niño.

2.3.11 Prevención.

- Alimentar al niño con seno materno durante los primeros 6 meses de vida. Entre las múltiples ventajas de la leche materna está la de proporcionar defensas contra las infecciones gastrointestinales.
- En caso de requerir biberones, se debe tener en cuenta que éstos constituyen un excelente medio de cultivo para las bacterias causantes de la diarrea, por lo que se deberá desechar todo resto de alimento que quede en ellos, lavarlos cuidadosamente con agua y jabón y esterilizarlos; es suficiente hervirlos durante 20 minutos en un recipiente con abundante agua limpia.
- Mantener los alimentos bien tapados y refrigerados, ya que los microorganismos pueden ser transportados por insectos o por el polvo y se multiplican con rapidez especialmente en épocas de calor.
- Lavarse cuidadosamente las manos con agua y jabón después de ir al baño, de cambiarle los pañales al bebé y antes de comer o manejar los alimentos.
- Hervir durante 20 minutos el agua para beber o consumir agua embotellada.
- Lavar frutas y verduras con agua y jabón; si se van a consumir crudas, dejarlas en un recipiente en agua con cloro durante 20 minutos.
- Consumir únicamente alimentos bien cocidos o fritos, preparados higiénicamente. No consumir pescados o mariscos crudos ni alimentos elaborados en la vía pública.
- Utilizar baños, letrinas o cualquier otro medio que garantice el aislamiento de las excretas.

Cuidados personales:

Medidas para prevenir la diarrea en los niños:

- Prolongar la lactancia materna
- Mantener las manos limpias
- Lavar y esterilizar los biberones
- Utilizar baños o letrinas

Cuidados con los alimentos:

- Hervir el agua
- Lavar cuidadosamente frutas y verduras.
- Refrigerar y tapar los alimentos.
- Consumir alimentos bien cocidos.
- Evitar el consumo de alimentos en la vía pública.

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS GENERAL

Hi: Los padres de familia no poseen el conocimiento sobre las etnoprácticas como tratamiento alternativo en las enfermedades diarreicas en niños de 0-5 años.

Ho: Los padres de familia poseen conocimientos sobre las etnoprácticas como tratamiento alternativo en las enfermedades diarreicas en niños de 0-5 años.

3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Hi₁: Los padres de familia conocen los tipos de etnoprácticas más comúnmente realizadas en el Municipio de Sesori San Miguel.

Hi₂: Los padres de familia someten a sus hijos a las etnoprácticas por factores de salud, educativos, económicos y culturales.

3.3 HIPÓTESIS NULAS

Ho₁: Los padres de familia no conocen las etnoprácticas que son más comúnmente realizadas en el Municipio de Sesori San Miguel.

Ho₂: Los padres de familia no someten a sus hijos a etnoprácticas por factores de salud, educativos, económicos y culturales.

3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Fueron los 153 padres de familias de las UCSF urbano y San Sebastián de Sesori.

3.5 VARIABLES

- Conocimiento de los padres sobre etnoprácticas.
- Factores que motivan al uso de etnoprácticas.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DEL SISTEMA DE HIPÓTESIS

Hipótesis General	Variables	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores
<p>Hi Los padres de familia no poseen el conocimiento sobre etnoprácticas como tratamiento alternativo en las enfermedades diarreicas en niños de 0-5 años.</p>	<p>V1: Conocimiento sobre etnoprácticas.</p>	<p>Conocimiento : Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección.</p> <p>Etnoprácticas: Conjunto de actividades y/o reacciones que un grupo étnico realiza en base a un conocimiento empírico de Medicina, costumbres, creencias religiosas para tratar enfermedades.</p>	<p>Datos generales de los padres de familia e hijos</p> <p>Definición etnoprácticas</p>	<p>Mediante la aplicación de una guía de entrevista.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo -Edad - Procedencia - Escolaridad - Ocupación - Qué son las etnoprácticas - Son adecuadas en el tratamiento de las diarreas

Hipótesis General	Variables	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores
		<p>Conocimiento : Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección.</p> <p>Etnoprácticas: Conjunto de actividades y/o reacciones que un grupo étnico realiza en base a un conocimiento empírico de Medicina, costumbres, creencias religiosas para tratar enfermedades.</p>	<p>Tipos de etnoprácticas</p> <p>Personas que las realizan</p> <p>Razones que motivan al uso de etnoprácticas</p>	<p>Mediante la aplicación de una guía de entrevista.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sobo. - Paladeo. - Curanderos - Abuelas - parientes - Vecinos - Más barato. - Mayor. Accesibilidad. - Tradición familiar - Falta de servicios de salud

Hipótesis Específica	Variables	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores
<p>Hi₂ Los padres de familia someten a sus hijos a las etnoprácticas por factores de salud, educativos, económicos y culturales.</p>	<p>V3: Factores que motivan al uso de etnoprácticas</p>	<p>Salud.</p> <p>Educación.</p> <p>Económicos.</p> <p>Culturales: conjunto de estímulos ambientales que generan la socialización del individuo.</p>	<p>Inaccesibilidad geográfica.</p> <p>Analfabetismo.</p> <p>Ocupación.</p> <p>Creencias.</p>	<p>Mediante la aplicación de una guía de entrevista.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Distancia que hay desde su casa al centro de salud. - Qué medio de transporte utiliza. - Sabe leer y escribir. - Nivel de escolaridad. - Ingresos económicos - Tiene trabajo. - Remesas - Cuántos trabajan en la casa. - Tiempo que tiene de estar desempleado. - Quien decide donde consultar cuando el niño se enferma. - Razones por las cuales los padres de familia llevan a sus hijos al curandero.

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Cuantitativo porque permite examinar la información en forma numérica y presentar los resultados de los datos obtenidos en cuadros y gráficas, además proporciona las bases para determinar si existe conocimiento en los padres de familia sobre las etnoprácticas al someter a sus hijos a estas.

Es de tipo **Cualitativo** porque se analizaron e interpretaron los resultados obtenidos de la guía entrevista de tal forma que ayudo a determinar las causas culturales, sociales, y llegar a las verdaderos motivos del porque los padres de familia someten a sus hijos a las etnoprácticas basado en el contenido de la respuesta de los padres de familia acerca del conocimiento sobre las etnoprácticas para tratar las enfermedades diarreicas en niños de 0-5 años en las unidades comunitarias de salud familiar urbano, San Sebastián del municipio de Sesori San Miguel en el periodo comprendido de agosto a octubre de 2012.

Según el tiempo de recolección de Datos: es de tipo **Transversal** pues el tiempo de búsqueda de la información acerca del conocimiento de los padres de familia sobre las etnoprácticas para tratar las enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años comprendió un periodo corto de tiempo de agosto a octubre de 2012.

Según el Alcance de los Resultados: es **descriptivo** porque permitió interpretar los resultados de los datos obtenidos de la información y brindo las bases para determinar los tipos de etnoprácticas a las que los padres de familia someten a sus hijos a etnoprácticas en el municipio de Sesori.

Según el Tiempo de Ocurrencia de los Hechos y Registros de la información: es **Prospectivo** porque se fue registrando la información recolectada al momento de hacerles las entrevistas a los padres de familia en un periodo entre agosto y octubre de 2012.

4.2 POBLACIÓN O UNIVERSO

Tabla 1. Distribución de la población según establecimiento de salud.

UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR	POBLACION
UCSF Urbano Sesorí	65
UCSF San Sebastián Sesorí	88
TOTAL	153

Fuente: Ficha Familiar UCSF urbano y UCSF San Sebastián

4.3 MUESTRA

Debido a que la población en estudio es pequeña no se determinó una muestra, estudiando así el 100% de la población.

4.4 CRITERIOS PARA ESTABLECER LA MUESTRA

4.4.1 Criterios de Inclusión.

- Padres de familia con hijos de 0 – 5 años con historia de enfermedades diarreicas.
- Niños que consulten con historia de diarrea en las unidades comunitarias de salud familiar involucradas en el estudio.
- Niños que durante la consulta se evidencia que han sido sometidos a las etnoprácticas

- Padres que deseen responder a las pregunta de la guía entrevista mediante el consentimiento informado (ver anexo n°2).

4.4.2 Criterios de Exclusión.

- Población que no sea residente del área geográfica donde se realizó el estudio.
- Padres con discapacidad mental y sensorial.
- Población menor de 5 años que no presenten historia de diarrea en su control infantil.
- Niños mayores de cinco años.
- Padres o responsables que por cualquier motivo no desee involucrarse en el estudio.

4.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnicas documentales:

La información recopilada para la estructuración del tema de investigación se obtuvo de la bibliografía consultada: libros de medicina pediátrica, Revistas científicas, documentos, artículos de internet, datos estadísticos, censos, expedientes clínicos.

Técnicas de campo:

La guía entrevista permitió estandarizar la información necesaria en la investigación lo que permito obtener la información y el análisis estadístico.

4.6 INSTRUMENTO

Se utilizó una guía de entrevista constituida por 29 preguntas cerradas y dirigidas a los padres de familia con hijos menores de 5 años que habían tenido episodios de diarreas. (Ver anexo n° 1)

4.7 PROCEDIMIENTOS

4.7.1 Ejecución.

Se presentó el protocolo al comité evaluador del proceso de graduación para que diera la aprobación y a partir de la tercera semana de julio y finalizando en la tercera semana de septiembre se ejecutó el instrumento a los padres de familia con hijos menores de 5 años del municipio de Sesori de la Ciudad de San Miguel.

4.7.2 Planificación.

En esta etapa se elaboró el perfil de investigación el cual se comenzó a realizar el 10 de abril y se entregó para la revisión el 27 de abril de 2012 para que el asesor y jurado calificador realizaran las correcciones que consideraron pertinentes en el desarrollo del tema.

Posteriormente se realizó el protocolo de investigación en la primera semana de junio para posteriormente entregarse 27 de julio de 2012

4.7.2.1 Validación del instrumento.

Se presentó el instrumento al comité evaluador para que realizaran las modificaciones necesarias para después pasar las encuestas a las madres con hijos menores de 5 años con cuadros de diarrea o evidencia que han sometido a los niños a etnoprácticas en las diferentes UCSF del municipio de Sesori.

Se realizó una prueba piloto la cual consiste en realizar un número de 15 guías de entrevista una semana previa a la ejecución del trabajo de investigación para validar el estudio.

4.7.2.2 Recolección de Datos.

Esta se realizó mediante la aplicación de una guía entrevista a los padres de familia que tienen niños menores de 5 años que son usuarias de las unidades comunitarias de salud familiar del municipio de Sesori al momento de la consulta por diarrea en un periodo

que comprende la primera semana de agosto y la última semana de octubre de lo cual se obtuvieron los datos.

En la UCSF Urbana se pasaron 65 encuestas en total 7 por semana

En la UCSF san Sebastián se pasaran 88 encuestas en total 9 por semana.

Al finalizar el periodo se procedió a la tabulación de los datos y así mismo el análisis e interpretación de la información para plantear las conclusiones y recomendaciones de dicha investigación.

4.7.2.3 Plan de Análisis.

Permitió la presentación de los datos de forma sistemática y su variable a estudiar fue el conocimiento de las etnoprácticas en niños menores de 5 años en el tratamiento de las enfermedades diarreicas los factores que motivan al uso de las etnoprácticas.

A través del instrumento se evaluó las diferentes respuestas el cual proporciono datos favorables o desfavorables hacia la investigación.

La tabulación de los datos se hizo con frecuencia simple de las variables y se trabajó con el programa software procesador de datos estadísticos para elaborar las tablas y gráficos que nos ayudaron al análisis e interpretación de los resultados.

4.8 Consideraciones Éticas.

Con la participación de los padres de familias es de manera voluntaria y anónima manteniendo la confiabilidad de la información que estos nos brinden con la finalidad que el estudio arroje resultados precisos y que a la vez beneficien a la población en estudio.

5. RESULTADOS.

5.1 TABULACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS.

Tabla 2. Sexo de los padres de familia

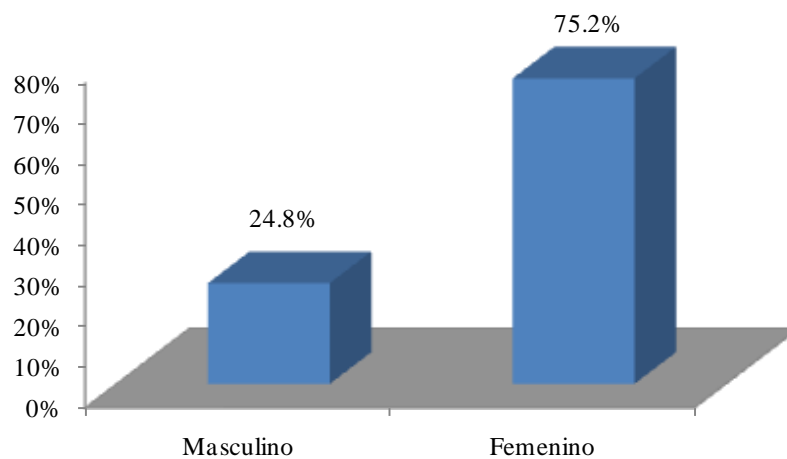
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	38	24.8
Femenino	115	75.2
Total	153	100

Fuente: guía entrevista

Análisis: El 75.2% de la población es del sexo femenino y tan solo el 24.8% son del sexo masculino.

Interpretación: Los resultados demuestran que el sexo femenino está mayormente involucrado a la hora de llevar a sus hijos a consultar cuando estos presentan una enfermedad en este caso la diarrea.

Gráfico 1. Sexo de los padres de familia.



Fuente: tabla 2

Tabla 3. Edad de los padres de familia.

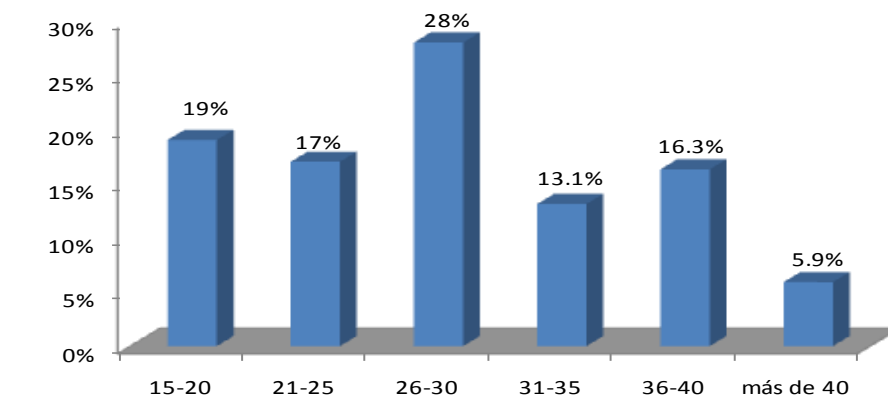
Edades (años)	Frecuencia	Porcentaje
15-20	29	19.0
21-25	26	17.0
26-30	44	28.8
31-35	20	13.1
36-40	25	16.3
más de 40	9	5.9
Total	153	100

Fuente: guía entrevista

Análisis: Del total de personas con las que se realizó la guía de entrevista el (28.8%) de ellos oscilan entre las edades de 26 – 30 años, el 19% entre 15- 20 años, el 17% oscilan entre 21-25 años, el 16.3% entre 36-40 años, el 13.1% oscila entre 31-35 años y el 5.9 % más de 40 años de edad.

Interpretación: Según los datos obtenidos de la guía de entrevista podemos aseverar que la población involucrada en el estudio en su mayoría (58.9) son adultos jóvenes con capacidad de razonamiento y decisión, pero también existe un porcentaje considerable de adolescentes (19%) los cuales a la hora de tomar una decisión sobre sus hijos son influenciados por parientes o personas cercanas.

Grafico 2. Edad de los padres de familia.



Fuente: tabla 3

Tabla4. Sabe leer y escribir.

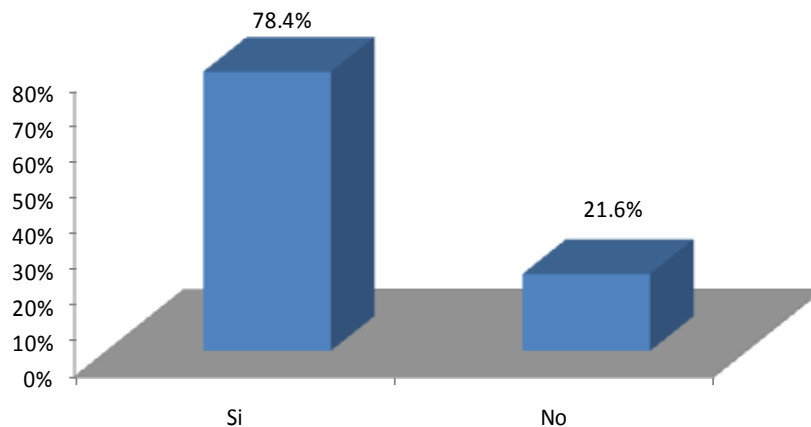
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	120	78.4
No	33	21.6
Total	153	100

Fuente: guía entrevista

Análisis: El 78.4% de la población sabe leer y escribir y el 21.6% de ellos es analfabeta.

Interpretación: De los datos obtenidos del análisis anterior se deduce que la mayoría de personas involucradas en el estudio si saben leer y escribir que tienen algún grado de estudio lo cual es un dato positivo ya que influye en la toma de decisiones adecuadas y oportunas con sus hijos.

Grafico 3. Sabe leer y escribir.



Fuente: tabla 4

Tabla 5. Nivel de escolaridad de la población estudiada.

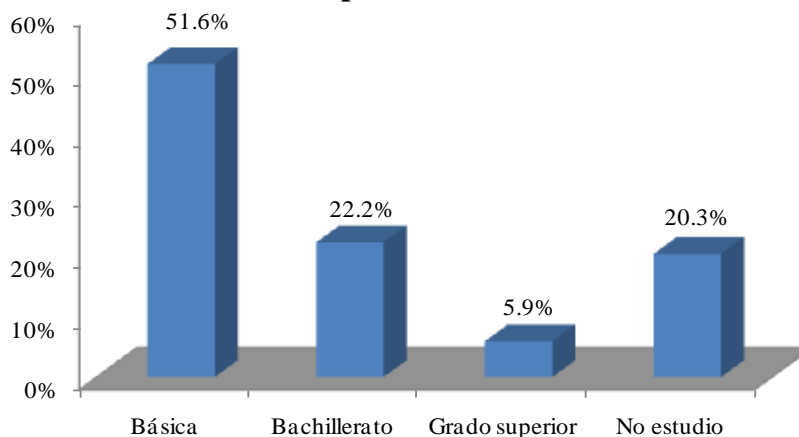
Grado de Estudio	Frecuencia	Porcentaje
Básica	79	51.6
Bachillerato	34	22.2
Grado superior	9	5.9
No estudio	31	20.3
Total	153	100

Fuente: guía entrevista

Análisis: El 51.6% de la población tienen estudios del nivel básico, y el 22.2% con estudios de bachillerato, el 20.3 % no tienen ningún estudio y solo el 5.9 % tienen estudio universitario.

Interpretación: Según el análisis anterior se puede deducir que la población en estudio la mayoría tienen un nivel básico pues interviene en ello que circunstancias culturales como prioridad trabajar en el campo, trabajos domésticos en el caso de las niñas, aun con el acceso escolar presente, además de existir en ellos poca proyección de superación.

Gráfico 4. Nivel de escolaridad de la población estudiada.



Fuente: tabla 5

Tabla 6. Ocupación de los padres de familia.

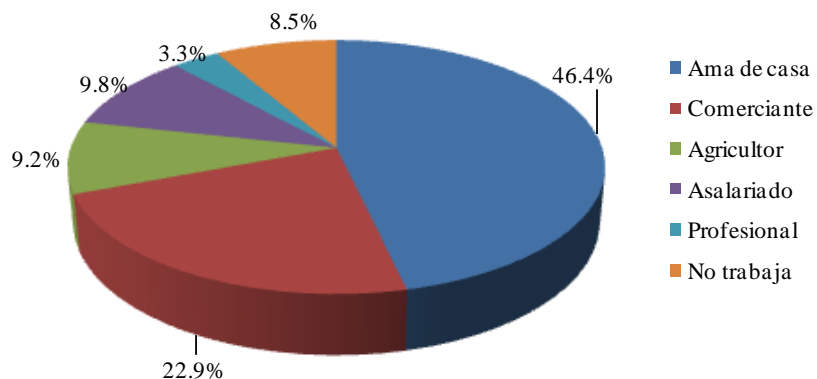
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	71	46.4
Comerciante	35	22.9
Agricultor	14	9.2
Asalariado	15	9.8
Profesional	5	3.3
No trabaja	13	8.5
Total	153	100

Fuente: guía entrevista

Análisis: El 46.4% son amas de casas, el 22.9% son comerciantes, el 9.8% son asalariados, el 9.2% son agricultores, el 8,5 % no trabajan y solo el 3.3% son profesionales.

Interpretación: De los datos obtenidos en la guía de entrevista se puede observar que el 46.4% de la población es ama de casa y no tienen un ingreso económico estable, es un factor importante que contribuye que las familias asistan a consultar al curandero.

Gráfico 5. Ocupación de los padres de familia.



Fuente: tabla 6

Tabla 7. Procedencia.

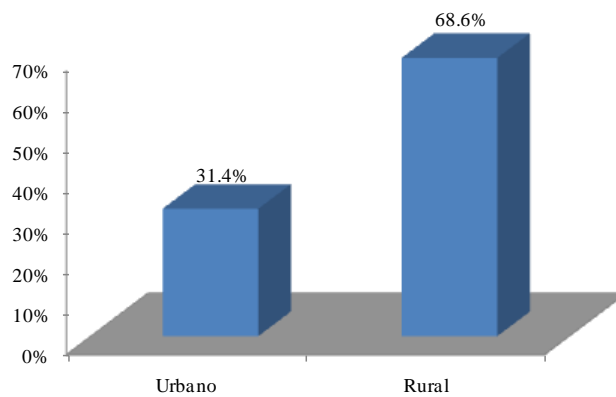
Domicilio	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	48	31.4
Rural	105	68.6
Total	153	100

Fuente: guía entrevista

Análisis: El 68.6% son de la zona rural y solo el 31.4% son de la zona urbano.

Interpretación: Las personas que respondieron a la guía de entrevista son en su mayoría de la zona rural debido a que el área geográfica de influencia de las unidades de salud en estudio corresponde a las zonas rurales siendo la población más densa.

Gráfico 6. Procedencia.



Fuente: tabla 7

Tabla 8. Edad del niño.

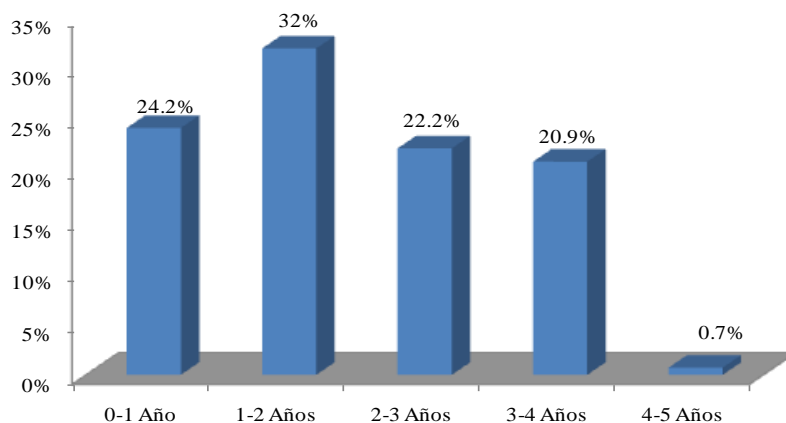
Edad(años)	Frecuencia	Porcentaje
0 - 1	37	24.2
1 - 2	49	32.0
2 - 3	34	22.2
3 - 4	32	20.9
4 - 5	1	0.7
Total	153	100

Fuente: guía entrevista

Análisis: La edad que con mayor frecuencia llevan los padres de familias a los niños al centro de salud a consultar son de 1 a 2 años con un 32% seguido del grupo de edad de 0 a 1 años con el 24.2%, posteriormente los niños de 2-3 años de edad con el 22.2%, los niños de 3-4 años de edad con el 20.9% y con menos frecuencia los niños de 4 a 5 años de edad con el 0.7%.

Interpretación: Según los resultados obtenidos se observa que los niños dentro del rango de 0 a 1 años son los que mayormente se enferman como consecuencia de diversos factores entre ellos inmadurez de su sistema inmune, el cuidado que les dan los padres a sus hijos y adaptación al medio.

Grafico 7. Edad del niño.



Fuente: tabla8

Tabla 9. Sexo del niño.

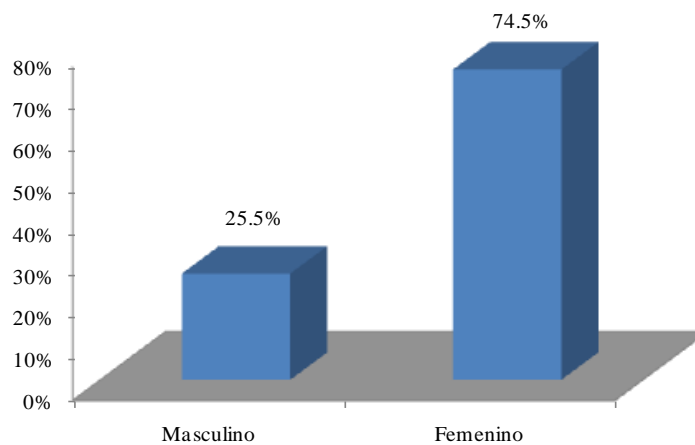
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	39	25.5
Femenino	114	74.5
Total	153	100

Fuente: guía entrevista

Análisis: Con el 74.5% a predominio del sexo femenino y solo el 25.5% del sexo masculino.

Interpretación: Según los datos representados en el cuadro anterior, se observa de la población infantil que mayormente se enferman son las niñas ya que este es el sexo que más predomina en este estudio.

Grafico N° 8. Sexo del niño.



Fuente: tabla 9

Tabla 10. Sabe que son las curaciones caseras

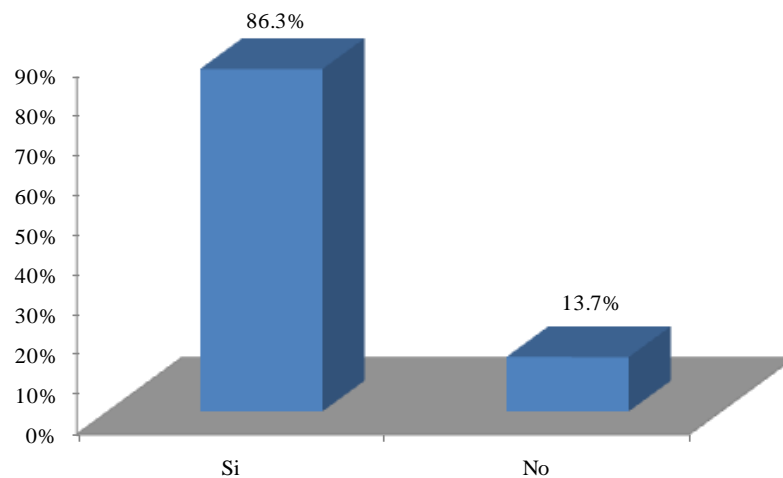
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	132	86.3
No	21	13.7
Total	153	100

Fuente: guía entrevista.

Análisis: del total de la población encuestada el 86.3% manifestó conocer sobre las etnoprácticas y solo el 13.7% refirieron no conocerlas.

Interpretación: Mediante la obtención de los resultados de la guía de entrevista se demostró que la mayoría de la población conoce sobre las etnoprácticas pero a medida que se indago sobre el tema identificamos que su conocimiento no es el adecuado ya que desconocen en su totalidad de las etnoprácticas.

Grafico 9. Sabe qué son las curaciones caseras.



Fuente: tabla 10

Tabla 11. Respuestas de la población sobre que son las curaciones caseras (Etnoprácticas).

Respuesta	Frecuencia
Curar a través de plantas.	11
Sobarlos y darles remedios preparados en casa.	5
Mezclar plantas y hacer oración	3
Llevar a los niños al curandero cuando están enfermos	47
Preguntarle a los más mayores que remedio es bueno	9
Hacer rituales con santos	24
Hiervas y cantos para curar	30
No sabría explicarlo bien	24

Fuente: guía entrevista.

Tabla 12. Tipo de curaciones caseras que conocen los padres de familias.

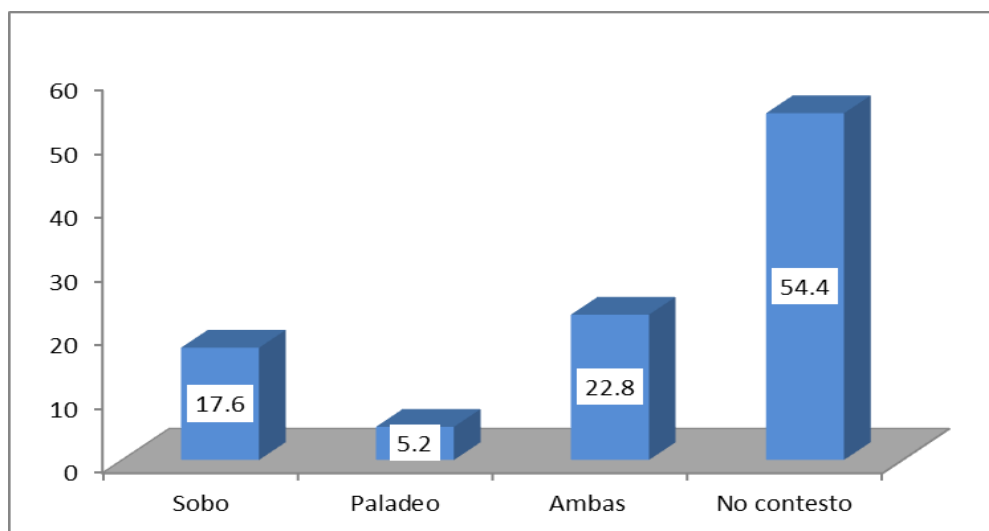
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sobo	27	17.6
Paladeo	8	5.2
Ambas	35	22.8
No contesto	80	54.4
Total	153	100

Fuente: guía entrevista.

Análisis: El 22.8 % de la población conoce más de una curación casera, el 17.6 conoce el sobo, el 5.2% sabe lo que es el paladeo, el 54.4 % de la población no contesto.

Interpretación: De los datos obtenidos en dicha tabla se deduce que el sobo y el paladeo son el grupo más importante de etnoprácticas que conocen los padres de familias.

Gráfico 10. Tipos de curaciones caseras que conocen los padres de familias.



Fuente: tabla 12

Tabla 13. ¿Son adecuadas las etnoprácticas en el tratamiento de las diarreas en niños menores de 5 años?

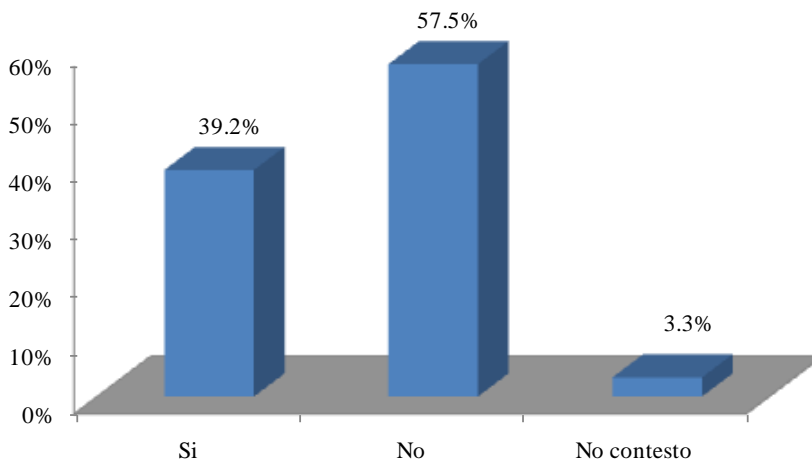
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	60	39.2
No	88	57.5
No contesto	5	3.3
Total	153	100

Fuente: guía entrevista.

Análisis: El 57.5% dijo que no eran adecuadas este dato es muy importante ya que se evidencia que la población reconoce que estas prácticas son perjudiciales para los niños/as y el 39.2% consideran que son adecuadas.

Interpretación: La población encuestada considera que las curaciones caseras no son adecuadas en el tratamiento de las enfermedades diarreicas en los niños menores de 5 años pues implica el riesgo de complicaciones, secuelas y muerte.

Gráfico 11. ¿Son adecuadas en el tratamiento de las diarreas en niños menores de 5 años?



Fuente: tabla 13

Tabla 14. Razones por las cuales los padres de familia llevan a sus hijos al curandero.

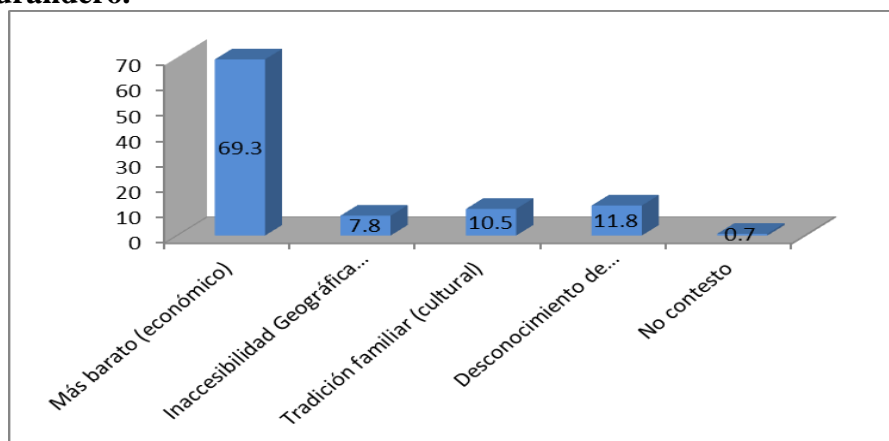
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Más barato (económico)	106	69.3
Inaccesibilidad Geográfica (salud)	12	7.8
Tradición familiar (cultural)	16	10.5
Desconocimiento de información (educativo)	18	11.8
No contesto	1	0.7
Total	153	100

Fuente: guía entrevista

Análisis: El 69.3% de los entrevistados consideran que es más barato, el 11.8% por desconocimiento de la información, el 10.5% tradición familiar, el 7.8% inaccesibilidad geográfica y solo el 0.7% no contesto.

Interpretación: Un considerable número de padres de familia refiere que lo económico es el principal determinante en cuanto algunas razones por las cuales los padres de familia llevan a sus hijos al curandero.

Grafico 12. Razones por las cuáles los padres de familia llevan a sus hijos al curandero.



Fuente: tabla 14

Tabla 15. Tipo de curaciones caseras son más comúnmente realizadas en el municipio de Sesorí?

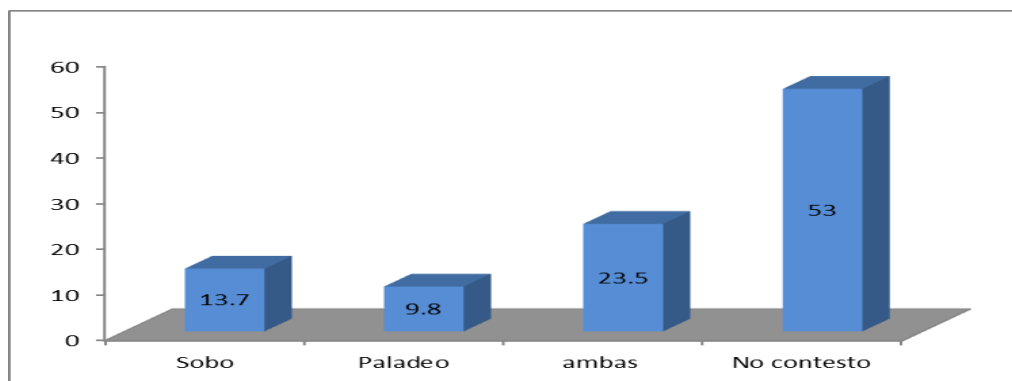
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sobo	21	13.7
Paladeo	15	9.8
ambas	36	23.5
No contesto	81	53
Total	153	100

Fuente: guía entrevista

Análisis: El 23.5% conoce ambas curaciones caseras que se realizan en el tratamiento de las diarreas, el 13.7% el sobo, el 9.8% conoce el paladeo y el 53% no contestaron.

Interpretación: La mayoría de padres de familias no contestaron la interrogante si conocían las etnoprácticas lo cual nos orienta a determinar que los padres no tienen conocimiento sobre etnoprácticas y si alguno de ellos las practica es por el factor cultural; solo un porcentaje considerable manifestó conocerlas.

Grafico 13. Curaciones caseras son más comúnmente realizadas en el municipio de Sesorí?



Fuente: tabla 15

Tabla 16. Acciones más frecuentes utilizadas para tratar la diarrea en niños menores de 5 años.

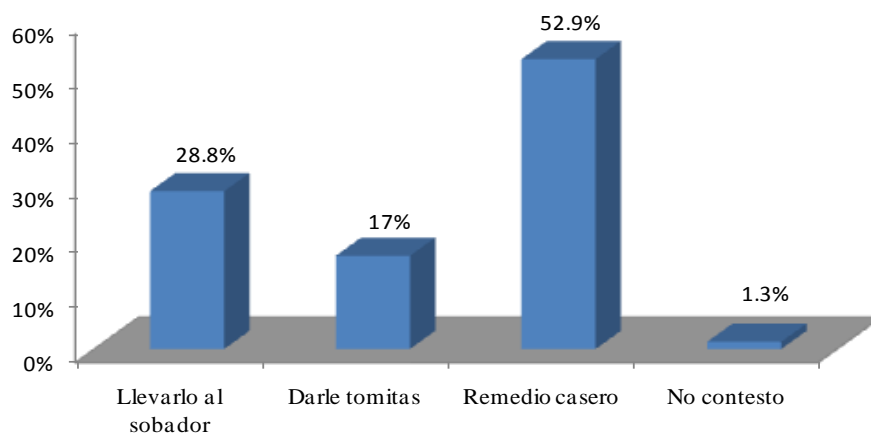
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Llevarlo al sobador	44	28.8
Darle tomitas	26	17.0
Remedio casero	81	52.9
No contesto	2	1.3
Total	153	100

Fuente: guía entrevista

Análisis: El 52.9% de la población utiliza los remedios caseros para tratar la diarrea en los niños, el 28.8% conoce la práctica de llevar al niño al sobador y el 17% refiere darle tomas para el empacho, y el 1.3% no contesto

Interpretación: La mayor parte de los padres de familia refieren que cuando sus hijos se enferman los auto medican con remedios caseros y manifestaron llevarlos al sobador, evidenciándose el uso de etnoprácticas y no uso de los servicio de salud a pesar que son gratuitos.

Grafico 14. Prácticas más frecuente utilizadas para tratar la diarrea en niños menores de 5 años.



Fuente: tabla 16

Tabla 17. Persona a la que acude en primera instancia a consultar cuando los niños se enferman de diarrea.

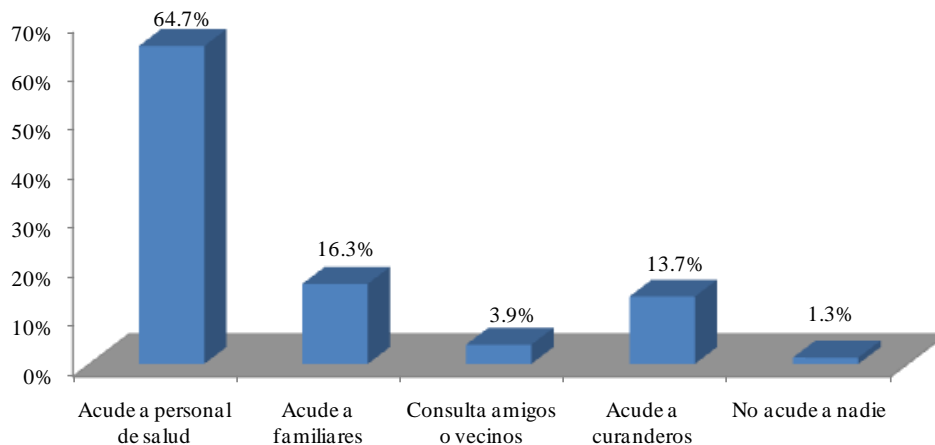
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Acude a personal de salud	99	64.7
Acude a familiares	25	16.3
Consulta amigos o vecinos	6	3.9
Acude a curanderos	21	13.7
No acude a nadie	2	1.3
Total	153	100

Fuente: guía entrevista

Análisis: La mayoría de personas el 64.7% acude en primera instancia al personal de salud, el 16.3% acude a familiares para que les ayuden, un 13.7% acude a curanderos para tratar a su niño, el 3.9% acude a amigos o vecinos y un 1.3% no acude a nadie

Interpretación: La mayoría de personas encuestadas son de la zona rural aun así saben que la mejor opción es consultar en las unidades de salud ya que tienen mayor confianza en el médico; y sabe que su hijo será atendido adecuadamente, se evidencia que un sector de la población encuestada optan por llevarlos al sobador en ocasiones por factor educativos, económicos, culturales.

Gráfico 15. Persona a la que acude en primera instancia a consultar cuando los niños se enferman de diarrea.



Fuente: tabla 17

Tabla 18. Después de cuánto tiempo solicita ayuda o consulta al médico cuando el niño presenta diarrea.

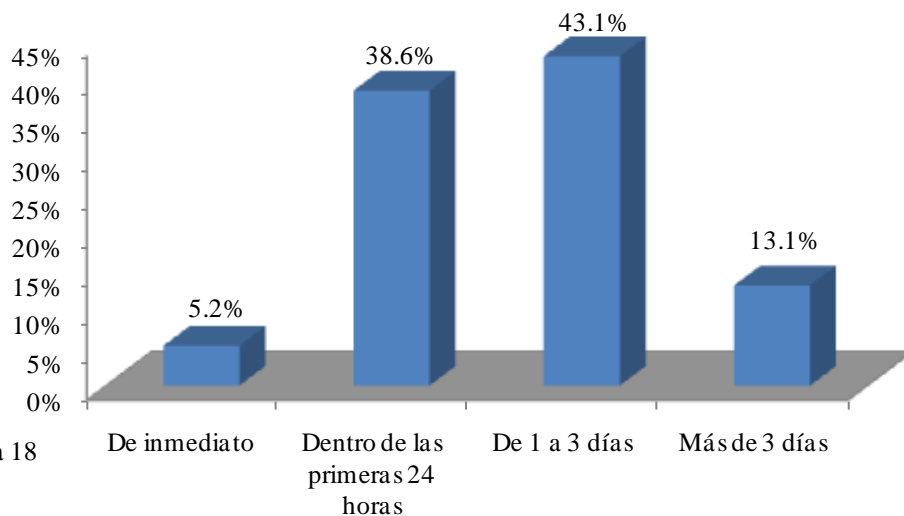
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
De inmediato	8	5.2
Dentro de las primeras 24 horas	59	38.6
De 1 a 3 días	66	43.1
Más de 3 días	20	13.1
Total	153	100

Fuente: guía entrevista

Análisis: El 43.1% de 1 a 3 días, el 38.6% manifestó acudir en las primeras 24 horas al médico cuando el niño tiene diarrea, el 13.1% se tarda más de 3 días en llevarlo al médico y solo el 5.2% de inmediato.

Interpretación: La mayoría de personas refirieron llevar a sus hijos a consultar entre el primero y tercer día de enfermedad según los datos obtenidos esto indica que en ese lapso de tiempo auto medican a sus hijos en sus hogares o los llevan al curandero.

Grafico 16. Después de cuánto tiempo solicita ayuda o consulta al médico cuando el niño presenta diarrea.



Fuente: tabla 18

Tabla 19. Posibles causas de diarrea en niños menores de 5 años.

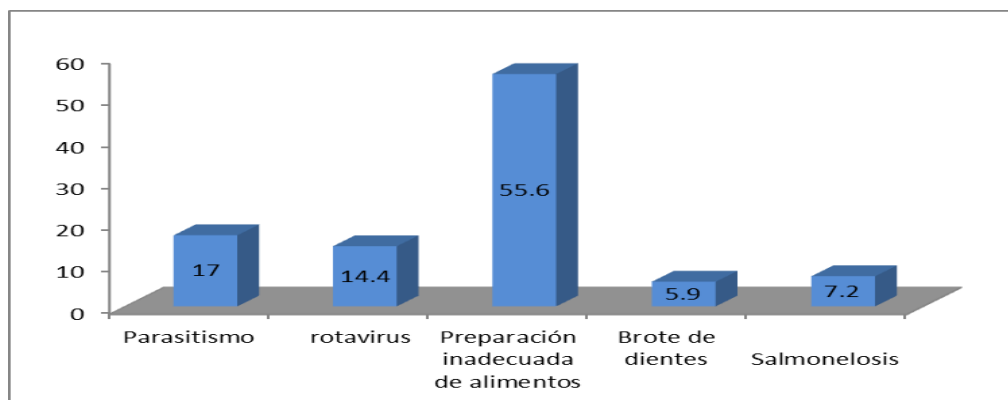
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Parasitismo	26	17.0
Rotavirus	22	14.4
Preparación inadecuada de alimentos	85	55.6
Brote de dientes	9	5.9
Salmonelosis	11	7.2
Total	153	100

Fuente: guía entrevista

Análisis: El 55.6% de la población por preparación y consumo de alimentos inadecuados, el 17% parasitismo, el 14.4 rotavirus, el 7.2% cuando es salmonelosis, y solo el 5.9% por el brote de los dientes.

Interpretación: La mayoría de la población es de su conocimiento que una de las causas de diarreas en los niños es debido a una preparación y al consumo de alimentos mal preparados, y la minoría de la población manifestó que era por empacho como se evidencia hay una parte de los padres de familia que no tienen el conocimiento de las causas directas de las enfermedades diarreicas y son ellos los que optan por un tratamiento erróneo.

Gráfico 17. Posibles causas de diarrea en niños menores de 5 años.



Fuente: tabla 19

Tabla 20. Precauciones en el manejo y preparados de los alimentos por parte de los padres de familia.

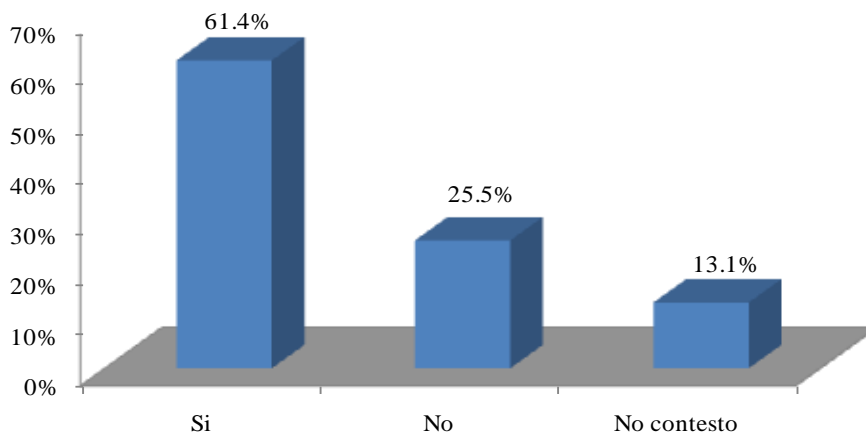
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	94	61.4
No	39	25.5
No contesto	20	13.1
Total	153	100

Fuente: guía entrevista

Análisis: El 61.4% manifestaron tener precaución en el manejo de los alimentos, el 25.5% dijeron que no y solo el 13.1% no contesto.

Interpretación: La mayoría de la población manifestó tener precaución en el manejo y preparación de sus alimentos ya que esta es una de las principales causas para adquirir una enfermedad diarreica en los niños de 0 a 5 años y una cantidad considerable de la población manifestó no tener precaución al momento de manipular de sus alimentos, en la tabla n° 20 se observa que es una de las causas principales por los cuales los niños se enferman de diarrea.

Grafico 18. Precauciones en el manejo y preparados de los alimentos por parte de los padres de familia.



Fuente: tabla 20

Tabla 21. Los diferentes momentos en que usan el lavado de manos los padres de familia.

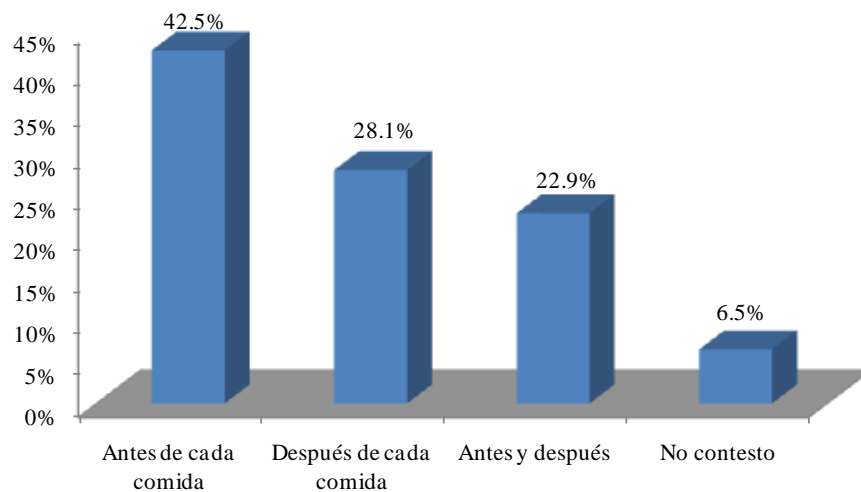
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Antes de cada comida	65	42.5
Después de cada comida	43	28.1
Antes y después	35	22.9
No contesto	10	6.5
Total	153	100.0

Fuente: guía entrevista

Análisis: el 42.5% realizarse el lavado de manos antes de cada comida, el 28.1% después de cada comida, y el 22.9% que se debe hacer antes y después de cada comida y el 6.5% no contesto.

Interpretación: los encuestados manifestaron realizar el lavado de manos en sus diferentes momentos como preventivo para disminuir los casos de enfermedades diarreicas ya que esta es una las principales causas de consultas en las unidades de salud.

Grafico 19. Los diferentes momentos en que los padres de familias usan el lavado de manos.



Fuente: tabla 21

Tabla 22. Padres de familias que tienen un trabajo remunerado.

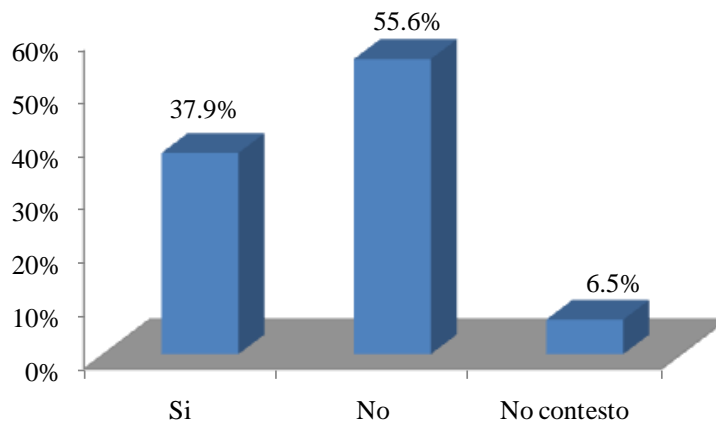
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	58	37.9
No	85	55.6
No contesto	10	6.5
Total	153	100

Fuente: guía entrevista

Análisis: el 55.6% dijo que no tiene trabajo formal actualmente, el 37.9% tiene trabajo actualmente y solo el 6.5% no contesto.

Interpretación: el desempleo es uno de los grandes factores por el cual los padres de familia buscan una alternativa en el manejo de las enfermedades diarreicas, aunque los servicios de salud se han gratuitos pero para algunos aún no están en su alcances porque conlleva otro tipo de factor como la inaccesibilidad a las unidades de salud ya que son horas de camino para obtener el servicio de salud y como tienen otros hijos tienen que cuidar de ellos y eso dificultad que ellas puedan desplazarse con su hijo enfermo.

Grafico 20. Padres de familias que tienen un trabajo remunerado.



Fuente: tabla 22

Tabla 23. Tiempo que demoran los padres de familia en recorrer de sus hogares a la unidad de salud.

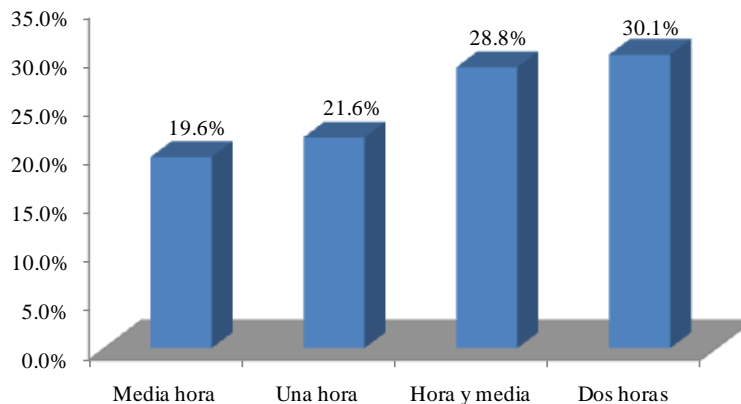
Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
Media hora	30	19.6
Una hora	33	21.6
Hora y media	44	28.8
Dos horas	46	30.1
Total	153	100

Fuente: guía entrevista

Análisis: El 30.1 % más de dos horas para llegar a la unidad de salud, el 28.8% llega en una hora y media, el 21.6% lo hace en una hora y solo el 19.6% tiene mayor accesibilidad porque tarda treinta minutos en llegar a la unidad de salud.

Interpretación: otro factor que inciden en la población es la inaccesibilidad de los servicios de salud para la población porque la mayoría de consultantes son de la zona rural y estos viven a una distancias de hora y media hasta de dos horas y los servicios de buses no son accesibles en el sentido que solo hay servicio a nivel urbano no rural y esto dificultad para sus atenciones médicas al momento de que ellos deciden consultar razón por la cual prefieren optar por llevar a sus hijos al curandero o simplemente no consultan .

Grafico 21. Tiempo que demoran los padres de familia en recorrer de sus hogares a la unidad de salud.



Fuente: tabla 23

Tabla 24. El Transporte que utilizan los padres de familia para desplazarse a la unidad de salud.

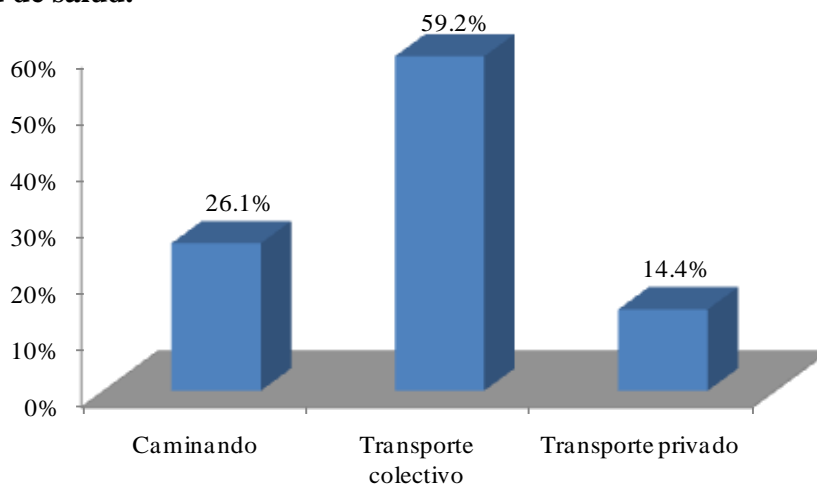
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Caminando	40	26.1
Transporte colectivo	91	59.5
Transporte privado	22	14.4
Total	153	100

Fuente: guía entrevista

Análisis: el 59.5% usan el transporte colectivo para desplazarse a la unidad de salud, el 26.1% lo hace caminando y solo el 14.4% utiliza el transporte privado.

Interpretación: la mayoría de la población hace uso del transporte colectivo ya que es el más económico pero tiene la limitante que solo es a nivel urbano y tiene una hora en la cual el transporte pasa y si no se debe de ir caminando o pidiendo a un particular que les den transporte, todo esto genera para ellos gastos económico y disposición de su tiempo todo esto limita la atención del paciente.

Grafico 22. Transporte que utilizan los padres de familia para desplazarse a la unidad de salud.



Fuente: tabla 24

Tabla 25. Ingreso económico de los diferentes hogares de la población en estudio.

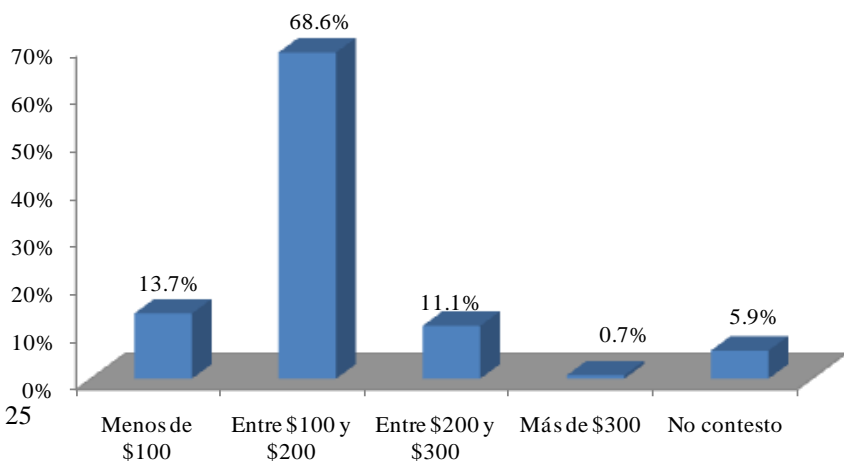
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Menos de \$100	21	13.7
Entre \$100 y \$200	105	68.6
Entre \$200 y \$300	17	11.1
Más de \$300	1	0.7
No contesto	9	5.9
Total	153	100

Fuente: guía entrevista

Análisis: El 68.6% su ingreso económico en su hogar oscila de 100 a 200 dólares, el 13.7% tiene un ingreso menor de 100 dólares, el 11.1% entre 200 y 300 dólares y un 5.9% no quiso contestar y solo el 0.7% tiene un ingreso mensual mayor de 300 dólares.

Interpretación: La economía factor primordial ante el bienestar de todo ser humano y la mayoría de la población tiene ingresos económicos por debajo del salario mínimo y con grupos familiares mediana y con deficiencias alimentarias ya que solo realizan dos tiempos de comida por su deficiencia economía y sus trabajos son labores agrícolas todo esto genera que opten por otro tipo de atención médica.

Grafico 23. Ingreso económico de los diferentes hogares de la población en estudio.



Fuente: tabla 25

Tabla 26. Padres de familia que reciben otro tipo de ingreso económico como remesas familias.

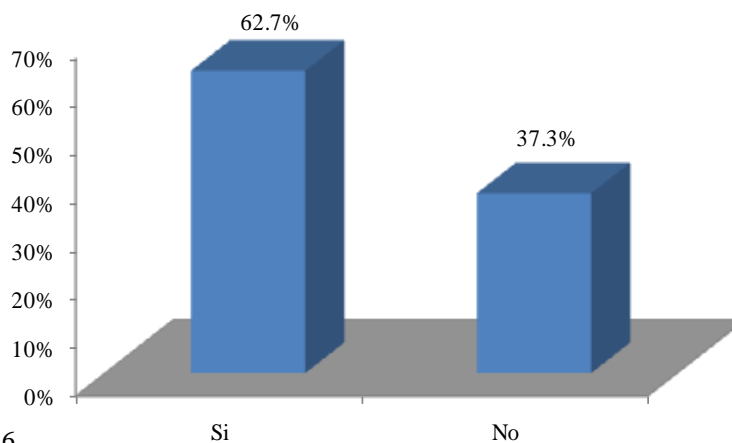
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	96	62.7
No	57	37.3
Total	153	100.0

Fuente: guía entrevista

Análisis: el 62.7% contestó que si recibe remesas familiares y solo el 37.3% no recibe remesas.

Interpretación: los padres de familia manifestaron recibir remesas familiares eventualmente lo cual no contribuye a tener una estabilidad económica dificultando en casos como cuando sus hijos se enferman y no tienen el dinero necesario para llevarlos a la unidad de salud agregando a esto que sus ingresos económicos oscilan entre 100 y 200 dólares ya que en los hogares solo trabaja un miembro.

Grafico 24. Padres de familia que reciben otro tipo de ingreso económico como remesas familias.



Fuente: tabla 26

Tabla 27. Personas que tienen trabajo en cada hogar.

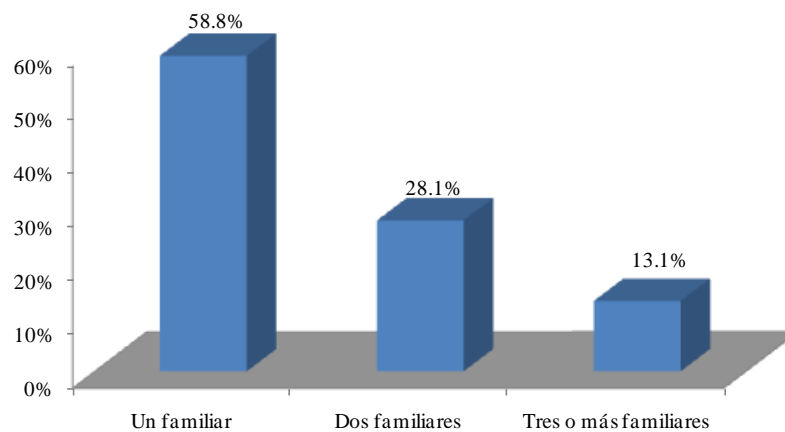
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Un familiar	90	58.8
Dos familiares	43	28.1
Tres o más familiares	20	13.1
Total	153	100.0

Fuente: ficha familiar

Análisis: el 58.8% de los entrevistado solo trabaja un miembro de la familia, el 28.1% trabajan dos familiares y solo el 13.1% trabajan tres o más familiares en su hogar.

Interpretación: la mayoría de los hogares solo trabaja un familiar lo cual con lleva a obtener bajos ingresos económicos y una mala calidad de vida predisponiendo a morbilidades, generando también inestabilidad familia.

Grafico 25. Personas que tienen trabajo en cada hogar.



Fuente: tabla 27

Tablas 28. El padre de familia que es responsable sobre sus hijos.

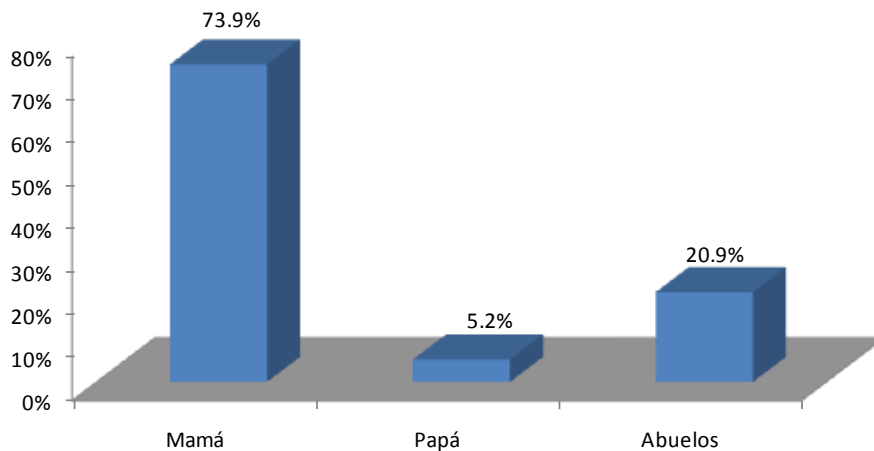
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Mamá	113	73.9
Papá	8	5.2
Abuelos	32	20.9
Total	153	100.0

Fuente: guía entrevista

Análisis: el 73.9% manifestaron que la mama decide donde llevar lo a consultar cuando este se enferma, el 20.9% dijo que son los abuelos y solo el 5.2% manifestó que los padres.

Interpretación: en la mayoría de los casos el responsable del menor de edad es la madre la cual es la que decide llevarlo a consultar y en según instancia la abuela ya que ellas son las encargadas del hogar.

Grafico 26. El padre de familia que es responsable de sus hijos.



Fuente: Tabla 28

Tabla 29. Padres de familia que consideran que las etnoprácticas son un tratamiento en las enfermedades diarreicas

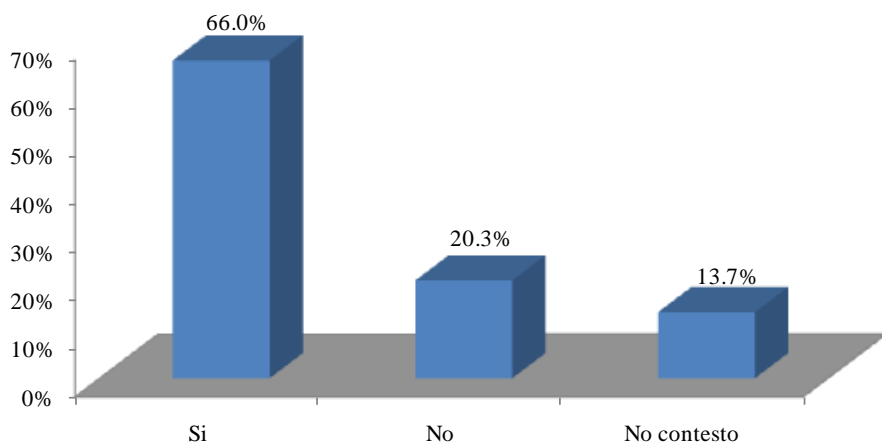
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	101	66.0
No	31	20.3
No contesto	21	13.7
Total	153	100.0

Fuente: guía entrevista.

Análisis: El 66% manifestaron conocer las consecuencias al realizar las etnoprácticas y solo 20.3% no conocen las consecuencias.

Interpretación: la mayoría de los padres de familia manifestaron que las etnoprácticas son un tratamiento en las enfermedades diarreicas, evidenciándose el desconocimiento de las consecuencias que estas podrían acarrearles.

Grafico 27. Los padres de familia que consideran que las etnoprácticas son un tratamiento en las enfermedades diarreicas.



Fuente: Tabla 29

5.2 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

PRUEBA DE HIPOTESIS 1

Hi: Los padres de familia no poseen el conocimiento sobre las etnoprácticas para tratar las enfermedades diarreicas en niños de 0-5 años.

Ho: Los padres de familia poseen conocimientos adecuados sobre las etnoprácticas para tratar enfermedades diarreicas en niños de 0-5 años

Tabla 30. Nivel de conocimiento

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
No tiene conocimiento	13	8.5
Poco conocimiento	65	42.5
Tiene conocimiento	56	36.6
Mucho conocimiento	19	12.4
Total	153	100.0

Análisis: se ha utilizado como herramienta la escala de Likert, adecuándola a la investigación para poder homologar el criterio de nivel de conocimiento (se utilizó para ello los datos de las tablas 11,12,13,14) realizada a la población encuestada; tiene mucho conocimiento representa el 12.4% de la población más la que tiene solamente conocimiento representa un 36.6% y unidos alcanzan el 49% de la población total representando la categoría que poseen el conocimiento; ahora la que tiene poco conocimiento es de 42.5%, más la que no tiene conocimiento que es 8.5% de la población, sumando así 51% de la población total representando a la categoría de que no posee el conocimiento.

Para comprobar esta hipótesis en este caso se realizó la siguiente tabla de contingencia en donde se realiza la relación entre el conocimiento de los padres sobre las etnoprácticas con el tratamiento que se les da a los niños cuando estos se enferman.

Tabla 31. Comprobación de hipótesis N° 1

Tipo de conocimientos	Cada vez que su niño enferma de diarrea a quien acude en primera instancia a consultar					Total
	Acude a familiares	Consulta amigos o vecinos	Acude a curanderos	Acude a personal de salud	No acude a nadie	
Adecuado	7	1	1	66	0	75
Inadecuados	18	5	20	33	2	78
Total	25	6	21	99	2	153

Prueba del Chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37.653	4	.000
Razón de verosimilitudes	42.919	4	.000
Asociación lineal por lineal	29.134	1	.000
N° de casos válidos	153		

El valor de χ_{obt}^2 es de 37.653.

El valor de la χ_{crit}^2 se obtiene buscando sus grados de libertad y su valor de significancia en la tabla.

Grados de libertad (gl) es igual a

$$gl = (\text{Total de filas} - 1)(\text{Total de columnas} - 1)$$

$$gl = (2-1)(5-1)$$

$$gl = 4$$

Ahora se busca en la tabla Chi-cuadrado el valor de la χ_{crit}^2 gl= (4, 0.05)= 9.488.

Como el valor $\chi_{obt}^2 > \chi_{crit}^2$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación que los padres de familia (su mayoría) no poseen conocimientos adecuados sobre las etnoprácticas para tratar enfermedades diarreicas en niños de 0-5 años.

PRUEBA DE HIPOTESIS 2

Hi: Los padres de familia conocen los tipos de etnoprácticas más comúnmente realizadas en el Municipio de Sesor San Miguel.

Ho: Los padres de familia no conocen los tipos de etnoprácticas más comúnmente realizadas en el Municipio de Sesor San Miguel.

Para comprobar esta hipótesis se usó la tabla de frecuencia y las proporciones donde

Ho₂: $p \leq 50\%$

Hi₂: $p > 50\%$

Conoce usted qué tipo de curaciones casera son más comúnmente realizadas en el municipio de Sesor

Tabla 32. Comprobación de la hipótesis N° 2

Tipos de Etnoprácticas	Frecuencia	Porcentaje
Sobo	21	13.7
Paladeo	15	9.8
ambas	36	23.5
No contesto	81	53
Total	153	100.0

En este caso \hat{p} es la proporción obtenida de las personas que conocen 2 o más etnopracticadas. En este caso $\hat{p} = \frac{90}{153} = 0.588$

P= 0.50 y Q= 0.50 son los valores propuestos en la hipótesis y n= 153 entrevistados

$$Z = \frac{\hat{p} - P}{\sqrt{\frac{PQ}{n}}}$$

$$Z = \frac{0.588 - 0.50}{\sqrt{\frac{(0.50)(0.50)}{153}}}$$

$$Z = \frac{0.088}{\sqrt{0.001633986}}$$

$$Z = \frac{0.088}{0.040422604}$$

$Z = 2.177$ es el valor de Z obtenido

El valor de Z crítico del 95% de confianza de una cola es de 1.645.

Si $Z_{\text{Crit}} \geq Z_{\text{Obt}}$ se acepta la hipótesis nula

Si $Z_{\text{Obt}} > Z_{\text{Crit}}$ se rechaza la hipótesis nula

En este caso $2.177 > 1.645$ por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna que los padres de familia del municipio de Sesori conocen la mayoría de etnoprácticas comúnmente utilizadas, ya que la mayoría de ellos conocen dos o más.

PRUEBA DE HIPOTESIS 3

H₀₃: Los padres de familia no someten a sus hijos a las etnoprácticas por factores de salud, educativos, económicos y culturales

H_{i3}: Los padres de familia someten a sus hijos a las etnoprácticas por factores de salud, educativos, económicos y culturales.

Para comprobar las hipótesis en este caso se tendrá que realizar una tabla de contingencia por cada factor individualmente.

Tabla 33. Comprobación de hipótesis por factor económico.

Ingreso mensual familiar	Cada vez que su niño enferma de diarrea a quien acude en primera instancia a consultar					Total
	Acude a familiares	Consulta amigos vecinos	Acude a curanderos	Acude a personal de salud	No acude a nadie	
Menos de \$200	22	4	18	75	2	10
Más de \$200	0	1	0	21	0	121
No contesto	3	1	3	3	0	22
Total	25	6	21	99	2	153

Prueba de chi-cuadrado	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16.879	8	.031
Razón de verosimilitudes	22.944	8	.003
Asociación lineal por lineal	10.702	1	.001
N° de casos válidos	153		

El valor de χ_{obt}^2 es de 16.879

El valor de la χ_{crit}^2 se obtiene buscando sus grados de libertad y su valor de significancia en la tabla.

Grados de libertad (gl) es igual a

$$gl = (\text{Total de filas} - 1)(\text{Total de columnas} - 1)$$

$$gl = (3-1)(5-1)$$

$$gl = 8$$

Ahora se busca en la tabla Chi-cuadrado el valor de la χ_{crit}^2 de 8 grados de libertad con una significancia de $\alpha = 0.05$ es igual a 15.507.

Como el valor $\chi_{obt}^2 > \chi_{crit}^2$ se rechaza la hipótesis nula por tanto se acepta la alternativa que los padres de familia someten a sus hijos a etnoprácticas por el factor económico.

Tabla 34. Comprobación de hipótesis por factor económico.

Tiene trabajo actualmente	Cada vez que su niño enferma de diarrea a quien acude en primera instancia a consultar					Total
	Acude a familiares	Consulta amigos vecinos	Consulta a curanderos	Acude al personal de salud	No acude a nadie	
Si	12	1	2	43	0	58
No	10	5	18	50	2	85
No contesto	3	0	1	6	0	10
Total	25	6	21	99	2	153

Prueba de Chi-cuadrado	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15.731	8	.046
Razón de verosimilitudes	18.220	8	.020
Asociación lineal por lineal	4.751	1	.029
N° de casos válidos	153		

El valor de χ_{obt}^2 es de 15.731

El valor de la χ_{crit}^2 se obtiene buscando sus grados de libertad y su valor de significancia en la tabla.

Grados de libertad (gl) es igual a

$$gl = (\text{Total de filas} - 1)(\text{Total de columnas} - 1)$$

$$gl = (3-1)(5-1)$$

$$gl = 8$$

Ahora se busca en la tabla chi-cuadrado el valor de la χ_{crit}^2 de 8 grados de libertad con una significancia de $\alpha = 0.05$ es igual a 15.507

Como el valor $\chi_{obt}^2 > \chi_{crit}^2$ por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna que los padres de familia someten a sus hijos a etnoprácticas por el desempleo.

Tabla 35. Comprobación de hipótesis por factor salud.

Inaccessibilidad geográfica a las Unidades de salud	Cada vez que su niño enferma de diarrea a quien acude en primera instancia a consultar					Total
	Acude a familiares	Consulta amigos vecinos	Acude a curanderos	Acude al personal de salud	No acude a nadie	
Menos de 1 hora	11	3	2	46	1	63
Más de una hora	14	3	19	53	1	90
Total	25	6	21	99	2	153

Prueba de Chi-cuadrado	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.169	4	.038
Razón de verosimilitudes	11.970	4	.018
Asociación lineal por lineal	7.795	1	.005
N° de casos válidos	153		

El valor de χ_{obt}^2 es de 10.169

El valor de la χ_{crit}^2 se obtiene buscando sus grados de libertad y su valor de significancia en la tabla.

Grados de libertad (gl) es igual a

$$gl = (\text{Total de filas} - 1)(\text{Total de columnas} - 1)$$

$$gl = (2-1)(5-1) = 4$$

Ahora se busca en la tabla Chi-cuadrado el valor de la χ_{crit}^2 de 4 grados de libertad con una significancia de $\alpha = 0.05$ es igual a 9.488

Como el valor $\chi_{obt}^2 > \chi_{crit}^2$ se rechaza la hipótesis nula por tanto se acepta la alternativa que los padres de familia someten a sus hijos a etnoprácticas por inaccesibilidad geográfica a las unidades de salud.

Tabla 36. Comprobación de hipótesis por factor educativo.

Sabe leer y escribir	Cada vez que su niño enferma de diarrea a quien acude en primera instancia a consultar					Total
	Acude a familiares	Consulta amigos o vecinos	Acude a curanderos	Acude a personal de salud	No acude a nadie	
Si	21	4	4	90	1	120
No	4	2	17	9	1	33
Total	25	6	21	99	2	153

Prueba de Chi-cuadrado	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	54.793	4	.000
Razón de verosimilitudes	46.384	4	.000
Asociación lineal por lineal	45.028	1	.000
N° de casos válidos	153		

El valor de χ_{obt}^2 es de 54.793

El valor de la χ_{crit}^2 se obtiene buscando sus grados de libertad y su valor de significancia en la tabla.

Grados de libertad (gl) es igual a

$$gl = (\text{Total de filas} - 1)(\text{Total de columnas} - 1)$$

$$gl = (2-1)(5-1)$$

$$gl = 4$$

Ahora se busca en la tabla chi-cuadrado el valor de la χ_{crit}^2 $gl=(4, 0.05)= 9.488$.

Como el valor $\chi_{obt}^2 > \chi_{crit}^2$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que los padres de familia someten a sus hijos a etnoprácticas por el analfabetismo.

De acuerdo a los resultados estadísticos obtenidos al evaluar los cuatro factores individualmente, se obtuvo que todos inciden y que los padres de familia si someten a sus hijos a las etnoprácticas por factores como el analfabetismo, el desempleo, inaccesibilidad geográfica a las unidades de salud, y económicos.

6. DISCUSION

A partir del tema de investigación el cual es: “conocimiento que poseen los padres de familia sobre etnoprácticas en el tratamiento de las enfermedades diarreicas en niños de 0-5 años que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar urbano y san Sebastián del Municipio de Sesori San Miguel en el periodo de agosto a octubre de 2012.”

Se puede decir que según los resultados obtenidos que el total de padres de familia entrevistados fue de 153, predominando el género femenino (75.2%). La edad de la mayoría de los entrevistados oscila entre los 26 a 30 años; donde el 46.4% son amas de casas y predominan los de la zona rural en un 68.6%, los niños que más consultaron por diarrea fueron del sexo femenino en un 74.5% y las edad que con mayor frecuencia consultaron oscilan entre 1 a 2 años con un 32%. los padres de familia (su mayoría) un 51% no poseen conocimientos sobre las etnoprácticas para tratar enfermedades diarreicas en niños de 0-5 años, en cuanto el nivel educativo el 51.6% de la población tiene estudios básico, y el 22.2% con estudios de bachillerato, el 20.3 % son analfabetas y solo el 5.9 % tienen un estudio universitario, interviene en ello que solo cuentan con una escuela pública y un instituto razón por la cual no toda la población en edad escolar tiene acceso al estudio, lo usual es encontrar que solo un miembro de la familia trabaja (soporte familiar) en un 58.8% en actividades agrícolas percibiendo mensualmente un salario menor del mínimo en un 64.1% esta condición aunado al grado de educación que es el nivel básico con el 51.6% esto facilita comprender el porqué de la búsqueda de atención inmediata a las curaciones caseras en 52.9% para los menores de 5 años que padecen de enfermedades diarreicas y por el hecho que es más barato en un 69.3%, cuando se interrogo a los padres de familias si era adecuado el uso de etnoprácticas en el tratamiento de las diarreas el 57.5 % contestaron que no, a la vez se le pregunto si tomaba algunas precauciones en el manejo y preparado de los alimentos y el 61.4% contestaron que sí.

En cuanto a los resultados arrojados en la investigación se demuestra que las etnoprácticas son un tema de mucha influencia en nuestro país y que afecta a la población en general, pero a predominio de las personas que proceden de las áreas rurales que tienen ingresos económicos bajos, la inaccesibilidad a los centros de salud, y que alcanzan apenas el nivel educativa básico. Se sabe que existe un porcentaje considerable de personas sin el conocimiento adecuado es por ello que en las recomendaciones se exponen algunos aspectos importantes para que se continúe con esta ardua y difícil tarea, la cual se lograra según el esfuerzo de los padres de familia, el personal de salud, ministerio de educación y la comunidad.

Tomando en cuenta otros estudios similares a esta problemática de las etnoprácticas como el realizado por IEPROES (Instituto Especializado en Profesionales de la Salud) en 2006 que pretendía Entender, desde una perspectiva antropológica, el empleo de las etnoprácticas (en niños menores de 5 años) y sus repercusiones en la salud de los menores de 5 años de las comunidades urbanas y rurales de la zona oriental de El Salvador. En el cual se concluyó que las etnoprácticas constituyen un patrón cultural muy arraigado a la idiosincrasia de la población, vista como un medio de curación para aquellas enfermedades que científicamente no tienen explicación ni cura, cuya concepción difícilmente puede ser modificada o erradicada en las personas, ya que desde recién nacidos empiezan a ser sometidos a este tipo de procedimiento

Otro estudio realizado en el Hospital de niños Benjamín Bloom tomo como objetivo Determinar el conocimiento de las etnoprácticas que los padres de familia realizan para tratar las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS), en los niños de 0 a 5 años que visitan la unidad de emergencia del Hospital en el 2011 en el cual se concluyó que las dos etnoprácticas más utilizadas por la población en estudio son la automedicación en un 85% para el tratamiento de las enfermedades diarreicas, y una minoría al curandero. El rango de edad entre la cual oscilaba la mayoría de los entrevistados es de 20 a 30 años, y la mayoría de ellas tenían un nivel educativo de bachillerato.

Por ello se deduce que los resultados obtenidos en la investigación sobre el conocimiento que poseen los padres de familia y con los expuestos anteriormente en los cuales se toma como base relevante el conocimiento de los padres sobre las etnoprácticas en menores de 5 años como tratamiento en las enfermedades diarreicas sin importar la diferencia de tiempo entre un estudio , ni el lugar de estudio ,como factor común dirigido a los padres de familia, se puede deducir que en los últimos años no ha cambiado la falta de conocimiento que tienen los padres de familia sobre las etnoprácticas, algunos tienen conocimiento sobre las enfermedades diarreicas, pero no sobre etnoprácticas razón por la cual se siguen utilizando en niños menores de 5 años. Es de mencionar también que se tuvieron algunas limitantes en la investigación se considera que una de ellas fue que algunos padres de familia no concluyeron bien sus respuestas por ejemplo cuando se les pregunto qué tipo de curaciones casera son más comúnmente realizadas en el municipio de Sessori un 6.5% no contesto.

En ocasiones durante la aplicación de la cedula de entrevista los padres de familia tenían dudas al darnos sus respuestas quizá tenían el temor por alguna consecuencia ya que ellos son los responsables inmediatos de sus hijos.

Se espera que este estudio sirva de orientación y comparación con otros estudios de investigación que se puedan realizar en años posteriores con el fin de seguir evaluando la evolución y el progreso de la adquisición del conocimiento adecuado de los padres de familia sobre las etnoprácticas y así detectar vacíos y barreras que existen para prevenir la incidencia del uso de estas prácticas en niños.

7. CONCLUSIONES

Al haber finalizado con la tabulación, análisis, e interpretación de los resultados obtenidos de la investigación sobre el conocimiento que poseen los padres de familia sobre etnoprácticas en el tratamiento de enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años del municipio de Sesori de la ciudad de san miguel se concluye:

1. La mayoría de los padres de familia, quienes representan el 51% del estudio tienen poco o ningún conocimiento sobre el tema de etnopracticadas.
2. Se deduce que la dos etnoprácticas más conocidas entre los padres encuestados son el paladeo y el sobo haciéndonos un porcentaje de 28.5%.
3. Según nuestro estudio el factor económico juega un papel importante a la hora de tomar la decisión de consultar; ya que en un 55.6% se encuentran desempleadas , y el resto solo cuentan con un ingreso económico menor de dos cientos dólares ; el área geográfica en un 53% por inaccesibilidad a las UCSF, distancia a recorrer y tiempo en desplazarse, además del transporte utilizado , el factor cultural en un 33.7 % ya que consultan a curanderos y el factor educativo donde el 21.6% manifestó ser analfabeta influyendo así en la toma de decisiones al momento que sus hijos se enferman.

8. RECOMENDACIONES

Ya conocida las diferentes conclusiones del trabajo de investigación acerca del conocimiento que poseen los padres de familia sobre etnoprácticas en el tratamiento de enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años del municipio de Sesori de la ciudad de San Miguel se proponen las siguientes recomendaciones con el fin que puedan ser retomadas por las personas y entidades correspondientes con el objetivo de orientar a los padres de familias sobre las etnoprácticas y su prevención disminuyendo las complicaciones, secuelas y muertes en niños menores de 5 años.

Al Ministerio de Salud:

1. Coordinar de forma eficaz y continua programas de prevención dirigidos al personal de salud (principalmente al primer nivel) sobre etnoprácticas realizadas por la población de Sesori en el tratamiento de las enfermedades diarreicas en niños.
2. Capacitar a los individuos que se dedican a la realización de etnoprácticas como medio de sustento, para que adquieran conocimientos científicos y no utilicen prácticas empíricas en niños y guiarlos a través de guías identifiquen cuando referir un menor al centro de salud y así evitar complicaciones debido a las enfermedades diarreicas en los infantes.
3. Propuesta de ley por parte del MINSAL Encaminada al órgano legislativo: Que existan leyes para que se pueda condenar a las personas que ejercen las etnoprácticas indiscriminadamente en niños ya que en la actualidad se cuenta con leyes que puedan proteger a los menores afectados con el uso de las diferentes etnoprácticas ya que son realizadas por personas que no tienen conocimiento sobre el área de salud.

Al Ministerio de Educación:

1. Que exista una coordinación con el Ministerio de Salud para la capacitación del personal educativo en materia de salud preventiva, no solo en el tema de las etnoprácticas como tratamiento en las enfermedades diarreicas sino para otro tipo de enfermedades, a través de charlas que sean impartidas en las escuelas para padres.

A los medios de comunicación

1. Informar a la población lo nocivo que podría ser la realización de etnoprácticas en los niños de 0-5 años, y que se conviertan en entes activos y así poder disminuir la incidencia en el Municipio de Sesorí, San Miguel.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. [http://www.filosofia.org/aut/003 aut/pag.49](http://www.filosofia.org/aut/003%20aut/pag.49)
2. García CHR. Bases de la Medicina Natural. 4ta. ed. La Habana: Editorial Armonía, 1999:30.
3. <http://www.europapress.es/sociedad/salud/noticia-australia-medicina-alternativa-puede-ser-peligrosa-ninos-estudio-20101223124946.html>
4. www.fda.gov/Medwatch/report.htm
5. Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2002/2003. San salvador, julio del 2004.
6. EDH," Etnoprácticas matan tanto como el dengue", El diario de Hoy, El Salvador, 2001.
7. Revista Cubana Medicina General Integral vol.28 no.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2012
8. Revistachilenapediatría v.74 n.1 Santiago ene. 2003
9. Zulfigar Ahmed Bhuta, gastroenteritis aguda en niños, Nelson tratado de Pediatría edición 18, España, editorial ELSEVIER 2009,página 1605 a 1626
10. Elia B. Pineda, Eva Luz de Alvarado. Metodología de la investigación, Tercera Edición Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C: OPS, c 2008, capitulo 16, pág. 218-260 (serie PALTEX para Ejecutores de Programa de Salud No. 47).

ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDAD DE ELSALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA

GUIA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LA POBLACION EN ESTUDIO.

OBJETIVO: Recopilar información sobre el conocimiento que poseen los padres de familia sobre etnoprácticas en el tratamiento de enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años del municipio de Sesori de la ciudad de san miguel

N ° _____

I. Datos personales de los padres de familia o responsables.

1. Edad del padre de familia _____

2. Sexo: M F

3. Sabe leer y escribir: SI NO

4.Cuál es su último grado de estudio:

-Básico

-Bachillerato

-Grado superior

-No estudia

5. Ocupación:

-Ama de casa

-Comerciante

-Agricultor

-Asalariado

-Profesional

-No trabaja

6. Domicilio: Urbano Rural

7. Estado familiar: Casado Soltero Acompañado Divorciado

II. Datos personales del niño (a)

8. Edad del niño (a): _____

9. Sexo: M F

III. Curaciones caseras (Etnoprácticas)

10. ¿Sabe que son las curaciones caseras? SI NO

Explique? _____

11. ¿Qué tipo de curaciones caseras conoce?

-Sobo

-Paladeo

-Ambas

-No contesto

12. ¿Considera que son adecuadas en el tratamiento de las diarreas en niños menores de 5 años?

SI NO

13. ¿Mencione algunas razones por las cuales los padres de familia llevan a sus hijos al curandero cuando este tiene diarrea?

- Más barato
- Inaccesibilidad geográfica
- Tradición familiar
- Desconocimiento de la información
- No contesto

14. ¿Conoce usted qué tipo de curaciones caseras son más comúnmente realizadas en el municipio de Sesori?

- Sobo
- Paladeo
- Ambas
- No contesto

15. ¿Qué tipos de prácticas conoce que son más frecuentemente utilizadas para tratar la diarrea en niños menores de 5 años?

- Llevarlos a sobar
- Darles tomas para el empacho
- Remedios caseros
- Otro (especificar).....

IV. Enfermedades diarreicas

16. ¿Cada vez que su niño enferma de diarrea a quién acude en primera instancia a consultar?

-No acude a nadie.

-Acude a personal de salud

-Acude a familiares

-Consulta a amigo o vecino

-Acude a curandero

-Otro (especificar) _____

17. ¿Cuándo el niño tiene diarrea ¿después de cuánto tiempo solicita Ud., ayuda o consulta al médico y porque?

-De inmediato

-Dentro de las primeras 24 horas

-Dentro de 1 a 3 días

-Después de más de 3 días

-No lo lleva a consultar

-Otro (especificar) _____

18. ¿En qué momento acude usted a un centro de salud cuando su hijo presenta diarrea?

-Cuando tiene diarrea como agua a cada rato.

-Cuando la diarrea le dura más de tres días.

-Cuando tiene diarrea con moco, sangre y fiebre.

-Cuando esta deshidratado.

-Otro (especificar) _____

19. ¿Cuándo el niño presenta diarrea ¿Cuál cree que es la causa?

-Parasitismo

-Rotavirus

-Preparación inadecuada de los alimentos

-Brotos de los dientes

-Salmonelosis

20. ¿Toma algunas precauciones en el manejo y preparado de los alimentos?

Si No No contesto

21. ¿En qué momento realiza el lavado de manos?

-Antes de cada comida

-Después de cada comida

-Antes y después de cada comida

-No contesto

V. Factores por los cuales los padres de familia someten a sus hijos a etnoprácticas.

22. ¿Tiene trabajo actualmente ? SI NO

23. ¿Cuánto tiempo se tarda en llegar al centro de salud desde su casa?

-Media hora

-Una hora

- Dos horas y media

-Más de dos horas

24. ¿Qué medio de transporte utiliza para llegar al centro de salud?
- Caminando
 - En transporte colectivo
 - En transporte privado
 - En caballo
25. ¿De cuánto es el ingreso económico en su hogar?
- Menos de \$100
 - \$100 a \$ 200
 - \$ 200 a \$ 300
26. ¿Recibe remesas familiares? SI NO
27. ¿Cuántos familiares trabajan en su hogar?
- Un familiar
 - Dos familiares
 - Tres o más familiares
28. ¿Cuándo su hijo se enferma quien decide donde llevarlo?
- Mama
 - Papa
 - Abuela
 - Suegra
 - Otro
29. ¿Considera usted que los padres de familia al utilizar las curaciones caseras para el tratamiento de la diarrea podrían presentar consecuencias en sus hijos?
- SI NO

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha:

Yo: -----

Me han solicitado la ayuda para recopilar información sobre el conocimiento que poseen los padres de familia sobre etnoprácticas en el tratamiento de enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años del municipio de Sesori de la ciudad de san miguel.

Por lo tanto doy mi consentimiento para ayudar a recolectar dicha información que ayudara a concluir dicha investigación.

Firma paciente

Huellas del Paciente

ANEXO 3
ETIOLOGÍA DE LAS DIARREAS INFECCIOSAS

Bacteriana	Virales
<p>Escherichiacoli Shigella Salmonella Campylobacterfetusjejuni Yersiniaenterocolitica Klebsielaenterobacter Pseudomonaeruginosa Staphylococcus aureus Clostridium (difficile, perfringes) VibriosCholera Aeromonas Pleisiomonas</p>	<p>Rotavirus Adenovirus Agente de Norwalk Agente parecido al Norwalk Coronavirus Astrovirus Entrovirus Coxsackie</p>
Parasitarias	Hongos
<p>Cryptosporidiumparvum Giardialamblia Ciclosporacayetanensis Entamoebahistolytica Balantidiumcol</p>	<p>Cándida Albicans Histoplasmosis Diseminada</p>
Alimentarias	Medicamentosas
<p>Abandono de la lactancia materna Administrar fórmulas de leche muy concentradas Intolerancia a la lactosa Exceso en la ingesta de frutas y vegetales</p>	<p>Efecto terapéutico de: laxantes Efecto colateral: Antibióticos Antiácidos Antihipertensivos Quimioterapéuticos Digoxina Quinidina</p>
Endocrino metabólicas	Otros
<p>Insuficiencia Suprarrenal Hipertiroidismo Uremia</p>	<p>Poliposis difusa Divertículos del colon Hemorragia intestinal</p>

ANEXO 4

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL NIÑO CON ENFERMEDAD DIARREICA

Antibióticos.

Son pues pocas las diarreas infecciosas en las cuales los antibióticos pueden reducir significativamente su gravedad, duración y acortar el periodo de excreción del agente causal, caso de las diarreas por Shigella, Vibrio Cholerae.

Niños

Trimetoprim/sulfametoxazol 10 mg TMP o 40 mg SMZ/kg/ día divididos cada 12 h por 5 días

Alternativa

En casos de shigellas resistentes al trimetoprim/sulfametoxazol se utiliza ácido nalidíxico 60 mg x kg/ día dividido cada 6 h por 5 días.

En cepas sensibles puede utilizarse también ampicilina 100 mg x kg x día por 5 días.

En casos graves de shigelosis en niños que no toleren la vía oral y estado general comprometido se utilizará alguna cefalosporina de tercera generación: Ceftriaxona 100 mg/kg/día IV (cada 12 h).

En caso del cólera comprobadas y sospechosas puede administrarse tetraciclina durante 2 días por que disminuye en cerca de 50% del volumen total de las heces diarreicas todos estos fármacos son para administración oral.

Salmonella typhi y paratyphi

Niños Cloranfenicol 25 mg/kg/día cada 6 h. por 7-10 días.

Ceftriaxona 75 mg/kg cada 24 h IV por 5-10 días.

Alternativa

Ciprofloxacina 10-15 mg/kg/día cada 12 h por 10 días.

Antiespasmódicos.

Este grupo de drogas, usadas frecuentemente como “Antidiarreicos” por su acción sobre la motilidad intestinal incluye a los alcaloides: como elixirparegórico, tintura de opio y a los derivados opiáceos. Ninguno de ellos se recomienda para el uso en niños con diarrea porque sus beneficios son muy pocos y pueden causar serios efectos secundarios. Todos ellos pueden causar náuseas y vómitos otorgamiento, íleo paralítico e incluso paro cardiaco pulmonar.

Antiparasitarios.

Entamoebahistolytica

Niños: Metronidazol 30 a 50 mg/kg/día divididos cada 8 h por 10 días.

Paramomicina (aminosidina) 30 mg /kg/día divididos cada 8 h por 10 días.

Diloxanida (furamida) 20 mg/kg/día divididos cada 8 h por 10 días.

Alternativa

Secnidazol (tab 500 mg) 30 mg x kg en 2 subdosis un solo día.

Giardialamblia

Niños: Metronidazol 15 mg/kg/día divididos cada 8 h por 7 días.

Alternativo

Tinidazol 50 mg/kg/día.

Secnidazol 30 mg x kg en 2 subdosis un solo día.

Quinacrina 6 mg/kg/día divididos cada 8 h por 7 días.

Furazolidona 20 mg/kg/día divididos cada 8 h por 7 días.

Diarreas por des alimentación:

En general los niños alimentados a pecho tienen menos probabilidad de padecer de diarreas que los niños alimentados artificialmente, y en general el aparato digestivo del lactante (niño menor de un año) es muy sensible a las transgresiones alimentarias, tanto cuantitativas (híper o hipo alimentación) como cualitativas (fórmulas muy concentradas, exceso de azúcares, alimentos mal preparados, toxinas).

Anexo 5 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Nº	ACTIVIDADES	Abr-12				May-12				Jun-12				Jul-12				Ago-12				Sep-12				Oct-12				Nov-12				Dic-12				Ene-13				Feb-13				Mar-13				Abr-13				May-13			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
1	Reunión general con la coordinación del proceso de graduación																																																								
2	Inscripción del proceso	15																																																							
3	Elaboración del perfil de investigación																																																								
4	Entrega del perfil de investigación			27																																																					
5	Elaboración del protocolo de investigación																																																								
6	Entrega de protocolo de investigación															10																																									
7	Ejecución de la investigación																																																								
8	Tabulación, análisis e interpretación de los datos																																																								
9	Redacción del informe final																																																								
10	Entrega del informe final																																							18																	
11	Exposición oral de los resultados																																								2																

ANEXO 6

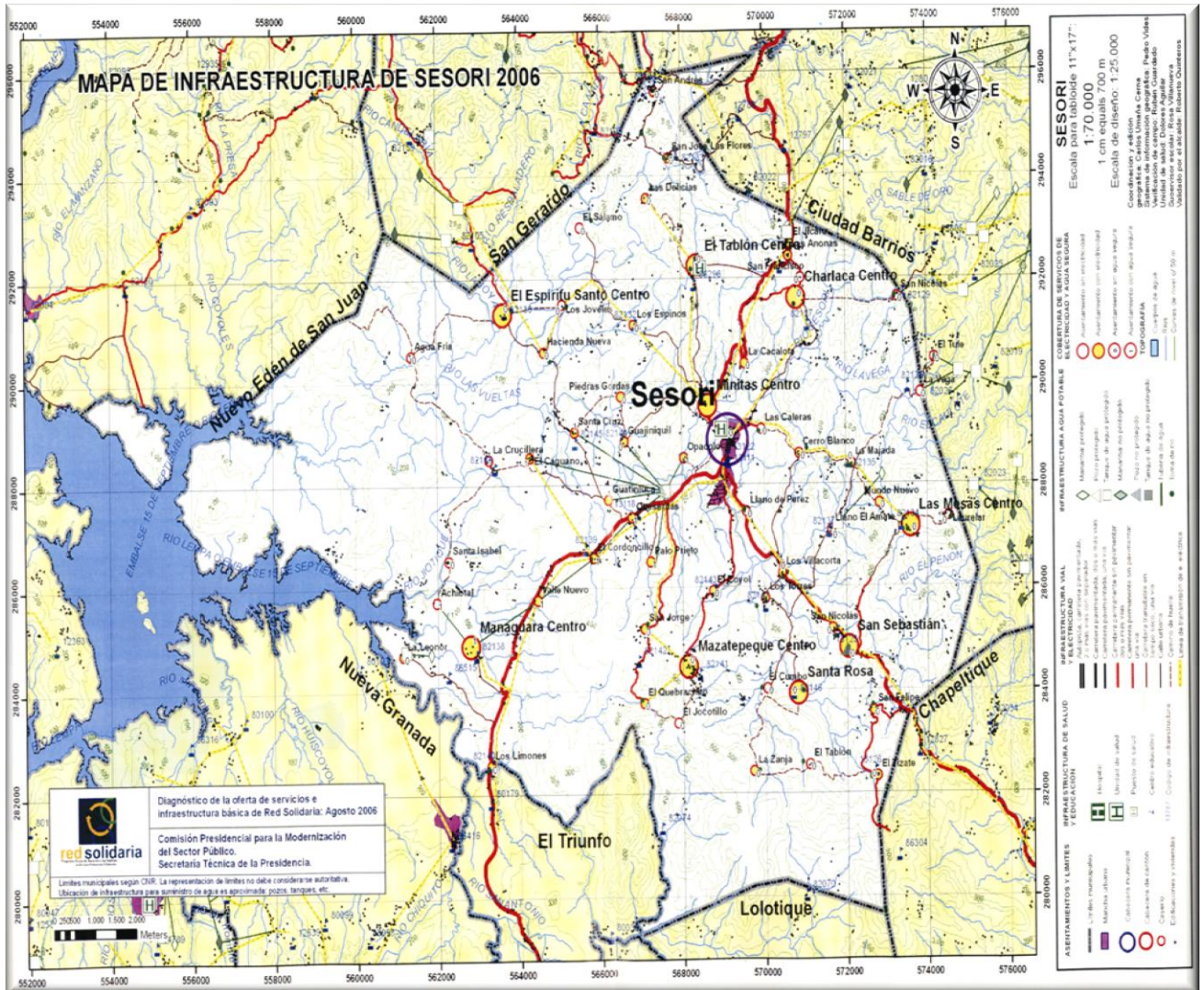
PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

CANT.	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO \$	PRECIO TOTAL \$
2	Computadora	900.00	1,800.00
2	Memorias USB	9.00	18.00
3	Bolígrafos	0.15	0.45
3	Lápiz	0.15	0.45
4	Borradores	0.25	1.00
2	Calculadora	5.00	10.00
7	Fotocopias de perfil	1.50	10.50
8	Fotocopias de protocolo	2.25	18.00
15	Anillados (perfil y protocolos)	2.50	37.50
7	Empastados	10.00	70.00
7	Fólderes	0.15	1.05
7	Fastenes	0.10	0.70
	Transporte	5.00	400.00
	Impresiones borradores	51.00	204.00
	Refrigerio para el momento de la exposición	171.00	171.00
4	Cd y copias	0.50	2.00
	Imprevistos 10%		74.00
		TOTAL	\$1018

La investigación será financiada por el grupo investigador

1. Luis Alonso Polío Vásquez \$ 339
2. Karen Lisseth Portillo \$ 339
3. Keiry Yasmin Reyes Fuentes \$ 339

ANEXO 7 MAPA DE SESORI



ANEXO 8

GLOSARIO

Analfabetismo

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

Conocimiento

Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que al ser tomados por si solos, poseen un menor valor cualitativo, facultad o efecto de conocer. Poseen conocimiento aquellos seres capaces de traer a su conciencia en el mundo el mundo que les rodea o su propia realidad, por el conocimiento el sujeto entra con las cosas conocidas en la relación sujeto-objeto.

Consecuencia

Etimológicamente proviene del latín consecuencia. Es todo hecho resultante de otro, que se construye en su causa. Cabe destacar, que algunas consecuencias que resultan en la vida de las personas pueden deberse estrictamente a situaciones que ellas mismas provocan a partir de elecciones o acciones, pueden deberse a situaciones naturales y espontaneas, no provocado directamente por el individuo en cuestión.

Costumbre

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

Diarrea

Eliminación frecuente de heces sueltas y acuosas, generalmente debido al aumento de la motilidad del colon.

Deshidratación

Pérdida excesiva de agua de los tejidos corporales, que se acompaña de un trastorno en el equilibrio de los electrolitos esenciales, particularmente el sodio, potasio y cloro.

Edema Cerebral

Acumulación de líquidos en los tejidos cerebrales.

Incidencia

Lo que sucede en el curso de un evento y que está relacionado con él.

Infusión

Acción de extraer de las sustancias orgánicas las partes solubles de agua, a una temperatura mayor que la del ambiente y menor que la del agua hirviendo.

Morbilidad:

Proporción de personas que enferman en un sitio o tiempo determinado.

Mortalidad

Cantidad de individuos de una población que mueren por unidad de tiempo.

Mal absorción

Disminución de la absorción de las sustancias nutritivas en el conducto gastrointestinal.

Práctica Empírica

Relativo a un método terapéutico basado en observaciones y en la experiencia sin que se conozca la causa o mecanismo del trastorno ni la forma en que el agente terapéutico empleado mejora o cura al enfermo según su utilización del uso continuo o acostumbrado.

Rehidratación

Proceso químico por el que se incorpora agua y sales al cuerpo sin romper la homeostasis.

Sales de Rehidratación Oral

Compuesto formado por la reacción química de la mezcla de sales de sodio para la compensación de estas en el organismo, administrados por la boca.

Sinonimia

Gastroenteritis, enfermedad diarreica aguda (EDA) y modernamente infecciosa intestinal

UCSF

Unidad Comunitaria de Salud Familiar.