

1/25



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

COMO INFLUYEN LOS FACTORES CULTURALES Y EDUCATIVOS PARA LA APARICION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, EN COMUNIDADES RURALES DE MORELIA, MICHOACAN.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A N :
MONICA IVETT BLAS FLORES
MA. ELIZABETH FARFAN DELGADO



MEXICO

ASESORA: MTRA. INIGA PEREZ CABRERA

20718

1999.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A DIOS.
POR DARME LA ALEGRIA
DE EXISTIR Y LA FUERZA
NECESARIA PARA SUPERAR
LOS RETOS TRAZADOS Y
LOGRAR MIS METAS ANHELADAS.

A MIS PADRES Y HERMANOS.
POR SU APOYO, COMPRENSION,
PACIENCIA Y POR CREER EN MI.

A MI COMPAÑERA DE TESIS.
POR SU PACIENCIA EN LA
REALIZACION DE LA INVESTIGACION.

POR NUESTRA AMIGA:
MAESTRA INIIGA PEREZ
POR TERNERNOS PACIENCIA
DURANTE TODA LA INVESTIGACION.
G R A C I A S.....

INDICE

Introducción

| | |
|---|-----------|
| 1. Implicaciones de la investigación | 1 |
| 1.1 Marco de Referencia | 3 |
| 1.2 Delimitación del Problema | 4 |
| 1.3 Descripción del Problema | 5 |
| 1.4 Planteamiento del Problema | 5 |
| 1.5 Delimitación Espacial | 5 |
| 1.6 Delimitación Temporal | 6 |
| 1.7 Justificación | 6 |
| 1.8 Características de la Población | 7 |
| 1.9 Beneficiarios Reales y Potenciales | 7 |
| 1.10 Objetivo General | 7 |
| 1.11 Objetivos Específicos | 7 |
| 1.12 Hipótesis | 8 |
| 1.13 Variables | 8 |
| 1.14 Fuentes de información | 8 |
| 1.15 Operacionalización de Variables | 9 |
| 2. Fundamentación Teórica | 10 |
| 2.1 Aspectos Generales sobre la Mujer | 10 |
| 2.2 La Condición de la Mujer | 12 |
| 2.3 Hábitos y Costumbres | 14 |
| 2.4 Factores Educativos para la Salud | 16 |
| 2.5 Prestadores de Servicios de Salud | 17 |
| 2.6 Enfermedad Diarreica Aguda | 19 |
| 2.7 PROGRESA | 29 |
| 2.8 Microdiagnóstico de Salud Comunitario | 36 |

| | |
|---|-----------|
| 3. Metodología | 39 |
| 3.1 Características de la investigación | 39 |
| 3.2 Universo | 39 |
| 3.3 Muestra | 39 |
| 3.4 Criterios de las Unidades de Observación | 39 |
| 3.5 Descripción de los métodos | 40 |
| 3.6 Procedimientos y Técnicas Estadísticas | 41 |
| 3.7 Organización de la Investigación | 42 |
| 3.8 Cronograma de Actividades | 42 |
| 4. Resultados | 43 |
| 4.1 Descripción e Interpretación de los Datos | 43 |
| 4.2 Discusión | 52 |
| 4.3 Comprobación de Hipótesis | 53 |
| 4.4 Conclusiones | 56 |
| 4.5 Propuestas | 59 |
| 5. Bibliografía | 61 |
| 6. Anexos | 63 |
| 6.1 Cuestionario | 63 |
| 6.2 Cuadros y Gráficas | 67 |

INTRODUCCIÓN

El hecho de la falta de conciencia de la población en las comunidades marginadas respecto a la higiene de los alimentos, la higiene en general y de la familia, nos sorprendió de sobremanera porque existen los recursos para tener buenos hábitos en beneficio de la salud.

De antemano obtuvimos la información de que en muchos de los ranchos carecen de agua intradomiliaria, y que por lo tanto la extraen de pozos para el consumo diario, como agua "potable", en la preparación de los alimentos y esto limita su uso para otras tareas de limpieza. Pero ¿no es necesario potabilizar el agua para consumo general?, nos referimos a hervirla o clorarla, y es que son muy pocas las personas que lo hacen, la mayoría se la toma así como llega de la tubería o como la sacan de los pozos. Lo más extraño es que todos o casi todos saben las medidas antes mencionadas como estrategia para evitar las enfermedades gastrointestinales o simplemente escuchan esa información en los medios de comunicación masiva. Luego entonces ¿porqué no lo hacen?.

Esta pregunta es la que nos llevó a realizar el presente trabajo en un intento por comprender la actitud de las comunidades marginadas de Morelia, y cómo lograr realicen lo mínimo necesario para evitar las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS).

En el primer capítulo se delimita la problemática observada y se describen los elementos del problema de la investigación a partir de los cuales se realiza el planteamiento del problema "Cómo influyen los factores culturales y educativos en la incidencia de EDAS en la población de 0 - 5 años". De este problema se derivan los objetivos, la hipótesis y las variables para operacionalizarlas y con los indicadores construir el instrumento de recolección de datos.

En el segundo capítulo, se presenta la sustentación teórica de la investigación a través del análisis del papel de la mujer como procuradora de cuidados a los menores, la influencia de los aspectos culturales y educativos en el impacto de los programas prioritarios de salud y el marco político de PROGRESA, en un intento por modificar las condiciones de vida de la comunidad.

En el tercer capítulo la metodología explica, las características de la investigación, el universo y la muestra, el proceso de la investigación de campo, la codificación y tabulación, descripción e interpretación de datos para la comprobación de hipótesis.

En la cuarta unidad se presentan los resultados en cuadros de distribución de frecuencia y de asociación de variables, y en gráficas de barras para facilitar la comprensión de los porcentajes.

En las conclusiones se enfatiza la cultura de la desvaloración de la salud, por lo cual no hay conciencia de autocuidado, por tanto los programas de educación para la salud son poco aplicados en la vida diaria.

Se presenta una propuesta basada en la experiencia del trabajo de campo realizado durante el servicio social.

1. IMPLICACIONES DE LA INVESTIGACION

En las comunidades marginadas de la Ciudad de Morelia, Michoacán existen problemas similares a los de las grandes ciudades, donde la población de las áreas rurales, por la pobreza del campo emigran en busca de mejores condiciones de vida.

Sin embargo, la pobreza no es sólo económica, sino también en educación y por tanto aún cuando existen los recursos está ausente la cultura para utilizarlos como se presenta a continuación.

HECHOS

Los factores culturales del individuo a menudo influyen en la aparición de enfermedades.

Dado que de acuerdo a la forma de pensar y sentir es como se actúa en la vida diaria. Ya que pertenecer a una cultura específica influye en los hábitos personales.

Preocupa más lo que se enseña que el cómo se enseña y consecuentemente el cómo se aprende.

Los servicios de salud nos preocupamos por dar pláticas sobre distintos temas, pero no nos detenemos a pensar si a la gente a la que nos dirigimos entiende lo que se ha dicho o sólo oyen y no escuchan.

Las EDAS son una de las principales causas de enfermedad en los niños menores de 5 años.

La población menor de 5 años es más susceptible a padecer enfermedades.

Ya que los niños juegan la mayor parte del día en el suelo y se llevan a la boca cualquier cosa que encuentran. Además del fecalismo a ras de suelo, tanto de la gente como de los animales.

Al nacer no se cuenta con una inmunidad total, sino que las defensas se van adquiriendo durante la vida, por lo cual los menores de 5 años tienden a enfermar más sobre todo de diarreas e IRAS.

1.1 MARCO DE REFERENCIA

Los factores culturales de las madres, a menudo, influyen en la aparición de enfermedades prevenibles por acciones de autocuidado, dado que de acuerdo a la forma de pensar y sentir es como actúan en la vida diaria, porque pertenecer a una cultura específica influye en los hábitos personales. En este sentido, las enfermeras tienen un rol de educadoras determinante para llevar a cabo un cambio en las actitudes hacia la salud. Sin embargo, les preocupa más lo que se enseña que el cómo se enseña y consecuentemente el cómo se aprende. Los servicios de salud programan pláticas periódicas sobre distintos temas, pero sin detenerse a pensar, si la gente a la que están dirigidas entienden lo que se ha dicho o sólo oyen y no escuchan.

Tal situación se refleja en la incidencia de enfermedades como las EDAS, una de las principales causas de morbilidad en los menores de 5 años de edad. En esta etapa de la vida, sobre todo los niños que no asisten al kinder, juegan la mayor parte del día en el suelo y se llevan a la boca cualquier cosa que encuentran. A esto se suma el fecalismo a ras de suelo tanto de la gente como de los animales. Todo esto aunado a la falta de cuidado de las madres para con sus hijos menores, lleva en consecuencia a problemas de salud como el que nos ocupa en este estudio

Desde el punto de vista epidemiológico, la población menor de 5 años es más susceptible de padecer enfermedades; porque la inmunidad activa se va adquiriendo durante la vida, principalmente en la niñez a través de las inmunizaciones, pero en el caso de las afecciones gastrointestinales no existen las específicas, por lo cual tienden a enfermar más de diarreas e Infecciones Respiratorias Agudas.

1.2 DELIMITACION DEL PROBLEMA

¿Hasta qué grado influyen los factores culturales y educativos en el individuo para la aparición de EDAS en los menores de 5 años?

¿Qué influencia tiene sobre la población el hecho de ser médico, enfermera o promotor al impartir pláticas de educación para la salud?

¿Qué medidas preventivas llevan a cabo las comunidades para prevenir las EDAS de acuerdo a las causas que la provocan?

¿Qué grado de interés tienen las madres para prevenir las diarreas en sus hijos, principalmente en los menores de 5 años?

1.3 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

En nuestro país las enfermedades diarreicas son una de las más importantes y a su vez, la primera causa de mortalidad en niños menores de 5 años, por presentar como consecuencia la deshidratación y en muchos casos la muerte. Por lo tanto, es trascendente conocer el porqué en muchas comunidades no se llevan a cabo las medidas preventivas necesarias, que evitarían la aparición de esta enfermedad.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cómo influyen los factores culturales y educativos, para la aparición de EDAS en niños menores de 5 años, en comunidades rurales de Morelia Michoacán.

1.5 DELIMITACION ESPACIAL

El estudio se realizó en las 20 comunidades correspondientes a las Unidades Móviles Técnico Administrativas de Salud Rural, Coro Grande y Umécuaro, con la siguiente distribución de acuerdo a la división jurisdiccional del Sector Salud:

Coro Grande
Cotzurio
Zajo Grande
San Pedro Chicácuaro
San Bernabé
Asiento de Piedra
Tarehuicho
Joyitas
El Porvenir
La Alberca

Chihuerio
El Escobal
Umécuaro
Ichaqueo
La Yerbabuena
Túmbisca
Río Bello
Potrerillos
Nieves
San Miguel Coapa

1.6 DELIMITACION TEMPORAL

El tiempo aproximado del estudio de campo fue de 5 meses, empezando en Noviembre de 1998, terminando en Marzo de 1999. El seguimiento para la observación en las localidades se realizó de Abril al 13 de Agosto del mismo año.

1.7 JUSTIFICACION

El propósito que tiene este trabajo es analizar cada uno de los factores culturales y educativos que influyen en la aparición de diarreas agudas en niños menores de 5 años; con esto proponer y llevar a cabo actividades encaminadas a la solución o disminución de este problema.

1.8 CARACTERISTICAS DE LA POBLACION EN ESTUDIO

Madres de niños menores de 5 años.

1.9 BENEFICIARIOS REALES Y POTENCIARIOS

B.R. Responsables del presente proyecto de investigación.

B.P. Población sujeta a estudio, así como, la Institución responsable del programa Salud Rural

1.10 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Explicar los factores culturales y educativos que influyen para la aparición de EDAS en niños menores de 5 años, en comunidades rurales de Morelia, Michoacán.

1.11 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Detectar de los factores culturales y educativos, cuál tiene mayor influencia para la aparición de EDAS en los niños menores de 5 años.

Analizar las causas por las que la población no lleva a cabo las medidas preventivas para evitar o disminuir la aparición de las EDAS.

1.12 HIPOTESIS

Hi. Los factores culturales y educativos, influyen para la aparición de EDAS en niños menores de 5 años, en comunidades rurales de Morelia, Michoacán.

Ho. Los factores culturales y educativos no influyen en la aparición de EDAS en niños menores de 5 años, en comunidades rurales de Morelia, Michoacán.

1.13 VARIABLES

Factores culturales

Factores educativos

1.14 FUENTES DE INFORMACION

PRIMARIA: Población en estudio

SECUNDARIA: Libros y revistas.

1.15 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

| <u>VARIABLES</u> | <u>DIMENSION</u> | <u>ESCALA</u> | <u>CATEGORIA</u> | <u>INDICADORES</u> | <u>TECNICA</u> | <u>INSTRUMENTO</u> |
|---------------------------------|------------------|---------------|------------------|--|----------------|--------------------|
| Factores culturales de la madre | Presencia | Nominal | sí | - Hábitos del manejo del agua potable. | Entrevista | Cuestionario |
| | | | no | - Lavado de manos. - Eliminación de excretas. - No. de hijos. Edad - Creencia acerca de las causas de la diarrea. - Relación con el clima. - Nociones de prevención de riesgo. - Magnitud del daño a la salud. | | |
| Factores educativos de la madre | Información | Ordinal | Mucha | - Escolaridad | Entrevista | Cuestionario |
| | | | Poca | - Quién le ha dado pláticas y calidad de la misma. | | |
| | | | Nula | - Periodicidad de pláticas y congruencia de la información. - Interés y comprensión de los temas. | | |

2. FUNDAMENTACION TEORICA

2.1 ASPECTOS GENERALES SOBRE LA MUJER

Hablar sobre la condición actual de la mujer mexicana, que incluye diversos aspectos de índole social, económica, político, familiar y cultural, resulta difícil y, aún más, con las especificaciones hechas en torno a la mujer rural, ya que implica ubicarlas en contextos ideológicos e idiosincrásicos delimitados.

“El sexo femenino como parte integrante de una sociedad presenta rasgos específicos que la definen como un sujeto perteneciente a un grupo social definido” ¹ (AGUILAR, 1992, 78) En el caso del medio rural se refiere a condiciones de poco valor a su persona y a sus capacidades de independencia, más aún cuando contrae matrimonio.

Por lo tanto, no se toma en cuenta que todo sujeto cuenta con la posibilidad de poder desarrollarse en un medio ambiente determinado, que será decisivo para que experimente un proceso de aprendizaje y adaptabilidad social lo cuál le permitirá hacer suya la ideología de la sociedad en la que vivirá; éste es un proceso evolutivo hacia la personalidad sociocultural, lo que llamamos socialización, sin olvidar que ante todo el hombre es un ser social. “La socialización logrará la incorporación del sujeto al sistema social vigente, por lo que el individuo adoptará lo válido y

aceptable por la sociedad como válido y aceptable para él. Gracias a este proceso, el hombre hará suyas las normas, es decir, las reglas que rigen la conducta aceptable y esperada”² (LAGRADE, 1990, 56), lo que constituye la herencia cultural difícil de transformar.

Desde el nacimiento, al ser humano se le etiqueta a un género de acuerdo al sexo que posee, es así, que a las mujeres se les asigne por éste, determinados papeles dentro de la sociedad.

Se señala que la variable género y clase social determina la posición de las mujeres; sin embargo, la clase social, o sea, el status propio o conferido por los valores y bienes económicos son centrales en nuestra sociedad, y son los que definen las relaciones entre las mujeres, y es el caso de las mujeres del medio rural donde los bienes son escasos y el valor corresponde a ellos.

“Así mismo, se han creado roles específicos para ambos sexos, los cuales son el conjunto de normas que definen de qué manera la persona colocada en una determinada posición social debe conducirse”.³ (AGUILAR, 1992, 78) Por tanto, las mujeres de los ranchos asumen el papel heredado de su comunidad y refuerza las costumbres por las mismas mujeres que a su vez así educan a sus hijas.

“La mujer, no sólo la mexicana, sino también en diferentes países del orbe, se encuentra bajo la hegemonía del sexo masculino, es decir, el poder expresado en dirección política, intelectual y moral, lo imponen los hombres

La hegemonía supone lo siguiente: una estructura política e ideológica compuesta de instituciones, valores y práctica que permita concretamente la denominación hegemónica” 4 (AGUILAR, 1992, 67). Por lo anterior, las decisiones en todos los ámbitos corresponden al hombre, así se trate de Planificación Familiar, el cuidado de los hijos, la educación de los mismos y la salud de la propia mujer.

2.2 LA CONDICION DE LA MUJER

La cultura es todo el conjunto de condiciones sociales históricas en el área política, laboral, religiosa, familiar y personal, y ésta se aprende mediante una interacción continua con los sujetos en la sociedad. Cada uno de nosotros, está inmerso en ella y por lo tanto se adquiere la cultura del entorno, la cuál comparte similitudes con otras, y ha sido heredada de generación en generación, lo cuál hace difícil la transculturación y los cambios en la educación.

La socialización del individuo es básica, permite a cada uno poder sobrevivir en un ambiente social determinado por la introyección de las normas y reglas que rigen en la sociedad a la que pertenece. La forma de organización social y la vida en grupo propicia el aprendizaje y al mismo tiempo protege a los miembros del grupo.

De este modo, la cultura conforma y guía la forma de pensar y actuar, los valores, las creencias, aspiraciones y personalidad del individuo, siendo ésta compartida por cada ente de la sociedad entre sí. El individuo aprende su cultura a través de la socialización, la cual difiere para hombres y mujeres. Este proceso de enseñanza modela roles específicos y particulares por sexos y es donde los intereses masculinos imperan y además, relegan a la mujer a un segundo término, desde el cuál se contempla como un ser sin ideas, ni personalidad propia dependiente en todos aspectos de la hegemonía del hombre, aún más cuando carece de participación económica en el hogar, situación que limita el autocuidado de ella y como agente de cuidados para sus hijos.

La mujer desde su nacimiento es asignada a funciones específicas relacionadas con su condición y género, de tal manera que desde niña es educada con la idea de que nació para

servir a otros, para hacerlos felices, para la reproducción tanto biológica como cultural y su alineación es tal, que se haya completamente convencida de que su fin es lograr lo anterior, lo cuál la hará feliz.

A nadie le parece extraño que la educación se diferencie por sexos desde la infancia, de esta manera, a la niña se le educa para ser dócil, dependiente, sumisa, dedicada a las labores domésticas y con pocas o nulas expectativas de desarrollo personal, fuera de ser madre; en cambio al varón se le forma desde pequeño a ser fuerte, "responsable", independiente y se le

reprime cualquier actividad o actitud emocional de debilidad por corresponder sólo al sexo femenino.

Estas condiciones se ven fielmente reflejados en los Municipios de Morelia, Michoacán, donde, las mujeres se limitan a llevar a cabo su rol predeterminado por la sociedad así que son, sumisas, obedientes y dedicadas a su hogar, hacen todo lo que indique o mande el esposo; tan es así que la utilización de los métodos de Planificación Familiar, con frecuencia son los maridos los que permiten se aplique, con ésto, lo habitual es que ellas queden embarazadas aproximadamente cada año, lo cuál conduce a gestaciones de alto riesgo, incremento de la morbilidad perinatal y deterioro físico y psicosocial de la mujer, lo que a su vez pone en riesgo la integración familiar por el problema económico acentuado por el número de hijos, las enfermedades de éstos y las propias de la mujer.

2.3 HABITOS Y COSTUMBRES

“ Las costumbres son prácticas muy usadas que adquieren el carácter de preceptos y forman en su conjunto la cultura, que es todo lo que aprende una persona del grupo humano del que forma parte a éstas corresponden los conocimientos, valores, actitudes, comportamientos que determinan las formas de actuar, pensar y sentir. ⁵ (WOLFF, 1983, 17) Por lo tanto las costumbres son parte de la socialización y se adquiere en el desarrollo de los individuos, por el contacto con otros miembros del grupo social, bajo

determinada cultura y tan profundamente asimilada que dificultan los cambios aún cuando sean benéficos.

A esto también se suman "el placer personal y la comodidad de pertenecer a una cultura específica, lo que influye poderosamente en los hábitos personales. " 6 (RUSH, 1980, 315)

El estudio del medio y los antecedentes culturales de la gente en una comunidad ayuda a identificar diferencias etnográficas, de acuerdo a patrones establecidos, eliminar los prejuicios y aceptar a las personas con sus características propias, para de ahí partir con los procesos educativos, tomando como referencia los aciertos en el cuidado de la salud y limitar las acciones erróneas que lleven a complicaciones.

Para lograr lo anterior, en los diagnósticos situacionales, es precisa la interacción comunicativa y después, una vez que se ha dado el punto de contacto entre el personal de Salud y comunidades de diferentes culturas, se podrá informar los programas de educación y determinar el tipo de cuidados que desean o necesitan recibir; ya que la cultura es el patrón y modelo de vida de las personas, y ésta influye sobre sus decisiones y acciones respecto a su propio autocuidado.

De otro modo, la ceguera cultural conlleva a la imposición de creencias, prácticas y valores del personal de salud, por creer que su cultura es superior a la de otros grupos, provocando etnocentrismo, que reduce en gran medida la calidad de cuidados proporcionados a los pacientes, porque

estos a su vez tienen valores, creencias, normas y modos de vida aprendidos, asumidos y transmitidos de una generación a otra, mismos que guían sus pensamientos, decisiones, acciones y patrones de comunicación.

De lo anterior, un ejemplo de cómo los factores culturales influyen en la salud, es observar que la gente tiene el mal hábito de ingerir el agua sin hervir o clorar, a sabiendas de que no es 100% potable y que corren el riesgo de contraer enfermedades diarreicas, sobre todo los menores de 5 años, que una vez que adquieren el cuadro, si no se tratan a tiempo pueden llegar a la deshidratación y en muchos casos la muerte, y aún así, no existe conciencia de la importancia de llevar a cabo medidas tan simples como hervir el agua o clorarla y lavarse las manos.

2.4 FACTORES EDUCATIVOS PARA LA SALUD

El Sistema Educativo Mexicano, en los niveles básicos, prevalece la preocupación por enseñar un gran número de conocimientos, orientado el currículum por un criterio cuantitativo que da cuenta de múltiples aprendizajes. Se da mucha importancia a la cantidad de conocimientos en sí, "preocupa mas lo que se debe enseñar, que el cómo se enseña y consecuentemente cómo se aprende." ³ (MOLINA, S/N, 370) Si invirtiéramos los términos le daríamos más importancia al cómo se aprende, que, a lo que se aprende.

Esto también se aplica a la educación para la salud impartida en servicio social, dirigida a población abierta. Las pláticas corresponden a los programas institucionales y los contenidos se expresan con lenguaje técnico, son frecuentes los errores dada la manera de expresarnos, el uso de palabras utilizadas para explicar los temas. Además influye, la actitud hacia los oyentes, ya que si es la de sentirnos superiores, no se logra la empatía y por tanto la participación positiva de ellos. Con esto, el objetivo no se cumple y no se podrán modificar los hábitos y/o costumbres negativos, que pueden traer como consecuencia enfermedades en las familias, independientemente del nivel socio-económico al que pertenezcan.

2.5 PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

¿Hará alguna diferencia el hecho de ser médico o enfermera al impartir algún tema en una comunidad? La respuesta está en el reconocimiento social de las profesiones, lo que la comunidad confiere por los servicios recibidos. Tal vez entre nosotros no haya diferencia pero, para la gente que vive en ranchos, sí, porque tienen la idea de que los médicos son como "Dioses" que todo lo saben y tienen el poder de la curación, en tanto que a las enfermeras, cuya función es el cuidado de la salud, y ésta como tal no tiene valor para ellos no le conceden importancia, o bien, no le dan credibilidad a lo expuesto. El hecho es, que si hacemos recomendaciones para evitar enfermedades, en ocasiones, la gente espera que el 'Doctor' les diga lo que tienen que hacer para hacerlo. Sin duda la actitud de comprensión y acercamiento a sus condiciones reales de existencia, para

dar la orientación de acuerdo a ellos, podrá cambiar su opinión, por ejemplo, una manera es, aclarando todas las dudas que surjan durante la plática y atendiéndolos con calidad y calidez.

Cuando los enfermeros (as) dentro de una cultura extraña a ellos con diferentes valores o conductas no logran establecer el rapport, se producen conflictos y problemas culturales, en donde se pierde la oportunidad de producir un cambio.

De otro modo, cuando las intervenciones de enfermería proporcionan cuidados específicamente adaptados a la cultura de los pacientes, éstos mostrarán signos positivos de satisfacción y habrá una participación por convicción en los diferentes programas.

Otro punto en favor de los cambios en beneficio de la salud, es posible en las culturas que dan un valor importante al individualismo con un estilo de independencia, y que muestran signos de practicar y valorar el autocuidado.

Sin embargo habrá que considerar que cuanto mayor sean las diferencias entre los valores de los cuidados populares y los valores de los cuidados profesionales, mayores serán los signos de conflicto cultural, originando estrés entre los cuidadores profesionales y los receptores de cuidados populares, o sea, la medicina alternativa.

Por otra parte, los valores de parentesco, religiosos, culturales, políticos y económicos, así como el contexto del entorno, ejercen gran influencia en los cuidados adoptados y sirven para predecir el bienestar de los individuos, familias y grupos.

Los cuidados adoptados dependen de lo que las culturas entienden por enfermedad, si es como una experiencia corporal personal interna, tienden a emplear más métodos técnicos y físicos de autocuidado que las culturas que consideran la enfermedad como una experiencia extrapersonal o cultural de su entorno, lo que limita las acciones de la medicina institucional.

2.6 ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

La diarrea infecciosa es causada por virus, bacterias, parásitos y hongos y que comúnmente se acompaña de otros signos y síntomas como fiebre, vómito, anorexia, dolor abdominal, etc. lo que constituye el síndrome diarreico.⁷ (PALACIOS, 1993, 620)

De acuerdo a su duración, la diarrea infecciosa puede ser aguda o prolongada, la forma aguda es la más común en la práctica pediátrica; su duración varía desde unas horas a varios días, la diarrea prolongada es aquella cuya duración excede las dos semanas

Las diarreas infecciosas en nuestro país ocupan uno de los primeros lugares como causa de mortalidad en la población general así como de morbi-mortalidad hospitalaria en niños menores de 4 años. A pesar de su frecuencia e importancia muchos de sus factores etiológicos, epidemiológicos, patológicos y terapéuticos se desconocen parcial o totalmente.

Etiología y Patogenia. Los agentes etiológicos de la diarrea infecciosa guardan una relación estrecha con las condiciones socioeconómicas.

1. Rotavirus: se le encuentra en el 50% de las diarreas en niños de 6 a 24 meses.
2. Escherichia Coli enterotoxigénica: se encuentra en el 25% de los casos de diarrea en todos los grupos de edad.
3. Shigella: causa alrededor del 10% de los casos de diarrea aguda en menores de 5 años.
4. Vibrio cholerae: en áreas endémicas afecta principalmente a niños de 2 a 10 años.^{8 (PALACIOS, 1993, 622)}

Epidemiología. La diarrea infecciosa es en México una enfermedad endémica que muestra un alza epidémica en los meses de marzo, abril y mayo, casi siempre coincidiendo con la época más calurosa del año. El contagio se hace de forma directa o indirecta; directa, por medio de la mano contaminada con materia fecal que llega directamente a la boca del sujeto susceptible. En la forma indirecta el contagio se efectúa a través de alimentos contaminados por las manos de un individuo infectado o portador,

por el agua ingerida, la cuál es un vehículo frecuente, igual en el caso de los vegetales regados con aguas negras.

Un factor muy importante es la disponibilidad de agua potable intradomiciliaria, habiéndose demostrado que tanto más lejos esté el aprovisionamiento del agua que se usa en la casa, más frecuentes serán las infecciones gastrointestinales.

Algunos animales como la mosca y la cucaracha pueden actuar como vectores al transportar gérmenes enteropatógenos; la rata puede albergar a la Salmonella y la pueden excretar en las heces y por esta vía contaminar los alimentos.

Para algunos autores la disposición de excretas a ras de suelo no es un factor epidemiológico de consideración, ya que los gérmenes enteropatógenos resisten poco a la desecación y a la luz solar. ⁹ (PALACIOS, 1993, 624)

El periodo de incubación puede variar; en la intoxicación por alimentos puede ser de algunas horas; en las infecciones virales y bacterianas varía de uno a siete días y la duración del cuadro clínico es menor de 15 días.

Las tasas de morbilidad reportadas por la Secretaria de Salud de Michoacán ¹⁰ (SISPA 98-99) muestran que a pesar de los esfuerzos realizados por los medios de comunicación para la prevención de las diarreas, no se ha logrado hacer conciencia plena en la población de las comunidades de bajos

recursos socioeconómicos, ya que los índices de morbilidad son todavía alarmantes.

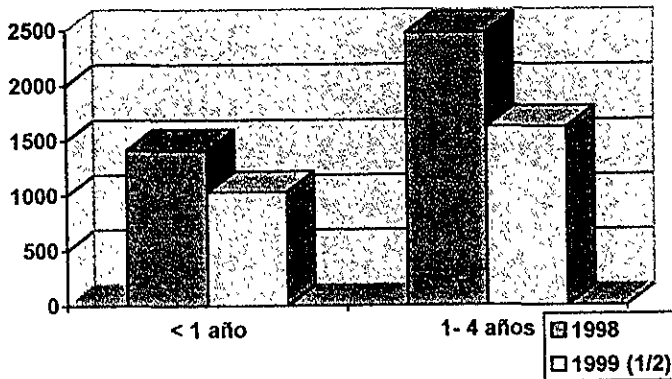
Para tratar los casos de diarrea, se emplean 3 planes de acuerdo a la gravedad del cuadro, éstos son el Plan A, B o C. En el Plan A se considera a los pacientes bien hidratados, en los cuales no se suspende la alimentación habitual, se dan bebidas abundantes y se ofrece Vida Suero Oral a razón de 75 ml. en menores de 1 año y 150 ml. en niños de 1-4 años. Mayores de 5 años o adultos beber todo lo que quiera después de cada evacuación. Además se orienta al paciente que debe regresar a consulta si no mejora en 3 días o antes si presenta: numerosas heces líquidas, vómitos frecuentes, fiebre, sangre en las evacuaciones, sed intensa. En el Plan B entran lo pacientes deshidratados y en la unidad de salud se administra: VSO, 100 ml/kg en 4 horas, se valora cada hora, si mejora pasar al plan A, si continua deshidratado repetir plan B, si empeora iniciar plan C. El plan C considera a pacientes en choque por deshidratación, se emplea solución Hartmann por venoclisis, 50 ml/kg/en una hora, 25 ml/kg/hora por dos horas más, al poder beber pasar a plan B, completar hidratación con VSO 25 ml/kg/hora. ¹¹ (Crf de Enf. Diarreicas, Jurisdic. 01)

La incidencia de las EDAS en la Jurisdicción Sanitaria No.1 de Morelia Michoacán, refleja la problemática de Salud Pública, así, en 1998 se reportaron 3887 casos de diarrea en niños menores de 5 años, específicamente, en menores de 1 año hubo 1383 casos que se manejaron de acuerdo al Plan A, 25 casos tratados en Plan B y 6 casos en el Plan C. En niños de 1 – 4 años fueron 2434 casos en Plan A, 32 en Plan B y 7 con

el Plan C. Hubieron 23 defunciones, de menores de 1 año fueron 19 y de 1 a 4 años, 4 casos.

En la primera mitad de 1999 (enero – junio) se han presentado 2655 casos, en menores de 1 año se presentaron 977 casos manejados en Plan A, 58 en plan B y 0 casos en Plan C; niños

de 1 a 4 años, 1534 casos tratado en Plan A, 82 en Plan B y 4 casos en Plan C. En cuanto a defunciones, hubo 16 casos, de menores de 1 fueron 13 y de 1 a 4 años, 3.



FUENTE: Sistema de Información de Salud para Población Abierta 98-99 (SISPA)

Comparativamente los casos de EDAS se mantiene en un nivel de prevalencia, consecuencia del bajo impacto de la educación al respecto.

MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA DIARREA AGUDA:

La disminución de la consistencia de las evacuaciones es la manifestación cardinal; estas pueden acompañarse de náuseas, vómito, dolor abdominal y fiebre; su consistencia puede disminuir hasta ser completamente líquidas, abundantes y acompañarse de moco o pus.

El cuadro clínico es muy variable: Puede tener un principio súbito y las evacuaciones ser líquidas, muy abundantes, con moco y sangre, acompañarse de fiebre alta y mal estado general o bien, tener un principio insidioso con evacuaciones escasas, poco numerosas fiebre moderada o ausente y buen apetito.

EXAMENES DE LABORATORIO:

Los exámenes para identificar los agentes causales de la gastroenteritis son:

- Estudio de moco fecal.- En este se obtienen los siguientes datos: Aspecto, sangre, leucocitos por campo, eritrocitos, bacterias, quistes o trofozoítos. Cuando se encuentran más de diez leucocitos por campo se considera germen invasor.

En los pacientes con moco fecal negativo se debe pensar en etiología viral (rota virus) bacteria toxigénica o toxina preformada.

- Amiba en fresco.- Si hay presencia de sangre en las evacuaciones y el moco fecal es negativo para germen invasor, se debe investigar amibiasis por observación directa al microscopio de la materia fecal.

- Coprocultivo.- Se indica en moco fecal sugestivo de germen invasor, septicemia principalmente en pacientes con desnutrición grave y recién nacidos.

En general, los exámenes están limitados a los casos de diarrea grave o con tendencia a la cronicidad.

COMPLICACIONES:

- Desequilibrio hidroelectrolítico.
- Intolerancia a carbohidratos (Lactosa).
- Septicemia.

TRATAMIENTO:

TX SINTOMATICO.- Para el tratamiento del vómito es recomendable la ingestión de volúmenes pequeños de líquidos en forma lenta, suprimiendo sólidos por unas cuantas horas (no más de seis).

TX ETIOLOGICO.- En general estos procesos son autolimitados (ceden espontáneamente en un tiempo promedio de cuatro a cinco días).

Los antimicrobianos se justifican en el tratamiento de shigelosis en su forma grave, amibiasis y giardiasis.

La elección del antimicrobiano dependerá del patrón de sensibilidad y de la susceptibilidad que muestre al antibiograma. Antimicrobianos de elección:

Trimetoprim-sulfametoxazol.

Amikacina.

Metronidazol.

MANEJO DIETETICO:

En los casos moderados de diarrea no es necesario prescribir ayuno ni cambiar la alimentación. Cuando la diarrea se acompaña de intolerancia a disacáridos se recomienda el empleo de fórmulas a base de harinas de soya.

PREVENCION:

La prevención de la diarrea infecciosa es un problema de salud pública, cuya solución radica en mejorar las condiciones sanitarias y culturales de la población. Las medidas de dotar de agua intradomiciliaria y red de drenaje a una población contribuyen a disminuir las frecuencias de las diarreas infecciosas y de las parasitosis intestinales.

Debe insistirse en la importancia que tiene el adecuado manejo de alimentos por todas aquellas personas que consumen, venden, distribuyen y preparan éstos, además de un buen aseo de las manos y el descubrimiento oportuno de portadores.

Un aspecto fundamental en la prevención de la diarrea infantil es fomentar en los lactantes la alimentación al seno materno, evitando introducir en la dieta del niño otros alimentos antes de los cuatro meses de edad y la ablactación racional. En los preescolares, el nivel nutricional y la higiene en la alimentación y personal, limitará los daños.

Las inmunizaciones específicas contra agentes virales y bacterianos tienen gran posibilidad en un futuro cercano.

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

De acuerdo a lo encontrado en las madres de familia se concluyeron los siguientes diagnósticos de enfermería.^{12 (Hospital Mocol, Dir. Enferm. , 1998)}

*** ALTERACION EN EL DESEMPEÑO DEL ROL PARENTAL.**

Estado en el que la figura o figuras responsables de la crianza del niño experimentan incapacidad para crear el entorno que favorezca el crecimiento y desarrollo óptimos de otro ser humano.

*** CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR**

Dificultad percibida por el cuidador para desempeñar el papel de proveedor de cuidados en la familia.

*** DETERIORO DE LA ADAPTACION**

Estado en el que un individuo es incapaz de modificar su estilo de vida o comportamiento de forma coherente con un cambio en su estado de salud.

*** NEGACION DE ENFERMEDAD**

Estado en el que consciente o inconscientemente, se niega el conocimiento o el significado de un acontecimiento con el fin de reducir la ansiedad o el temor ante un detrimento de la salud.

*** MANEJO INEFECTIVO DEL REGIMEN TERAPEUTICO FAMILIAR**

Patrón de regulación e integración en los procesos familiares de un programa para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que resulta insuficiente para alcanzar los objetivos de salud específicos.

Es importante que la conducta de enfermería se dirija a la prevención de problemas potenciales y a la promoción de la salud física y mental.

2.7 DESCRIPCION DE PROGRESA

El programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), es un esfuerzo integral del Gobierno Federal de la República destinado a mejorar las condiciones de bienestar social de la población con los mayores índices de marginación en el país.

PROGRESA se orienta a tres aspectos prácticos: proporcionar apoyos efectivos a las familias para atender sus necesidades esenciales de alimentación y nutrición; poner al alcance de estas poblaciones servicios básicos de salud y fomentar la responsabilidad de la familia para su autocuidado; así como, ofrecer estímulos a la familia para que los menores en edad escolar culminen su educación básica. También implica fomentar su compromiso con el autocuidado y el desarrollo individual, familiar y comunitario.

PROGRESA está constituido por el paquete básico de servicios de salud, junto con el reforzamiento alimentario-nutricional selectivo, la detección y atención de grupos de riesgo, la educación y promoción de la salud, con énfasis en el uso apropiado de los servicios.

Los criterios para la inclusión de las localidades en PROGRESA son: determinación de localidades con mayor marginación, verificación de accesos a servicios de educación básica y salud, a través de un censo socioeconómico. Con éste último se identificaron los grupos familiares que

presentaron las mayores carencias y necesidades en términos de servicios básicos y, en consecuencia se determinaron los destinatarios específicos de los servicios, apoyos y estímulos que contempla el PROGRESA. ¹³

(Lineamientos Grales. 1999, 23)

OBJETIVO GENERAL

Mejorar los niveles de salud de las familias en localidades con los mayores índices de marginación a través de su atención integral y sistemática, combinando el otorgamiento del paquete básico, el reforzamiento alimentario, la prevención, detección, atención de daños a la salud y el desarrollo intensivo de acciones de educación y promoción de la salud en familias y grupos de alto riesgo, con su participación continua y comprometida.

AMBITOS DE ACCION DEL COMPONENTE SALUD

El componente salud de PROGRESA incluye y privilegia acciones de promoción y prevención dirigidas a los integrantes de las familias beneficiarias, intervenciones selectivas y prioritarias en grupos de riesgo, con énfasis en los menores de 5 años y las madres. Estas acciones se otorgan en forma gratuita. En términos generales, son tres los ámbitos de acción en salud:

- El otorgamiento de servicios del paquete básico.

- El reforzamiento alimentario-nutricional a menores de 5 años, mujeres embarazadas, periodos de lactancia y desnutridos.
- La educación y promoción de la salud, con énfasis en materia nutricional, el impulso al autocuidado de la salud de las familias y el adecuado uso de los servicios.

El esquema de operación del componente salud de PROGRESA parte de las pautas del Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (SSA), del Modelo de Atención integral a la Salud (IMSS-SOLIDARIDAD) y de los instrumentos normativos nacionales emitidos por la SECRETARIA DE SALUD.

CRITERIOS PARA LA IDENTIFICACION DE LAS FAMILIAS BENEFICIARIAS DE PROGRESA

La identificación de las familias beneficiarias se basan en el análisis de la información socioeconómica de cada uno de los hogares de localidades marginadas, mediante una cédula, a través de la cuál se obtienen datos sobre las características del hogar y de las condiciones de vida de todos sus miembros. La unidad de atención de PROGRESA es el hogar, definido como el conjunto de personas que hacen vida en común dentro de la vivienda, unidos o no por parentesco, que comparten gastos de manutención y preparan los alimentos en la misma cocina.

La información de la cédula la proporciona un informante con residencia habitual en el hogar, con al menos 15 años de edad.

La información que se obtiene mediante la cédula de características socioeconómicas de los hogares, se diseñó tomando en cuenta los múltiples factores que intervienen en la determinación de la condición de pobreza.

Los datos que se incluyen en la cédula son:

- * Estructura del hogar; número de personas, edad y sexo de cada miembro del hogar, parentesco entre ellos, estado civil de cada miembro, etc.
- * Características individuales; alfabetismo, uso de lengua indígena y monolingüismo.
- * Ocupación; si cada miembro trabaja, está jubilado, incapacitado, no trabaja o si el trabajo es temporal o fijo.
- * Apoyos de diversos programas sociales; estímulos a la educación básica, apoyos del INI, PROCAMPO, etc.
- * Migración

- * Servicios de salud y salud de los miembros del hogar; derechohabiencia, servicios de salud.
- * Características de la vivienda; materiales de la vivienda, número de cuartos en la vivienda, equipamiento, condición de propiedad de los bienes inmuebles del hogar, uso de tierras y animales.

SISTEMA DE PUNTAJES

Se realiza una evaluación individual de las características socioeconómica, la cuál es estandarizada a nivel nacional.

El sistema de puntajes por el que se identifica la condición social de los hogares es el resultado del análisis de los datos socioeconómicos de las familias en cada una de las regiones en las que se encuentran las localidades marginadas, Los puntajes reflejan la precariedad de los recursos económicos de la familia.

El proceso de identificación de los hogares beneficiarios del programa parte de una aproximación inicial a la condición de pobreza de los hogares, mediante el cálculo de la línea de pobreza extrema. Esta línea se obtiene mediante la evaluación del ingreso mensual per cápita de los hogares en comparación con el costo de una canasta básica alimentaria.

Este programa en sí, resulta maravilloso, ya que la crisis económica por la que atraviesan estas comunidades ha traído la disminución de programas de ayuda económica y social que han interferido con la mejoría nutricional de la población susceptible, particularmente niños pequeños. Es conveniente recordar que la frecuencia de preescolares desnutridos es un buen indicador general de la bondad de los programas de beneficio social.

Es necesario tener presente que, si bien la nutrición está primariamente asociada con factores del ambiente físico tales como el clima, las condiciones atmosféricas, la topografía y estructura geológica, así como el componente biológico del ambiente del hombre representado principalmente

por las cadenas alimentarias naturales, el principal determinante del estado de nutrición de una población es el ambiente social.

La desnutrición energético-protéica del niño se encuentra asociada a toda una constelación de variables sociales. Bajo nivel de educación formal, modos tradicionales inadecuados de crianza, valores y actitudes hacia el aprendizaje formal. Bajo ingreso económico, pobre habitación con saneamiento inadecuado, hacinamiento y ausencia o pobreza de experiencias que faciliten el crecimiento y desarrollo del niño, son algunas de las variables que en combinaciones múltiples se encuentran en el macro y microambiente de los grupos sociales donde la desnutrición es prevalente.

Tomando en cuenta lo anterior, la gente de estas localidades necesitan mucha ayuda en todos los aspectos. PROGRESA brinda apoyo económico a muchas familias, ese apoyo se brinda por cada niño que asiste a la escuela y además a las madres les asignan una cantidad \$ 230.00 mensual, que no es suficiente para cubrir las carencias alimentarias que existen, porque dichas familias son muy extensas. Por otra parte, estas aportaciones no se ven reflejadas en una mejor calidad de vida y por si fuera poco, ese dinero no siempre es utilizado para comprar alimentos o vestido. A lo anterior se suma que las becas no son pagadas a tiempo, así en este año (1999) dieron las becas correspondientes a Enero y Febrero hasta Mayo, y así sucesivamente.

También se da una dotación de papilla (6) a base de leche, vitaminas y minerales por cada niño desnutrido que haya en la casa, muchas señoras lo que hacen con ese alimento es guardarlo para que no sea tomado por los demás miembros de la familia, pero tampoco la procesan para la ingesta por lo que los niños casi nunca logran un peso óptimo, o sea, una nutrición adecuada. De aquí que sea necesario capacitar a las madres en la forma de preparación de la papilla y la conveniencia de que lo haga de manera cotidiana.

En cuanto a la opinión de las titulares de familia, dicen que es bueno que den dinero pero, sería mejor si les dieran más y que se los llevaran hasta su comunidad (¿?), lo que hace evidente la cultura de dependencia y la costumbre de que el gobierno les resuelva todos sus problemas.

Por otra parte la gente debe cumplir con ciertos requisitos para ser beneficiarios de PROGRESA como:

- Mantener a los niños en la Escuela
- Acudir a citas programadas con el Médico
- Cumplir con asistencia a las pláticas de educación para la salud (mensuales)

De estos 3 puntos, el más difícil para ellas, es ir a las pláticas, 'porque dejan pendiente el quehacer de la casa' pero, se lleva un control de la asistencia y no pueden faltar o les llegará incompleta su beca, sin embargo, la actitud que guardan las señoras mientras se da el tema, es de platicar con otras o se distraen con cualquier cosa, por lo cual, la información no es

aprovechada ni comprendida, por lo tanto no se logra ningún cambio o beneficio positivo.

En general, hay poca disposición de la población para realizar actividades en beneficio de su familia, como hacer faenas de limpieza en su localidad o en su propia casa, así como, tener más higiene propia y de los alimentos. Con PROGRESA existe la posibilidad de convencer más fácilmente a estas personas en su coparticipación para mejorar la comunidad.

2.8 MICRODIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO

Las 20 comunidades pertenecientes a las Unidades Móviles "Coro Grande" y "Umécuaro", son marginadas, las viviendas son en su mayoría de adobe con techo de teja o lámina de cartón y piso de tierra, no cuentan con buena ventilación ni iluminación, el número de cuartos es de 1 ó 2, viviendo en ellos de 2 a 3 familias. En la mayoría de las casas cocinan en fogón, que se construyen a una altura a nivel de la cintura en un área adjunta a los dormitorios. Sólo algunas tienen estufa de gas.

Con respecto a los hábitos higiénico-dietéticos, está ausente la higiene bucal que da en consecuencia problemas de caries y gingivitis. El baño completo es 2 a 3 veces por semana al igual que el cambio de ropa, por lo cuál la pediculosis en la cabeza es frecuente además por traer el cabello largo y falta de cepillado. El lavado de manos lo realizan solo con agua antes

de cocinar y de comer. Los alimentos como verduras y frutas en ocasiones son lavados con agua no potable. La conservación de la comida para mantenerla en buen estado es colocada en el suelo sin tapar por ser la zona más fría lo que facilita la contaminación de la misma.

Muchas de las familias viven en promiscuidad con animales como perros, gatos, gallinas, guajolotes, cerdos y vacas, a los cuales, no se les da atención especial respecto a la limpieza de excretas ni en su comida. Estos proveen productos básicos nutricionales como huevo, leche y derivados, carne de puerco y res, que son vendidos en otras comunidades para comprar otro tipo de alimentos, incluso lo que se cosecha como chayote, calabaza, nopal, elote y guayaba entre otros, también los venden. Lo que comen en general es arroz, frijol, pastas y maíz (tortillas), algunas personas sólo en fiestas comen carne.

Son pocas las casas que cuentan con letrina o excusado por lo que la mayoría realiza el desecho de excretas al ras del suelo como práctica cotidiana.

Respecto al nivel educativo la población adulta tiene una escolaridad de tercero a cuarto grado como el promedio nacional. Los adolescentes cuentan con primaria completa y algunos estudian uno o dos años de secundaria y una minoría la concluye sobre todo mujeres. Sin embargo, no pueden continuar otros estudios porque se casan y la ocupación es el hogar, en tanto los hombres se dedican a la agricultura, siendo muy poca la

remuneración económica por éste trabajo lo que ocasiona la emigración a la frontera.

La mayoría de las comunidades ya tienen agua intradomiciliaria, todas con energía eléctrica, ninguna con drenaje, existen uno o dos teléfonos comunitarios en cada localidad.

En cuanto a servicios de Salud, en cada rancho hay una Auxiliar de Salud que está capacitada para atender a toda la gente en aspectos de Planificación Familiar, Embarazo, Control del niño menor de 5 años y actividades varias como inyecciones, curación de heridas, etc., aunque el material y medicamento es muy limitado. No hay Centros de Salud cercanos a las comunidades, por lo cuál se inició el Programa de Salud Rural con unidades móviles que visitan cada localidad dos veces al mes, en donde sus acciones son preventivas y curativas.

Respecto al transporte, en 5 de ellas no hay, así que se trasladan en camionetas que tiene algunas familias o caminando. En las comunidades que si llegan camiones, entran y salen 2 veces al día de Morelia a cada rancho.

En todas existe el apoyo del Programa PROGRESA, pero no todas las familias lo tienen.

3. METODOLOGIA

3.1 CARACTERISTICAS DE LA INVESTIGACION

Descriptiva y transversal; porque se describen los hechos reales y se realiza el estudio una sola vez.

3.2 UNIVERSO

Madres de niños menores de cinco años que vivan en cualquiera de las veinte comunidades asignadas a las unidades de Umécuaro y Coro Grande.

3.3 MUESTRA

La muestra fue convencional, 200 (14%) del total de madres de niños menores de cinco años.

3.4 CRITERIO DE LAS UNIDADES DE OBSERVACION

- *Inclusión.* Madres que tengan hijos menores de cinco años y que estén en la comunidad el día de la encuesta y estén en PROGRESA.
- *Exclusión.* Madres que no tengan hijos menores de cinco años y que no estén en PROGRESA.
- *Eliminación.* Madres que no se encuentren en la comunidad el día de la encuesta o que no deseen contestar el cuestionario.

3.5 DESCRIPCION DE LOS METODOS

Para el marco teórico, la recolección de datos se hizo por medio de revisión bibliográfica y revistas.

El estudio de campo fue por encuesta.

La localización de los sujetos de investigación se programó en un día expofeso, donde hubiera el mayor número de asistencia a la Casa de Salud de cada Comunidad, una vez que se fijó la fecha, se aplicaron las cédulas de entrevista en la entrada al consultorio, ya que uno de los requisitos para estar en PROGRESA es que asistan a las revisiones médicas periódicas de los menores de 0 a 5 años.

En general, la aceptación fue buena porque conocíamos de antemano a las madres e incluso ya sabíamos las condiciones sanitarias tanto de la vivienda como del medio ambiente. Esto evitó de cierta manera el sesgo de las respuestas y le da mayor confiabilidad a los datos obtenidos.

TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica empleada fue la entrevista estructurada. El instrumento fue la cédula de entrevista que consta de una sección de datos generales edad, No. de hijos, escolaridad y las condiciones sanitarias de la casa, como agua intradomiciliaria, lugar para desecho de excretas y la Institución donde acude cuando se enferma.

El segundo apartado corresponde a los aspectos culturales en donde se preguntó hábitos y costumbres relacionados con la salud personal, la

potabilización del agua por medio de cloro o por ebullición la costumbre de realizarla y los motivos que limitan esta acción.

Respecto a los factores educativos, la asistencia a las pláticas de educación para la salud, la opinión acerca de ellas, la frecuencia, la comprensión de los temas y del personal que les ha impartido éstos.

En cuanto a las EDAS, la opinión acerca de la causa por la que se presenta, la relación con los factores climáticos. La presencia de EDAS en los hijos, quién la presenta con mayor frecuencia y el orden cronológico que ocupa en la familia. También se interroga acerca de las medidas de prevención que lleva a cabo y las consecuencias de las EDAS.

3.6 PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS ESTADISTICAS

Una vez levantada la encuesta se procedió a la codificación de los datos en una sábana donde en el primer renglón se anotaron las preguntas y en la primera columna el número de cuestionario a partir del segundo renglón se vació la información de cada cuestionario, posteriormente se realizó la tabulación y se construyeron las tablas de distribución de frecuencia en su mayoría y de asociación en el caso de presencia de diarrea y número de hijo.

Se procedió a la descripción de los datos estadísticos y enseguida la interpretación considerando los aspectos del marco referencial y los datos mencionados en el marco teórico.

Para la comprobación de hipótesis se clasificaron los datos de acuerdo a las variables, aspectos culturales, aspectos educativos y la presencia de EDAS. De los más relevantes se lleva a cabo el desarrollo de X^2 para comprobar la asociación de las variables.

3.7 ORGANIZACION DE LA INVESTIGACION

Rec. Humanos. Integrantes del proyecto de investigación.

Muestra (poblacion) en estudio.

Rec. Materiales. Hojas blancas, lapices, goma, sacapuntas, computadora, impresora,

Rec. Financieros. \$1,900.00 m.n.

3.8 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| ACTIVIDAD | NOV | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO |
|-------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | MAR | | | | | |
| DISEÑO DE INVESTIG. | //////// | | | | | |
| APLICAC. DE INSTRUMENTO | | //////// | | | | |
| CONCENTRAC. RESULTADOS | | | //////// | //////// | //////// | |
| ANÁLISIS DE RESULTADOS | | | | | //////// | |
| PRESENTAC. RESULTADOS | | | | | | //////// |
| ELABORACIÓN DE INFORME | | | | | | //////// |

4. RESULTADOS

4.1 DESCRIPCION E INTERPRETACION DE LOS DATOS

CUADRO # 1

De las mujeres encuestadas, la mayoría son de 17 a 30 años, el resto es mayor de 31 años; lo que nos hace ver que las madres de familia de estas localidades son jóvenes.

CUADRO # 2

Sobre el número de hijos que cada una de las encuestadas tuvo, el 41.5% tiene de 1 a 3, otro 48.5 % de 4 a 6, que es lo más común en los ranchos. Por lo que se observó, el número de hijos tiene relación con la deficiente información sobre Planificación Familiar y otra es por que todavía tienen arraigada la idea de que aceptarán todos los hijos que "Dios les mande".

CUADRO # 3

Respecto al grado de escolaridad, el 72.5 % mencionaron tener primaria incompleta, el 20% sí la concluyó y sólo el 2.5% son analfabetas, estos últimos refieren no haber tenido la oportunidad de estudiar por tener que trabajar a muy temprana edad, para ayudar a sus padres al sostenimiento del hogar.

CUADRO # 4

Con respecto a si sus hábitos y costumbres afectaban la salud de su familia, el 67% respondieron que sí. Generalmente la gente de provincia vive a semejanza de los demás por que impide el cambio ya sea por el qué dirán o porque es una manera de identificarse aún cuando sea perjudicial y que repercuta a nivel familiar y comunal. Además los hábitos y costumbres son el patrón cultural al que está sometida la población.

CUADRO # 5

Generalmente todas las localidades cuentan con agua entubada y la mayoría (84%) de las familias ya la tienen intradomiciliaria aunque sea por medio de una manguera.

CUADRO # 6

En cuanto a dónde realizan sus necesidades fisiológicas, una parte dijo tener letrina para ello, aunque, al observar la situación, tener letrina y hacer en el suelo da lo mismo, porque en algunos casos los desechos de las letrinas desembocan en la calle, por donde pasa la gente. Muy pocas familias cuentan con un baño que tenga excusado y drenaje, generalmente estas familias lo construyeron porque tenían los recursos financieros y principalmente las ganas de hacerlo. Pero la mayoría de las encuestadas realizan sus necesidades al ras de suelo, dicen que porque no tienen dinero para hacer una letrina o que no hay quien la construya.

CUADRO # 7

La mayoría de las encuestadas (89%) no hierven ni cloran el agua, esto demuestra que es una costumbre no realizarla. Una justificación de la población del porqué no lo hacen es porque el sabor del agua hervida les es desagradable y clorarla, dicen que hace daño. Sólo una décima parte lo realiza y esto significa un factor de riesgo para su salud y mayor incidencia de enfermedades gastrointestinales.

CUADRO # 8

En general, las madres no hierven ni cloran el agua, el 91% acepta que no la hierva por desidia de ellas misma o simplemente por que no les gusta el sabor del agua hervida

CUADRO # 9

En la mayoría de las encuestadas (85%) sí influye la forma en que se da la educación para la salud en cuanto a hervir o clorar el agua como una medida preventiva para evitar enfermedades, así, tanto el tipo de lenguaje como la utilización de material didáctico ayudan a lograr un cambio en su forma de pensar.

CUADRO # 10

Entre las causas más importantes consideradas por las encuestadas para la incidencia de diarrea, está el tomar agua sin hervir o clorar, así como preparar y comer los alimentos con un 69.5%, la minoría dice que por fecalismo a ras de suelo. Sin embargo, el hecho de saberlo no cambia sus hábitos y costumbres en cuanto a la higiene en general

De estas respuestas puede afirmarse que las pláticas al respecto sí son comprendidas, porque saben los motivos que provocan la aparición de diarrea, pero realmente son muy pocas las familias que hacen algo para evitarla.

CUADRO # 11

Casi la totalidad de las mujeres encuestadas (86.5%) han observado que sí tiene relación la temporada de calor con la aparición de diarreas, específicamente en los meses de Abril y Mayo en donde dicen que, por el calor, los niños toman más agua (no limpia) además de la proliferación de moscas. Otras mujeres piensan que no tiene relación las diarreas con ninguna temporada del año, porque algunos hijos la han presentado no importando la época del año.

CUADRO # 12

En cuanto a sí sus hijos han presentado diarrea, el 74.5% contestó que sí se han enfermado, aunque sea sólo una vez, por las diferentes causas ya mencionadas. Una cuarta parte respondió que sus hijos nunca han tenido diarrea, quizá porque no querían que se les insistiera en las medidas de prevención o por creer que el evacuar más de 3 veces al día, es normal.

CUADRO # 13

Acerca de la relación entre la edad del niño, número de hijo que es dentro de la familia y la incidencia de diarrea, los grupos más afectados fueron los de 2 y 4 años, sobre todo siendo el 5º hijo, esto es resultado de ser ya varios hermanos, siendo normal que los hijos mayores estén al cuidado de los menores, así que los pequeños que están en la edad en la que empiezan a caminar y a llevarse todo a la boca, siendo más susceptibles a padecer infecciones gastrointestinales.

CUADRO # 14

De los cuidados que las mujeres han tenido para que sus hijos no se enfermen, el 83.4% considera que es importante tanto la higiene personal como en los alimentos y el resto automedican a sus hijos, ya sea con medicina comercial o con preparados caseros, porque no consideran la diarrea como algo grave, puede decirse que es un problema cotidiano en las comunidades.

CUADRO # 15

El 87.9% de las mujeres encuestadas contestó que las principales consecuencias de la diarrea son deshidratación y desnutrición. Todo lo que se refiere a diarrea, lo conocen porque lo han visto o escuchado en los medios de comunicación o en las pláticas que da el personal de salud, aunque falta una estrategia para mantenerlos atentos a esas pláticas de higiene y en las que la mayoría de la gente es renuente a cambiar para bien.

CUADRO # 16

En referencia a dónde acuden o que hacen cuando su familia se enferma, la minoría de las encuestadas (24%) dicen que se automedican, esto, dependiendo de la enfermedad que padecen, pero la mayoría de las veces hacen preparados caseros para aliviar los síntomas. Otra parte acude con *médico particular* (31%), puesto que tienen los medios para hacerlo y además confían más en ellos que en los que trabajan en las Instituciones. Y la mayor parte acude a Salubridad (45%), ya que atiende a población abierta y además las cuotas están al alcance de la mayoría de estas personas, pero, también cabe aclarar que el traslado de los mismos a la clínica más cercana implica más gastos económicos y por ende sólo acuden cuando la situación lo amerita por un problema grave.

CUADRO # 17

Un gran porcentaje de la población (84.5%) acude a pláticas cada mes, ya que es uno de los requisitos de PROGRESA para obtener un beneficio económico; esto probablemente hace que la población acuda más por obligación que por gusto, lo que impide tener interés en las pláticas.

CUADRO # 18

Un 66% de la población si ha escuchado pláticas por parte de los doctores en el consultorio o en alguna otra parte de la localidad, sobre todo de aspectos relacionados a su padecimiento lo que deja fuera el apego a la *prevención de riesgos y sólo se dirigen a la limitación del daño mismo que la población confunde con pláticas de educación para la salud.*

CUADRO # 19

Observamos que existe similitud, entre las pláticas proporcionadas por los médicos y las enfermeras, pero no existe coordinación en la forma de enseñar, dado que unos educa en el plan curativo y otros en el preventivo.

CUADRO # 20

El 94.5% de las encuestadas encuentran interesantes los temas proporcionados, aún cuando su manera de pensar y estilo de vida siga siendo la misma, ya que ese interés no se refleja en un cambio satisfactorio en el modo de vida.

CUADRO # 21

La mayoría de la gente si entiende en su totalidad los temas expuestos. Las personas que no comprenden las pláticas (23.5%), generalmente es por distracción, otras veces porque los exponentes utilizamos palabras poco entendibles para ellos o no explicamos bien y a otras les da pena preguntar y prefieren quedarse con la duda.

4.2 DISCUSIÓN

De acuerdo con la investigación realizada, observamos que los factores culturales son los que tienen mayor influencia para la aparición de EDAS en menores de 5 años, más que los educativos, muestra de ello es que, a pesar de tener los conocimientos sobre factores de riesgo y medidas preventivas, sus actos son poco favorables para su salud. Por ejemplo, así como sale el agua de la llave, la ingieren, pensando que por el hecho de estar entubada ya es potable.

Así mismo no es un hábito el lavarse las manos con jabón las veces necesarias como después de defecar o de cambiarles el pañal a sus hijos. También encontramos poco interés en la realización de letrinas aún contando con recursos para su construcción en la misma comunidad como, cartón, madera (costera) o costal.

Por otra parte notamos que las madres de familia tienen conocimientos acerca de la diarrea, prevención y magnitud del daño de la misma por las pláticas de educación para la salud que se les han dado a partir de que ingresaron a PROGRESA, aunque probablemente la población acude a dichas pláticas por recibir el apoyo económico más que por el interés de adquirir nuevos conocimientos; aunque parezca contradictorio por la respuesta a la pregunta # 20, ya que nosotras así lo observamos en las actitudes de ellas durante las pláticas (temas varios) y otras actividades.

Sabemos que no hay una cultura de autocuidado para conservar la salud, pero no es específico de zonas rurales, ésto es también en la ciudad, porque cuantas veces no nos hemos visto comiendo en ligares poco higiénicos y sin lavarnos las manos, conscientes del riesgo a contraer alguna infección.

4.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Una de las formas más usadas en estadística es la χ^2 , clasificada dentro de la prueba no paramétrica, porque no se requiere la media ni la desviación estándar.

$$\text{La fórmula es : } \chi^2 = \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$$

Para grado de libertad + 30 el valor obtenido de la expresión sacarle raíz cuadrada a la χ^2 c a 2 veces χ^2 t.

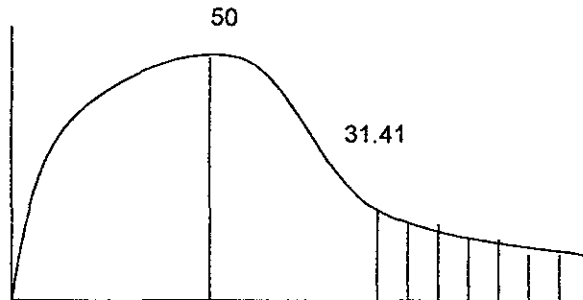
CUADRO # 13. ¿Cuál de sus hijos ha presentado más veces diarrea?

| | < 1 año | 1 año | 2 años | 3 años | 4 años | TOTAL |
|--------------|--------------|--------------|----------------|----------------|----------------|-------|
| 1er. hijo | Fo 6 Fe 4 | Fo 4 Fe 4 | Fo 7 Fe 10 | Fo 6 Fe 8 | Fo 16 Fe 12 | 39 |
| 2°. | Fo 8 Fe 2 | Fo 5 Fe 3 | Fo 5 Fe 6 | Fo 3 Fe 5 | Fo 3 Fe 7 | 24 |
| 3° | Fo 1 Fe 3 | Fo 5 Fe 4 | Fo 6 Fe 8 | Fo 11 Fe 7 | Fo 10 Fe 10 | 33 |
| 4° | Fo 3 Fe 4 | Fo 3 Fe 5 | Fo 15 Fe 13 | Fo 10 Fe 11 | Fo 8 Fe 13 | 40 |
| 5° | Fo 1 Fe 5 | Fo 3 Fe 6 | Fo 15 Fe 13 | Fo 10 Fe 11 | Fo 22 Fe 16 | 51 |
| 6° | Fo 0 Fe 1 | Fo 3 Fe 1 | Fo 3 Fe 3 | Fo 3 Fe 3 | Fo 4 Fe 4 | 13 |
| TOTAL | 19 | 23 | 52 | 43 | 63 | 200 |

$$\begin{aligned} \chi^2 = & \frac{(6-4)^2}{4} + \frac{(8-2)^2}{2} + \frac{(1-3)^2}{3} + \frac{(3-4)^2}{4} + \frac{(1-5)^2}{5} + \frac{(0-1)^2}{1} + \frac{(4-4)^2}{4} + \frac{(5-3)^2}{3} + \frac{(5-4)^2}{4} \\ & + \frac{(3-5)^2}{5} + \frac{(3-6)^2}{6} + \frac{(3-1)^2}{1} + \frac{(7-10)^2}{10} + \frac{(5-6)^2}{6} + \frac{(6-8)^2}{8} + \frac{(16-10)^2}{10} + \frac{(15-13)^2}{13} \\ & + \frac{(3-3)^2}{3} + \frac{(6-8)^2}{8} + \frac{(3-5)^2}{5} + \frac{(11-7)^2}{7} + \frac{(10-9)^2}{9} + \frac{(10-11)^2}{11} + \frac{(3-3)^2}{3} + \frac{(16-12)^2}{12} \\ & + \frac{(3-7)^2}{7} + \frac{(10-10)^2}{10} + \frac{(8-13)^2}{13} + \frac{(22-16)^2}{16} + \frac{(4-4)^2}{4} \end{aligned}$$

$$\begin{array}{l}
 \chi^2_c = 50 \qquad \text{gl} = 6 - 1 = 5 \qquad \text{valor crítico} = 20 \\
 \qquad \qquad \qquad 5 - 1 = 4 \\
 \qquad \qquad \qquad (5) (4) = 20
 \end{array}$$

$$\chi^2_t = 31.41 : 0.05$$



χ^2 es mayor que χ^2_t , entonces la hipótesis alterna se aprueba y la hipótesis nula se rechaza.

Por lo tanto, existe asociación entre el # de hijos y la edad en que presentan las diarreas con el lugar que guarda dentro de la estructura familiar.

La hipótesis planteada acerca de los factores educativos y culturales y la influencia en la aparición de las EDAS en los niños menores de 5 años. Dentro de los factores culturales se tomó como referencia el número de hijos con la frecuencia del Síndrome Diarreico, porque a mayor número de hijos, mayor frecuencia, independientemente del número de hijo que se trate.

Por otra parte en cuanto al grado de escolaridad de la madre que está referido como factores educativos, en la hipótesis no existe evidencia, a lo largo del estudio, de que pudiera ser determinante, dada la multicausalidad de las EDAS, en donde el factor cultural y las condiciones del entorno tienen

mayor grado de influencia en la prevalencia de este problema , por lo tanto la educación para la salud que se imparte a este tipo de población tendrá que ser revalorada de manera que las personas sean llevadas de la reflexión de sus condiciones a la comprensión del cambio de hábitos en beneficio de la salud de su familia y en consecuencia, de un mejor crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5 años.

Por otra parte, de acuerdo a lo anterior, los resultados obtenidos en la pregunta # 7, en la que se cuestiona sobre si hierva o clora el agua, cae en contradicción, porque 22 personas respondieron que sí lo hacían, y esas mismas eligieron una de las 3 opciones sobre porqué no lo realizaban (falta de recursos, de tiempo o desidia) de la pregunta # 8, lo cuál señala que su nivel educativo les permite darse cuenta que es conveniente realizarlo, y además es la respuesta esperada y reconocida como socialmente aceptada porque ya lo han oído (no escuchado) en tantas pláticas sobre este tema y saben que es por bien de su salud , y al aplicar este cuestionario, contestan lo que nosotros queremos oír para evitar alguna reprimenda o que se les retiren los beneficios de PROGRESA.

4.4 CONCLUSIONES

De acuerdo al problema de la investigación ¿Cómo influyen los factores culturales y educativos en la aparición de EDAS en niños menores de 5 años? En comunidades rurales de Morelia, Mich., se obtuvieron los siguientes resultados:

La mayoría de las madres de niños menores de 5 años reciben los beneficios de la educación para la salud en cuanto a este problema, sin embargo los hábitos y costumbres de la comunidad que no son favorables en la construcción de nuevos conceptos relacionados con las medidas de promoción de la salud y protección específica del primer nivel de atención, se observó nula conciencia del autocuidado de la salud, por lo tanto el valor que se le concede como tal no existe, y es hasta que la pierden, es decir, que necesitan padecer alguna enfermedad grave para iniciar los cuidados generales indicados por el médico con la esperanza de recuperarla. Sin embargo, estos los realizan mientras dura la etapa crítica del proceso infeccioso, una vez pasado sigue su vida 'normal' que en el caso de las EDAS en los menores de 5 años, las madres continúan dando agua sin hervir o clorar, además de realizar el desecho de excretas a ras del suelo y practicar el baño a veces 3 ó 4 días cada semana o más.

De acuerdo a la hipótesis planteada "Los factores culturales y educativos sí influyen en la aparición de EDAS", fué comprobada y aceptada totalmente.

De esto se deduce que los cambios culturales respecto a la concepción de la salud como valor, son poco modificables por los métodos didácticos tradicionales, como son las pláticas de educación para la salud a nivel individual y colectivo; se requiere de una mayor decisión preventiva por parte del Sector Salud en programas como PROGRESA con una coordinación intersectorial que al mismo tiempo que se aplican en la prevención de enfermedades se capacite a las personas que sirven de monitores en la difusión, para lo cuál deben ser preparados con un perfil educativo en salud pública. Generalmente este trabajo lo realiza personal de salud con experiencia en hospitales y educados en la ciudad, lo que es muy diferente a la problemática de salud y la vida en comunidad.

Por otra parte, hace falta revalorizar la existencia de las personas en las zonas marginadas con iguales derechos humanos y por tanto a la salud, como lo refiere la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Dejar a un lado la mentalidad de seres superiores por el hecho de haber tenido mejores oportunidades de formación y ponerse en el lugar de los demás, con el fin de entender mejor el porqué de sus comportamientos y una vez identificadas sus expectativas enseñarles a prevenir riesgos para mejorar su calidad de vida.

Con respecto a PROGRESA como estrategia política, no llega a las gentes más necesitadas como se supone, ya que hay muchas familias que no lo necesitan prioritariamente, en tanto existen otras, que a veces

amanecen sin tener qué comer y no son beneficiadas por los programas de ayuda como PROGRESA ¿porqué? nadie conoce la respuesta.

Por otra parte, estas familias, en su mayoría, son las que tiene más hijos y por tanto más problemas, lo que hace evidente que aún cuando las autoridades jurisdiccionales plantean metas demasiado elevadas en cuestión de Planificación Familiar y exigen un número de usuarias nuevas y activas por comunidad, está presente el consentimiento informado que se realiza al *explicarles cada método y aclararles dudas, pero de acuerdo a los preceptos éticos no se puede obligar a la gente a usar un método para planificar*. Por tanto, no hay congruencia de esas metas con la realidad lo que limita una relación óptima con la población que puede ser la base de una mejor aceptación de las prácticas de prevención de las EDAS que tendría repercusión en el crecimiento y desarrollo de los niños y un cambio cultural respecto a la salud.

Lo anterior facilitaría que la mayoría de las madres con hijos menores de 5 años aceptaran poner en práctica hervir o clorar el agua, construir letrinas para abatir la costumbre de defecar a ras del suelo y la integración de los padres para concientizarlos acerca del valor de la salud propia y de la familia y realicen prácticas de autocuidado evitando así enfermedades como las EDAS, además de colaborar en la educación escolar de sus hijos.

4.5 PROPUESTAS

La relación interpersonal y las formas de comunicación son los elementos esenciales en la educación para la salud de las madres con niños menores de 5 años, de modo tal que se sientan consideradas como personas, con un saber personal, que debe ser escuchado por las enfermeras para tener un referente de la cultura y el nivel educacional que permita adaptar los aprendizajes al nivel de comprensión de sus necesidades y los recursos con los que cuentan.

La demostración de los distintos procedimientos para potabilizar el agua, la eliminación de excretas, el control de basura, el saneamiento del medio, así como la higiene con los animales domésticos con los que comparten el entorno, en su propia casa, puede ser una estrategia de acción conjunta para que las madres cambien los hábitos respecto a la salud.

Tomando en cuenta lo anterior se implementó educación para la salud a través de:

- Pláticas de educación para la salud sobre hábitos higiénico-dietéticos, durando cada plática el tiempo necesario para lograr la comprensión total de los temas.

- Evaluando la puesta en práctica de hervir o clorar el agua explicando a la gente los procedimientos para evitar el cambio de sabor del agua hervida, además de todas las acciones relacionadas con el saneamiento ambiental como, faenas de limpieza periódicas en toda la comunidad.

COMO PROPUESTAS A FUTURO:

- Proponer a la comunidad el que adquieran tambos para la basura y colocarlos junto a las tiendas, turnándose cada día para quemarla y las cenizas esparcirlas sobre las excretas.

- Construir cercas en lugares específicos de la casa para aislar a los animales (cerdos, gallinas, etc.) y mantenerlos limpios para evitar las plagas.

- Orientar el reuso del agua con cloro, utilizada en el lavado de ropa para que sea regada en el patio, con esto limitar la contaminación por vectores.

5. BIBLIOGRAFIA

AGUILAR, Citali, et. al. Textos y pretextos, once estudios sobre la mujer. Ed. Colegio México. México, 1992.

ANDERSON, Jonathan. Redacción de tesis y trabajos escolares. Ed. Diana. México, 1991.

CORONA, Javier. Elementos de estadística. Ed. Trillas. México 1994.

CRAVIOTO, Joaquín. Humanismo y Medicina - infancia y Sociedad. Ed. Interamericana. México, 1997.

LAGRADE, Marcela. Cautiverios de las mujeres, madres-esposas, monjas, presas, putas y locas. UNAM. México, 1990.

LARTIGUE, Teresa. La alimentación en la primera infancia. Ed. Plaza y Valdés. México, Octubre 1998. p. 440

LEVY, Claudine. Reflexiones entorno a la mujer, la familia y la educación. Ed. Universidad Pedagógica Nacional. México, 1990.

MOCEL, Hospital. Diagnósticos de Enfermería. México, 1998.

Lineamientos Grales. para la Operación de PROGRESA. México, Febrero 1999.

MOLINA, Alejandro. Manual de procedimientos técnicos en EDAS. México, 1998

MOLINA, Alicia. Diálogo e interacción en el proceso pedagógico. Ed. El caballito. México.

PALACIOS, Jaime. Introducción a la pediatría. Ed Méndez. 4ª. ed. México 1993 p. 887

POLIT, Denise. Investigación científica en ciencias de la salud. Ed. Interamericana, 4ª. ed. México 1994.

RUCH, Floyd. Psicología y vida. Ed. Trillas. México 1980. p. 549

SERRANO, C. Perfiles educativos. UNAM julio 1993.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE S.S. Dir. Gral. de Epidemiología. Informe de casos nuevos de enfermedad por año.(SISPA)

WOLFF, Lewis. Fundamentos de enfermería. Ed. Harla. 2ª. ed. México, 1983 p.950

6. ANEXOS

6.1 CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las preguntas y elija la respuesta que más se acerque a su realidad.

1. ¿Cuál es su edad?

2. ¿ Cuántos hijos tiene?

3. ¿Hasta qué año escolar estudió?

- 4 ¿Cree que sus hábitos y costumbres afecten la salud de su familia?
 - a) Sí
 - b) No

5. ¿ Cuenta con agua intradomiciliaria?

6. ¿En dónde realiza sus necesidades fisiológicas?

7. ¿Hierve o clora el agua?
 - a) Sí
 - b) No

8. ¿De acuerdo a las pláticas que le han dado sobre hervir o clorar el agua, si aún no lo realiza en su casa es por?

- a) Falta de recursos (leña y cloro)
- b) Falta de tiempo
- c) Desidia.

9. ¿Cree que la forma de decirles que hiervan o cloren el agua, influye para que lo haga?

- a) Sí
- b) No

10. De los siguientes puntos ¿cuál cree que sea la causa de que los niños se enfermen de diarrea?

- a) Tomar agua sin hervirla o clorarla
- b) Preparar y comer los alimentos sin antes lavarse las manos
- c) Fecalismo a ras de suelo
- d) Otra _____

11. Usted cree que tenga relación la aparición de diarreas con alguna temporada del año?

- a) Sí
- b) No

12. ¿A sus hijos les ha dado diarrea?

- a) Sí
- b) No

13. ¿Cuál de sus hijos ha presentado más veces diarrea? Poner la edad del niño y qué número de hijo es?

14. ¿Qué ha hecho para evitar que se vuelvan a enfermar?

15. De las siguientes respuestas ¿cuál es la consecuencia de la diarrea?

Puede elegir más de una respuesta.

- a) Cansancio
- b) Deshidratación
- c) Desnutrición
- d) Pocos avances en la escuela

16. ¿A qué institución acude cuando alguien de su familia enferma?

17. ¿Cada cuando le dan pláticas? (especificar en días)

18. ¿Un doctor le ha dado alguna de éstas?

- a) Sí
- b) No

¿Quién? _____

19. Por parte de quien ha recibido la mayoría de las pláticas:

- a) Médico
- b) Enfermera
- c) Promotor o auxiliar de salud.

20. ¿ Cuando le dan pláticas, usted piensa:

- a) Que no es interesante
- b) Que ya lo sabe y es aburrido volver a escucharlo
- c) Le interesa y quisiera saber más del tema.

21. ¿ Comprende en su totalidad los temas que se le exponen?

- a) Sí
- b) No

Porqué _____

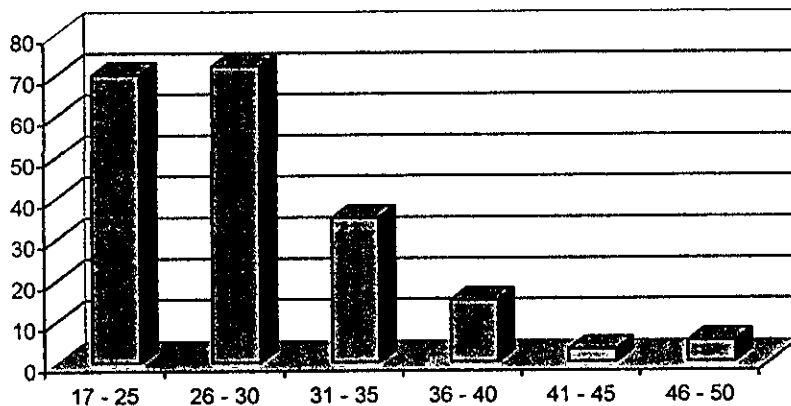
6.2 CUADROS

CUADRO # 1

Edad

| EDAD | Fo | % |
|--------------|-----|--------|
| 17 - 25 años | 70 | 35 % |
| 26 - 30 años | 72 | 36 % |
| 31 - 35 años | 35 | 17.5 % |
| 36 - 40 años | 15 | 7.5 % |
| 41 - 45 años | 3 | 1.5 % |
| 46 - 50 años | 5 | 2.5 % |
| TOTAL | 200 | 100 % |

GRAFICA # 1



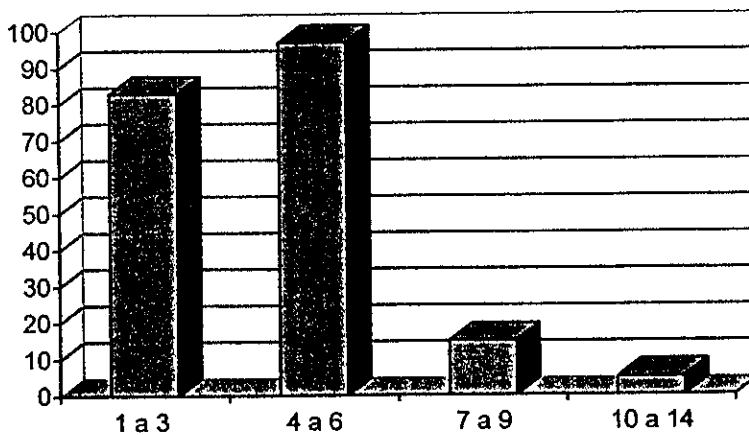
FUENTE: Cuestionarios aplicados a madres de niños menores de 5 que viven en las localidades pertenecientes a las UMTASR "Coro Grande y "Umécuaro".

CUADRO # 2

Número de hijos

| Número de hijos | Fo | % |
|-----------------|-----|--------|
| 1 - 3 | 83 | 41.5% |
| 4 - 6 | 97 | 48.5 % |
| 7 - 9 | 15 | 7.5 % |
| 10 - 14 | 5 | 2.5 % |
| TOTAL | 200 | 100 % |

GRAFICA # 2



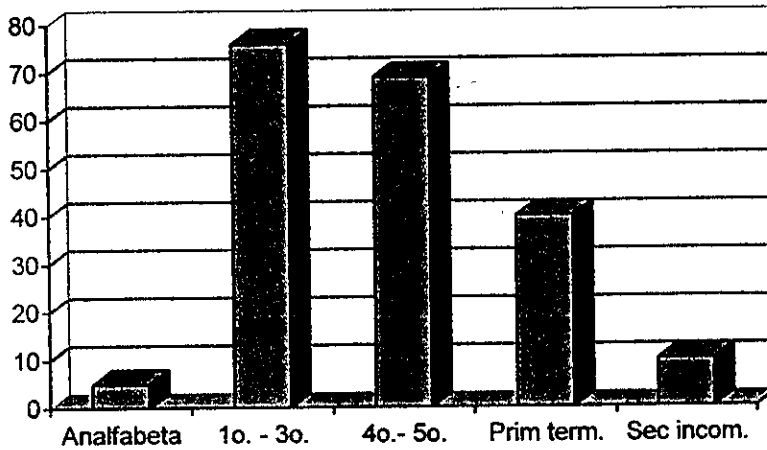
FUENTE: Misma que cuadro # 1

CUADRO # 3

Grado de escolaridad

| Grado de escolar. | Fo | % |
|-------------------|-----|--------|
| Analfabeta | 5 | 2.5 % |
| 1º. - 3º. | 76 | 38 % |
| 4º. - 5º. | 69 | 34.5 % |
| Prim. terminada | 40 | 20 % |
| Sec. incomp. | 10 | 5 % |
| TOTAL | 200 | 100 % |

GRAFICA # 3



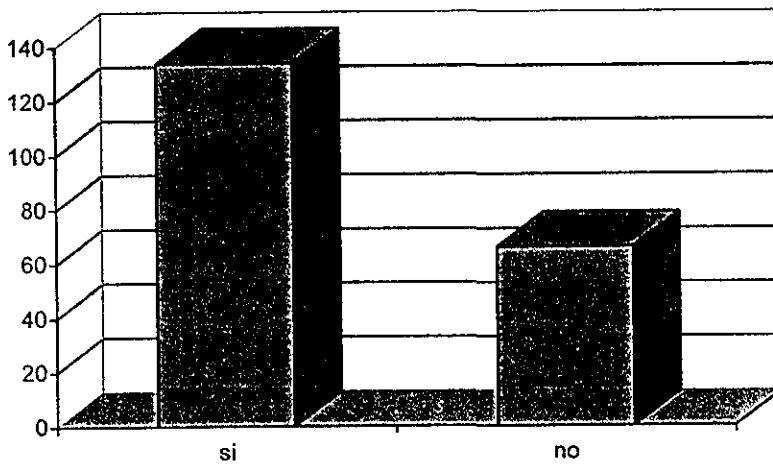
FUENTE: Misma que cuadro # 1

CUADRO # 4

¿ Cree que sus hábitos y costumbres afecten la salud de su familia?

| | Fo | % |
|-------|-----|-------|
| Si | 134 | 67 % |
| No | 66 | 33 % |
| TOTAL | 200 | 100 % |

GRAFICA # 4



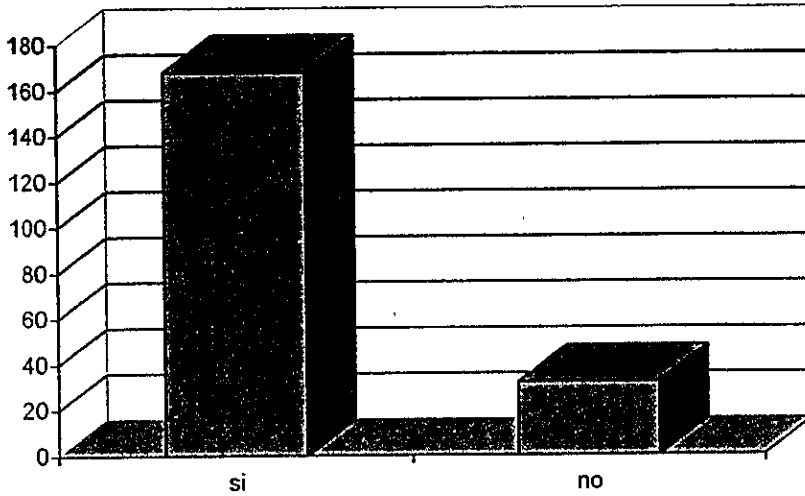
FUENTE: Misma que cuadro # 1

CUADRO # 5

¿Cuenta con agua intradomiciliaria?

| | Fo | % |
|-------|-----|-------|
| Si | 168 | 84 % |
| No | 32 | 16 % |
| TOTAL | 200 | 100 % |

GRAFICA # 5



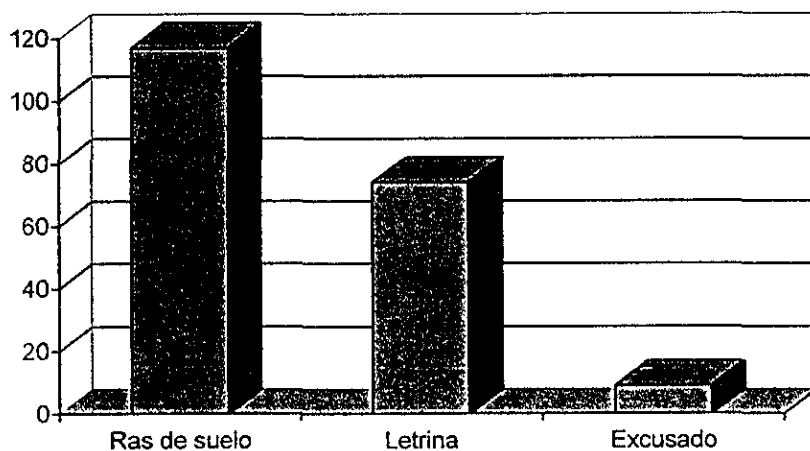
FUENTE: Misma que cuadro # 1

CUADRO # 6

¿En dónde realiza sus necesidades fisiológicas?

| | Fo | % |
|--------------|-----|--------|
| Ras de suelo | 117 | 58.5 % |
| Letrina | 74 | 37 % |
| Excusado | 9 | 4.5 % |
| TOTAL | 200 | 100 % |

GRAFICA # 6



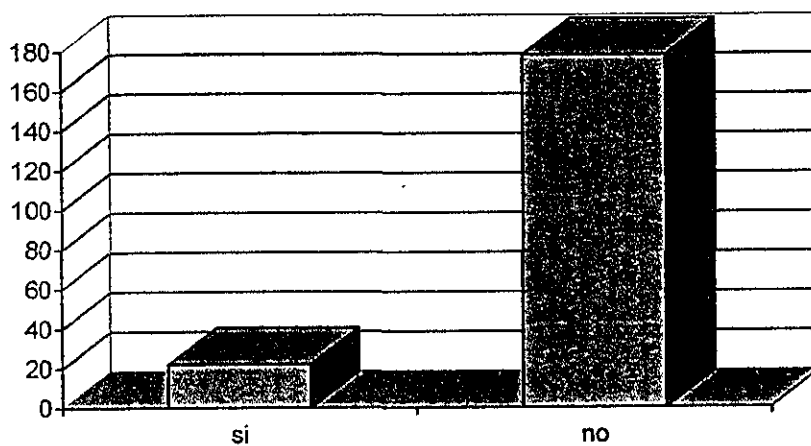
FUENTE: Misma que cuadro # 1

CUADRO # 7

¿Hierve o clora el agua?

| | Fo | % |
|-------|-----|-------|
| Sí | 22 | 11 % |
| No | 178 | 89 % |
| TOTAL | 200 | 100 % |

GRAFICA # 7



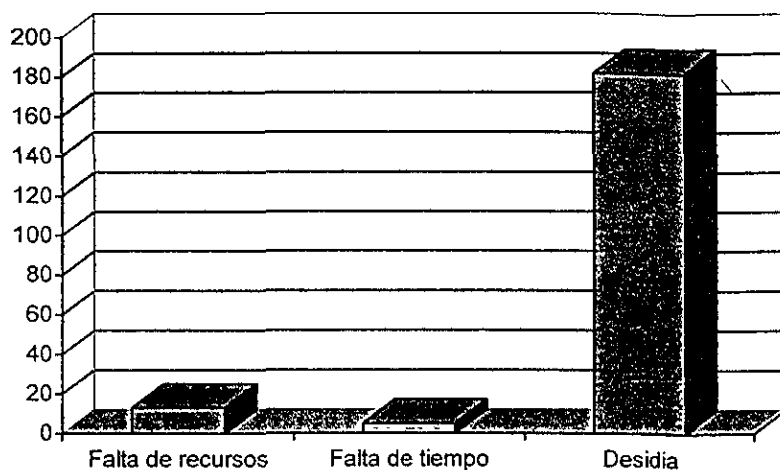
FUENTE: Misma que cuadro # 1

CUADRO # 8

¿De acuerdo a las pláticas que le han dado sobre hervir o clorar el agua, si aún no lo realiza en su casa es por?

| | Fo | % |
|-------------------|-----|-------|
| Falta de recursos | 13 | 6.5 % |
| Falta de tiempo | 5 | 2.5 % |
| Desidia | 182 | 91 % |
| TOTAL | 200 | 100 % |

GRAFICA # 8



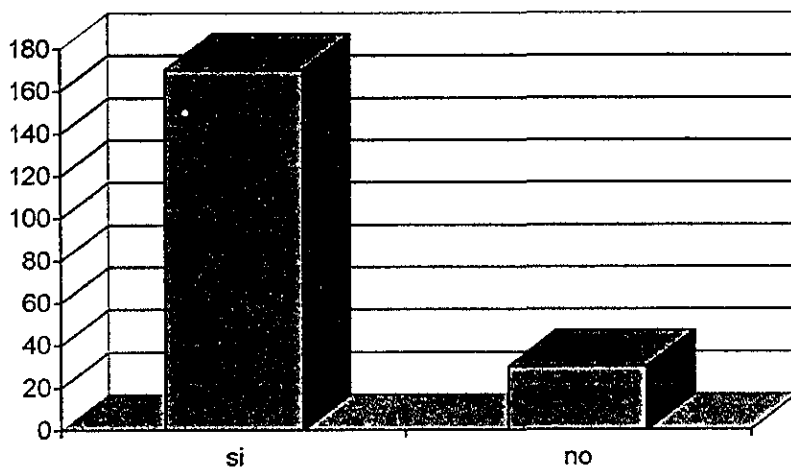
FUENTE: Misma que cuadro # 1

CUADRO # 9

¿Cree que la forma de decirle que hiervan o cloren el agua, influye para que lo haga?

| | Fo | % |
|-------|-----|-------|
| Sí | 170 | 85 % |
| No | 30 | 15 % |
| TOTAL | 200 | 100 % |

GRAFICA # 9



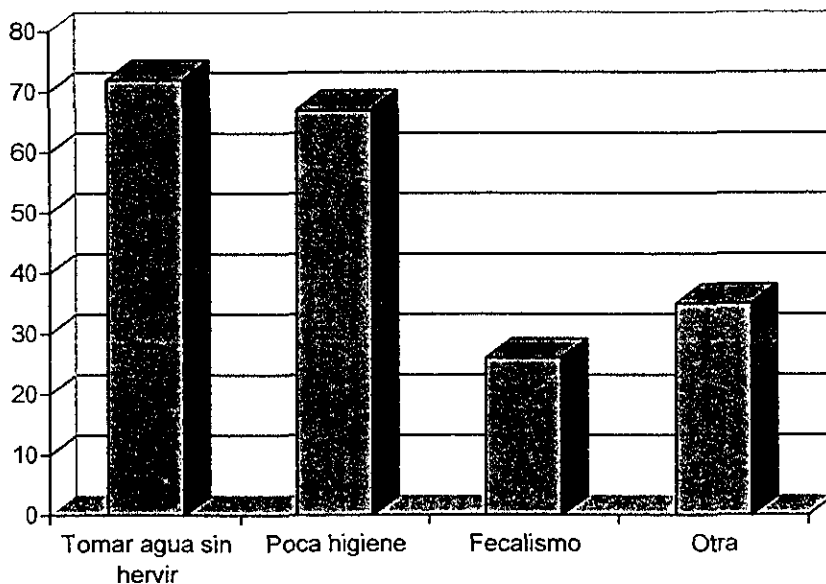
FUENTE: Misma que cuadro # 1

CUADRO # 10

De los siguientes puntos ¿cuál cree que sea la causa de que los niños se enfermen de diarrea?

| | Fo | % |
|---|-----|--------|
| Tomar agua sin hervir o clorar | 72 | 36 % |
| Prepara y comer los alimentos sin lavarse las manos | 67 | 33.5 % |
| Fecalismo a ras de suelo | 26 | 13 % |
| Otra | 35 | 17.5 % |
| TOTAL | 200 | 100 % |

GRAFICA # 10



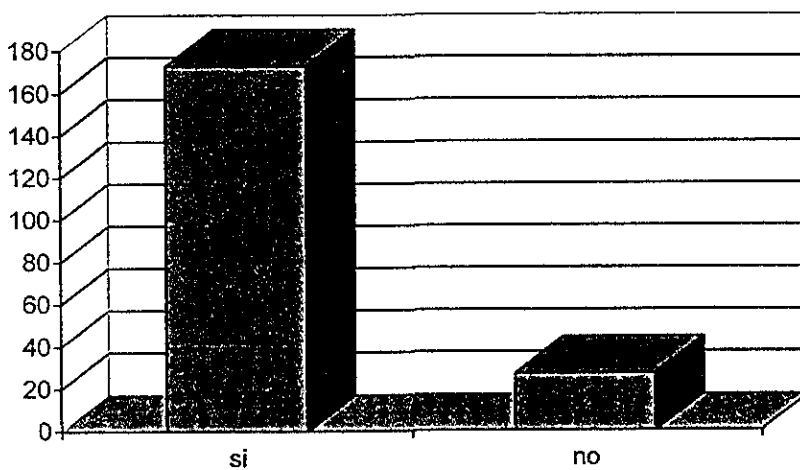
FUENTE : Misma que cuadro # 1

CUADRO # 11

¿Usted cree que tenga relación la aparición de diarreas con alguna temporada del año?

| | Fo | % |
|-------|-----|--------|
| Sí | 173 | 86.5 % |
| No | 27 | 13.5 % |
| TOTAL | 200 | 100 % |

GRAFICA # 11



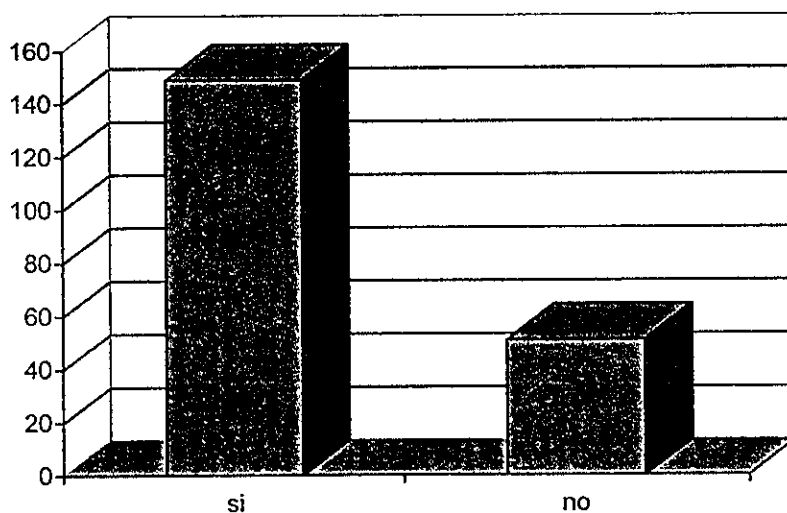
FUENTE : Misma que cuadro # 1

CUADRO # 12

¿A sus hijos les ha dado diarrea?

| | Fo | % |
|-------|-----|--------|
| Si | 149 | 74.5 % |
| No | 51 | 25.5 % |
| TOTAL | 200 | 100 % |

GRAFICA # 12



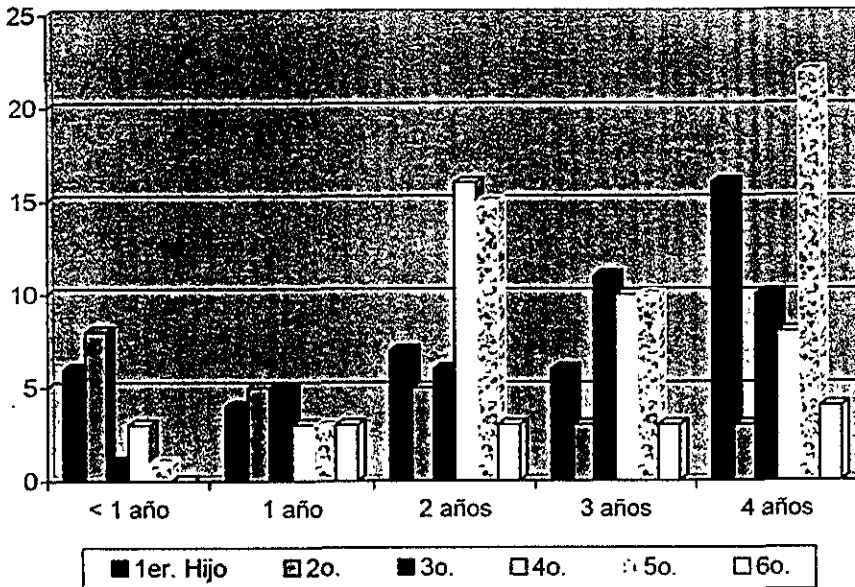
FUENTE: Misma que cuadro # 1

CUADRO # 13

¿Cuál de sus hijos ha presentado más veces diarrea? Con la edad del niño y qué número de hijo es.

| | - 1 año | 1 año | 2 años | 3 años | 4 años | | | | | |
|-------|---------|-------|--------|--------|--------|----|----|------|----|------|
| 1º. | 6 | 4 | 7 | 6 | 16 | | | | | |
| 2º. | 8 | 5 | 5 | 3 | 3 | | | | | |
| 3º. | 1 | 5 | 6 | 11 | 10 | | | | | |
| 4º. | 3 | 3 | 16 | 10 | 8 | | | | | |
| 5º. | 1 | 3 | 15 | 10 | 22 | | | | | |
| 6º. + | 0 | 3 | 3 | 3 | 4 | | | | | |
| | Fo | % | Fo | % | Fo | % | Fo | % | Fo | % |
| | 19 | 9.5 | 23 | 11.5 | 52 | 26 | 43 | 21.5 | 63 | 31.5 |

GRAFICA # 13



FUENTE : Misma que cuadro # 1

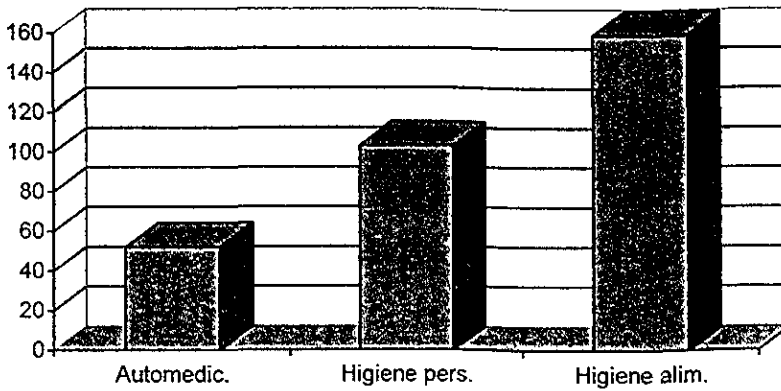
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO # 14

¿Qué ha hecho para evitar que se vuelvan a enfermar?

| | Fo | % |
|------------------------------|-----|--------|
| Automedicación | 52 | 16.6 % |
| Mejorar higiene personal | 103 | 32.8 % |
| Mejorar higiene en alimentos | 159 | 50.6 % |
| TOTAL | 314 | 100 % |

GRAFICA # 14



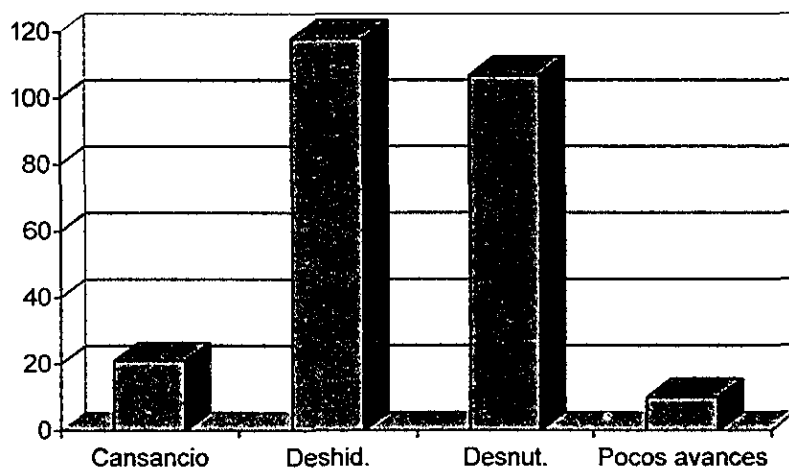
FUENTE: Misma que cuadro # 1

CUADRO # 15

¿Cuál es la consecuencia de la diarrea?

| | Fo | % |
|-------------------------|-----|--------|
| Cansancio | 21 | 8.2 % |
| Deshidratación | 118 | 46.2 % |
| Desnutrición | 107 | 41.7 % |
| Pocos avances escolares | 10 | 3.9 % |
| TOTAL | 256 | 100 % |

GRAFICA # 15



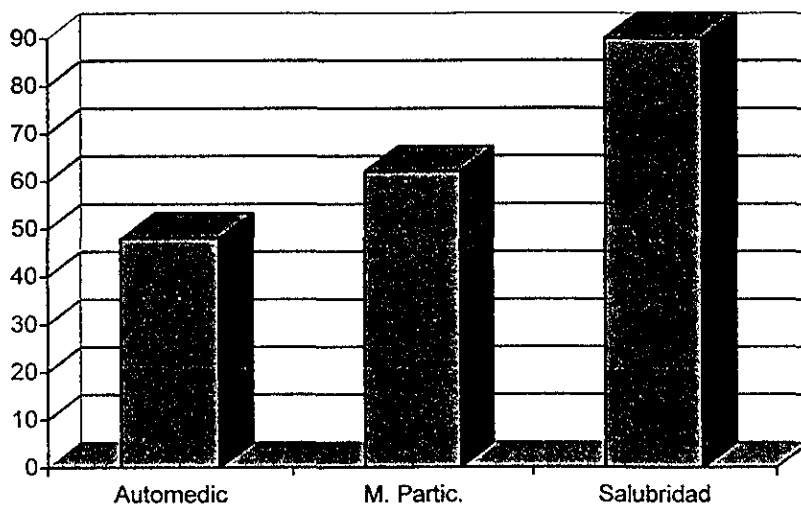
FUENTE: Misma que cuadro # 1

CUADRO # 16

¿A qué Institución acude cuando alguien de la familia se enferma?

| | Fo | % |
|-------------------|-----|-------|
| Automedicación | 48 | 24.5 |
| Médico particular | 62 | 31 % |
| Salubridad | 90 | 45 % |
| TOTAL | 200 | 100 % |

GRAFICA # 16



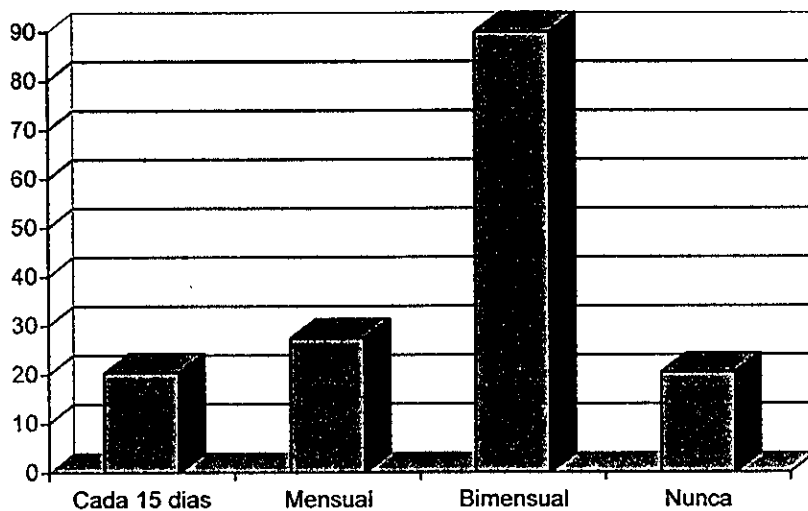
FUENTE : Misma que cuadro # 1

CUADRO # 17

¿Cada cuando le dan pláticas?

| | Fo | % |
|--------------|-----|--------|
| Cada 15 días | 20 | 10 % |
| Cada mes | 169 | 84.5 % |
| Cada 2 meses | 4 | 2 % |
| Nunca | 7 | 3.5 % |
| total | 200 | 100 % |

GRAFICA # 17



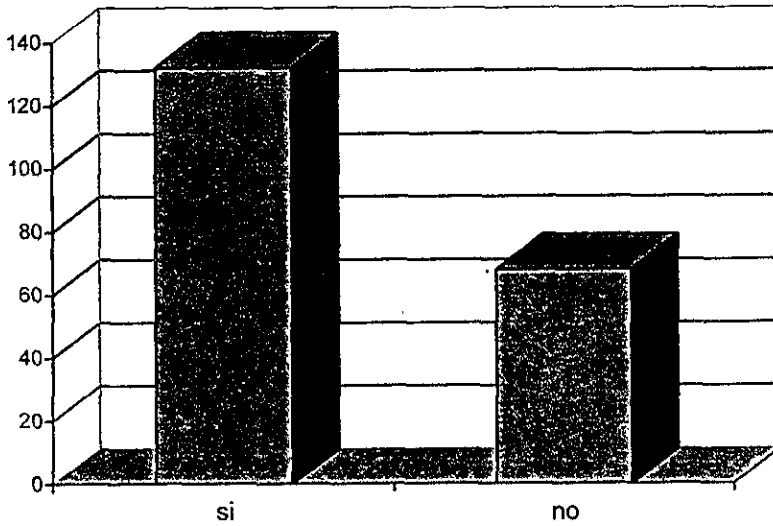
FUENTE: Misma que cuadro # 1

CUADRO # 18

¿Un doctor le ha dado alguna de éstas?

| | Fo | % |
|-------|-----|-------|
| Sí | 132 | 66 % |
| No | 68 | 34 % |
| TOTAL | 200 | 100 % |

GRAFICA # 18



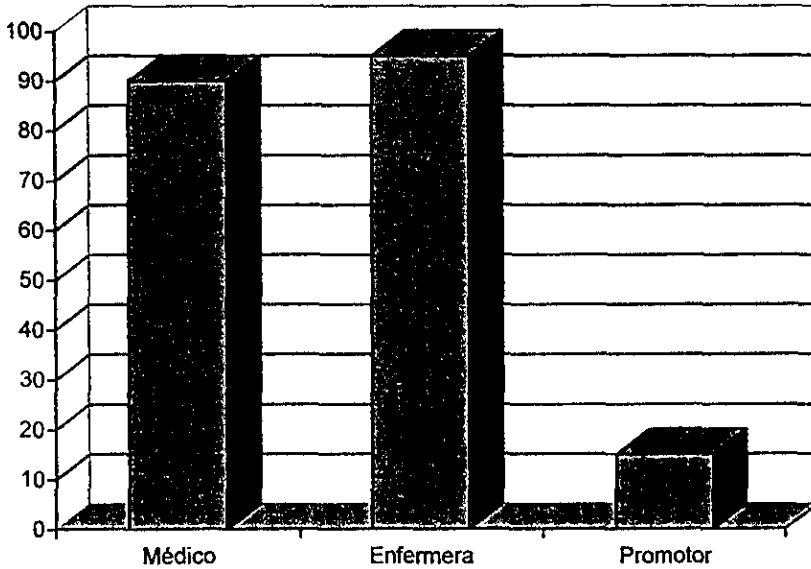
FUENTE: Misma que cuadro # 1

CUADRO # 19

¿Por parte de quién ha recibido la mayoría de las pláticas?

| | Fo | % |
|-----------------------------|-----|--------|
| Médico | 90 | 45 % |
| Enfermera | 95 | 47.5 % |
| Promotor o auxilia de salud | 15 | 7.5 % |
| TOTAL | 200 | 100 % |

GRAFICA # 19



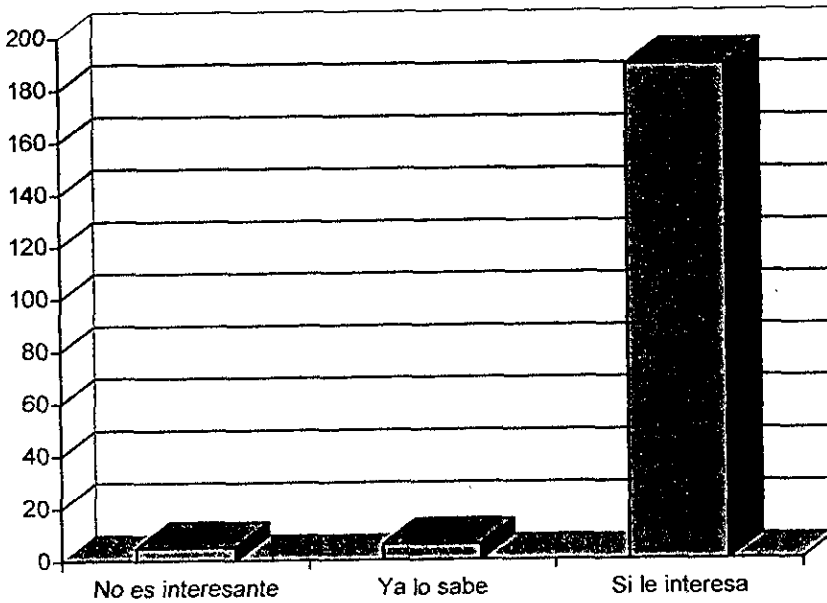
FUENTE: Misma que cuadro # 1

CUADRO # 20

Cuándo le dan pláticas, usted piensa:

| | Fo | % |
|--|-----|--------|
| Que no es interesante | 5 | 2.5 % |
| Que ya lo sabe y es aburrido volver a escucharlo | 6 | 3 % |
| Le interesa y quisiera saber más del tema | 189 | 94.5 % |
| TOTAL | 200 | 100 % |

GRAFICA # 20



FUENTE: Misma que cuadro # 1

CUADRO # 21

¿Comprende en su totalidad los temas que le exponen?

A

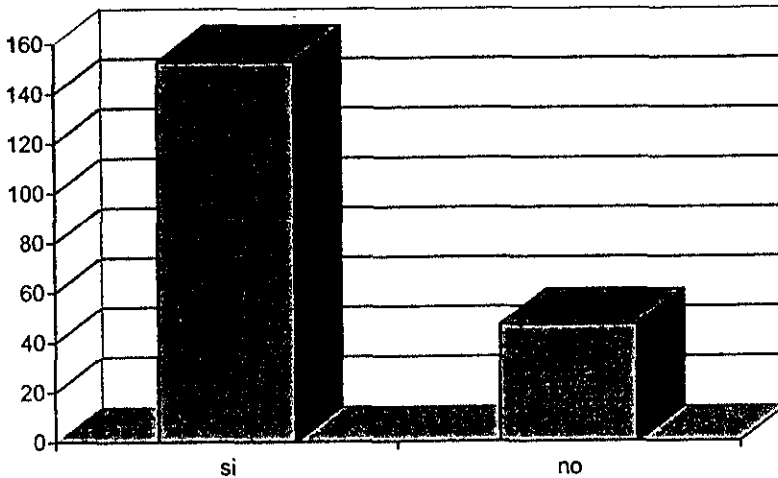
| | Fo | % |
|--------------|-----------|----------|
| Sí | 153 | 76.5 % |
| No | 47 | 23.5 % |
| TOTAL | 200 | 100 % |

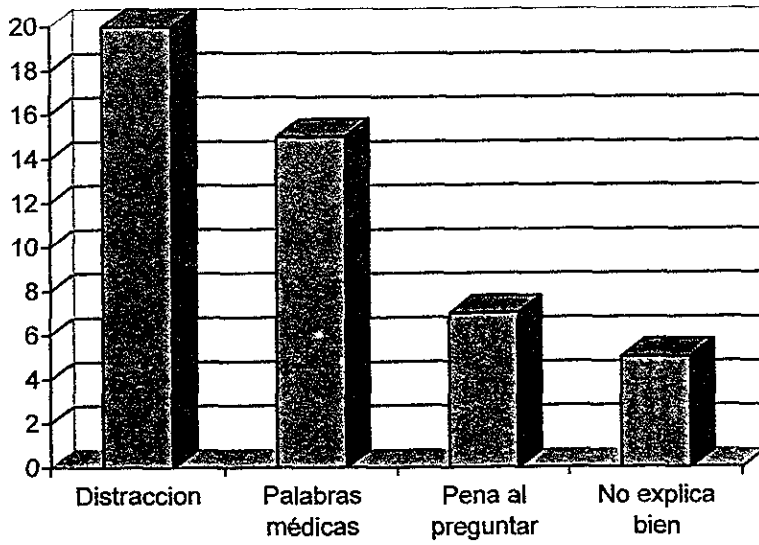
A1

¿Porqué?

| CAUSAS | Fo | % |
|------------------------------------|-----------|----------|
| Distracción | 20 | 42.5 % |
| Uso de palabras médicas | 15 | 31.9 % |
| Pena al preguntar | 7 | 14.8 % |
| No explican bien | 5 | 10.6 % |
| TOTAL | 200 | 100 % |

GRAFICA # 21





FUENTE: Misma que cuadro # 1