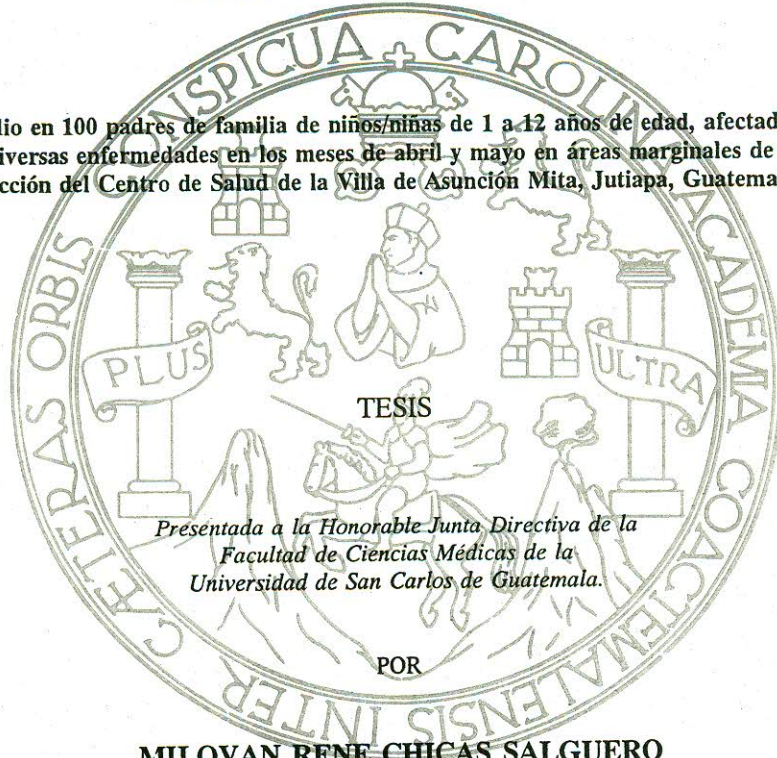


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MEDICINA TRADICIONAL APLICADA A ENFERMEDADES
POPULARES/TRADICIONALES

Estudio en 100 padres de familia de niños/ninas de 1 a 12 años de edad, afectados por diversas enfermedades en los meses de abril y mayo en áreas marginales de la jurisdicción del Centro de Salud de la Villa de Asunción Mita, Jutiapa, Guatemala 1995.



En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, agosto de 1995.



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

FORMA C

Guatemala, 3 de agosto de 1995
DIF-095-95

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las
Ciencias de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS MILOVAN RENE
Título o diploma de diversificado, Nombres y ape-
CHICAS SALGUERO Carnet No. 62-11164
llidos completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
MEDICINA TRADICIONAL APLICADA A ENFERMEDADES POPULARES/
TRADICIONALES

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Firma del estudiante

Asesor
Firma y sello personal (6480)

RODRIGO HERRERA
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado 6480

Revisor
Firma y sello

Dr. Allan Jacobo Riqueno Ferná
MEDICO Y CIRUJANO
PEDIATRA
COLEGIADO 7042

Registro Personal 18521

OS
T (2682)

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE:

El (La) Bachiller: MILOVAN RENE CHICAS SALGUERO

Carnet Universitario No. 82-11164

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al

Título de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

MEDICINA TRADICIONAL APLICADA A ENFERMEDADES POPULARES/

TRADICIONALES

Trabajo asesorado por: DR. GUILLERMO MONROY

y revisado por: DR. ALLAN JACOBO RUANO FERNANDEZ

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firma y sella la presente

ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 3 de agosto de 1995

DR. EDGAR DE LEON BARILLAS
Por Unidad de Tesis

DR. RAUL CASTILLO RODAS
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRESION:

Dr. Edgar Axel Oliva González
D E C A N O



PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

INDICE

	PAGINAS
I. INTRODUCCION.....	1
II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA.....	3
III. JUSTIFICACION.....	4
IV. OBJETIVOS.....	6
V. REVISION BIBLIOGRAFICA.....	7
VI. MATERIAL Y METODOS.....	18
VII. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION.....	20
VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS.....	21
IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	32
X. CONCLUSIONES.....	39
XI. RECOMENDACIONES.....	41
XII. RESUMEN.....	43
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	44
XIV. ANEXOS.....	47

I. INTRODUCCION

El presente estudio identificó cuales eran los conocimientos, actitudes y prácticas que 100 padres de familia de hijos/hijas de 1 a 12 años de edad tienen sobre Medicina Tradicional y la descripción de sus Enfermedades Populares/Tradicionales y su Etnoterapéutica, estudiados por el método etnográfico, en el Oriente del país, durante los meses de Abril y Mayo de 1995, en 100 hogares del área marginal Sur-Oriente, a 1 kilómetro del parque central de la Villa de Asunción Mita del departamento de Jutiapa, constituidos por 4 barrios, cuyos nombres son: Maya, Tultepeque, Buenos Aires y 19 de Septiembre.

Se encontró que un 87% de los entrevistados son de sexo femenino (amas de casa); el 67% del total se encuentran en edad fértil; el analfabetismo alcanza un 47%, habiendo un mayor porcentaje de católicos y casados; el 80% con ingreso menor de Q600.00 mensuales.

Las condiciones en que viven están muy distantes de ser cómodas pues los hogares presentan deficiencias como que: el 51% está construida de Adobe, bajareque, bambú y lámina, 75% con piso de tierra, torta y barro, 23% tienen 1 ambiente, 21% viviendo más de 2 familias, 9% no tiene agua, pero el resto aunque tenga no le llega durante el día, 43% hacen sus necesidades al aire libre.

El 36% de padres de familia tiene de 1 a 4 hijos, el 64% tiene de 5 a 11 o más hijos; el número de hijos por hogar es de 5.1.

Un total de 29 padres de familia reportaron tener 1 a 4 hijos muertos, sumando 56 fallecimientos, 23 padres eran analfabetas y los 6 restantes con algún grado de primaria. Aquellos que tenían ingresos menores a Q400.00 por mes y que no contestaron ésta pregunta reportaron 35 fallecimientos, seguido de 19 con ingresos de Q400.00 a Q600.00. 11 y 45 fallecidos sus padres tenían de 26 a 35 años y de 36 a más de 51 años respectivamente.

De los 29 padres de familia, 27 pensaron que las causas de muerte fueron "empacho, ojo susto y mollera caída", 25 no consultaron a ningún servicio de salud y trataron a sus hijos con "cachitas y sobador".

90 padres de familia al momento de la visita domiciliaria refirieron cada uno, 1 hijo enfermo por períodos que iban de 1 a 7 días (49%) y de 8 días a más de 1 mes (41%), cuyos síntomas los describieron de la siguiente manera, "destragado, calentura, vasca, asientos, retortijones y tos", opinando que los síntomas se debían a: "empacho" (66%), "empacho" asociado a otro proceso (gripe, lombrices, dengue, susto) (15%); tratándolos con: Alka seltzer, agua mineral, sodas, aspirinitas, bismuto, ajos, sobada, purgantes, cápsula de indigestión, yodoclorinas, salandrews, brasas apagadas, "brebajes", hasta rezos y baños con "preparos".

99 padres de familia refirieron conocer de uno a seis procesos que consideran Enfermedades Populares: "Empacho, Susto, ojo, mollera caída, Bolsa de lombrices y pujo", aplicando sus conocimientos sobre Medicina Tradicional a éstas.

Las causas por las cuales no acuden a algún servicio de salud fueron: "que realizan "cachitas" (27%), esperan 2-3 días el resultado (27%), primero "cachitas", no hay dinero y en el centro de salud no regalan nada" (21%), primero "cachitas" y sólo tienen dinero para la consulta (17%), primero "cachitas", luego médico o viceversa (4%), no hay dinero y si hay sólo para la consulta pero no para lo que le receten (2%), en el centro de Salud no regalan nada (1%), y siempre lo lleva con el médico (1%)".

Para las personas de éste lugar, la Medicina Tradicional tiene suma importancia, pues para algunos es el único recurso para el tratamiento de sus enfermos.

La forma de concebir y tratar los procesos de enfermedad tradicional son comunes en la mayoría de los padres de familia (99%), independientemente de su edad, escolaridad e ingreso pues todos aplican primeramente sus conocimientos sobre Enfermedades Populares/Tradicionales y su Medicina Tradicional antes de consultar a un servicio de salud, si es que consultan, siendo las razones más fuertes de no consultar a éstos: la firme creencia de que van a sanar a sus enfermos por medio de ella y luego el factor económico.

Al observar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los padres de familia, sobre la Medicina Tradicional observamos como su concebir cultural y sentir poblacional guardan estrecha relación con el proceso de Salud-Enfermedad, pues desde antes y actualmente sus resultados repercuten en altas tasas de morbi-mortalidad infantil y consulta tardía a algún servicio de salud, resultados que no pueden adjudicárseles sólo a ellos debido a su idiosincracia, sino más importante aún a la poca importancia que las autoridades y diversos medios de salud dan al respecto.

Por todo ésto es importante aceptar a la Medicina Tradicional como la puerta más amplia y el camino más seguro, para modificar estructuras sanitarias del país encaminadas a la Salud para Todos en el año 2000, por medio del acercamiento comunitario, la búsqueda de agentes de salud y la capacitación de los mismos.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La medicina tradicional es una rica herencia practicada durante el tiempo y en todos los lugares de la República y del mundo; entendiéndose como tal, "la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia, observación, y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra "(3).

La Medicina Tradicional puede considerarse también, como una firme amalgama de práctica médica activa y experiencia ancestral, la cual es aplicada por comadronas, sobadores, curanderos, etc., que son a su vez un grupo de confianza de la comunidad a la que pertenecen y a quienes acuden por enfermedad de un familiar al cual aplican la medicina recomendada o sugerida por estos personajes, con el fin de curar en una u otra forma los males que aquejan al paciente (3, 23, 25).

La Villa de Asunción Mita, es geográfica y poblacionalmente la más grande del departamento de Jutiapa, en donde las Enfermedades Populares/Tradicionales y el tratamiento a través de la Medicina Tradicional son prácticas comunes. Estas son aplicadas cotidianamente por sus pobladores, especialmente por aquellos que habitan alguna de las áreas marginales o zonas conurbadas del municipio (1).

Estos pobladores son en su mayoría familias numerosas, que viven en hacinamiento, con bajo índices de escolaridad, bajo ingreso económico, precario saneamiento ambiental, etc.

A través del presente trabajo pretendemos dar cuenta de ¿cuáles son las razones que motivan a los padres de familia a no consultar a las diversas instituciones de salud o médicos particulares cuando sus hijos están enfermos, y por el contrario recurren a la aplicación de diversos procedimientos de la Medicina Popular/Tradicional, en casos en los cuales los niños requerirían de tratamiento médico especializado?

En este estudio damos a conocer también ¿cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas que dichos pobladores, desde su concepción cultural y sentir poblacional, tienen en relación al proceso de salud y enfermedad?.

¹ Reconocemos como zonas marginales o áreas conurbadas de la Villa de Asunción Mita al total de casas ubicadas a dos kilómetros al este y al oeste del parque municipal. Esta caracterización es tomada del estudio realizado por SEGEPLAN-UNICEF. **Caracterización de las áreas Precarias en la Ciudad de Guatemala.** Criterio Consultores. En el Grupo I (mayor precariedad) presentan una grave carencia en todos los sentidos: en la tenencia del suelo urbano, en la forma de construcción de la vivienda, en la dotación de servicios públicos y de equipamiento comunitario. El Grupo II (precariedad intermedia) se incluyen aquellas áreas que ofrecen condiciones mínimas de vivienda, servicios públicos y equipamiento comunitario; y en el Grupo III (de menor precariedad) se incluyen aquellos que cuentan con el mínimo para llevar una vida digna, tanto a nivel de ingresos como en cuanto a la vivienda, los servicios públicos, el equipamiento comunitario y la tenencia del terreno. La mayoría de estas viviendas estarían incluidas dentro del Grupo II.

III. JUSTIFICACION

Desde tiempos antiguos, nuestros pueblos han tenido un particular sistema de creencias en relación a la enfermedad, que de por si es muy diferente al conocimiento médico occidental. Ello significa que muchas veces los **conocimientos, actitudes y prácticas que las personas tienen sobre el proceso de salud y enfermedad en su comunidad, sea muy diferente a los valores o criterios manejados por personal médico o paramédico.**

Lo anterior puede causar un conflicto de intereses entre ambos sectores, por un lado, muchos pobladores pueden seguir tratamientos o terapéuticas orientadas dentro de sus prácticas de Medicina Popular/Tradicional transmitidas durante generaciones por sus ancestros, mientras que diversos miembros del personal médico o paramédico pueden desaconsejar, desautorizar o incluso reprimir dichas prácticas.

La necesidad de establecer un acercamiento antropológico a dicha situación se hace imprescindible por parte del personal de salud, con el fin de conocer las diversas formas que asume la conceptualización y la práctica de tales procedimientos, tratando de rescatar aquellos esfuerzos comunales que pueden ser positivos para el tratamiento del paciente, así como lograr influir en aquellos que pueden tener un efecto adverso. Esto sólo se logra si se conocen las percepciones y las prácticas comunitarias desde su interior, con el fin de poder generar estrategias de intervención que no vean el pensamiento de la Medicina Popular/Tradicional como un obstáculo sino como parte de la riqueza cultural de los pueblos que puede ser aprovechada en lograr una mejor calidad de vida y un mejor sistema de salud para sus pobladores.

La Medicina Tradicional es muy amplia y desde tiempos remotos ha sido aplicada para intentar mejorar el estado mórbido de la persona.

En la Villa de Asunción Miña los niños y niñas menores de 12 años de edad son los más afectados, por padecer éstos de diversos problemas infecciosos, ya sean estos virales, bacterianos, parasitarios, etc., en un momento determinado de su vida. Estos procesos infecciosos pueden (y de hecho lo hacen) hacer pensar sus padres en enfermedades Populares/Tradicionales debido a los signos y síntomas que los niños presentan. Muchos de dichos padres consideran que dichos quebrantos de salud pueden ser solucionados con terapéutica casera.

Muchas veces (si no en la gran mayoría de los casos), los niños y las niñas de las áreas marginales de la Villa de Asunción Miña, así como de otros lugares del país, antes de ser llevados al médico, son medicados por el padre de familia, sobador, curandero, etc. (13, 21).

Las enfermedades Populares/Tradicionales que más afectan a los menores de 12 años de edad, son: empacho, ojo (mal de ojo, o le hicieron ojo), susto, bolsa de lombrices, mollera caída, etc., de los cuales por referencia de algunos médicos del área y observación directa en la consulta externa del Centro de Salud

de la localidad, pudimos constatar que casi el 90% de dichos pacientes son tratados en casa, teniendo alivio, mejoría o cura tan sólo en el 10 % de los casos, siendo porque cursan con enfermedades infecciosas autolimitadas o indigestiones leves que responden a las diferentes formas de medicina tradicional; el resto, 90% son llevados a médico particular o redes de salud por seguir igual o empeorar su estado de salud.

La presente investigación se dirige a conocer aspectos culturales de una población con características de ser población pobre, mestiza y de la región oriental del país.

Para ello era importante realizar un acercamiento antropológico, el cual estuviera sustentado en determinar ¿cuáles eran las medicinas o procedimiento terapéuticos populares/tradicionales aplicados por los padres de familia en niños/niñas de 1 a 12 años de edad, que presentaban durante el período de estudio alguna enfermedad? Ello nos permitiría aportar diversos datos que lleven a tomar conductas dirigidas a poblaciones que utilizan la medicina Popular/Tradicional como primera alternativa para el alivio y/o cura de las enfermedades populares; siendo necesario establecer y conocer las enfermedades que son llamadas Populares/Tradicionales, en base a los signos y síntomas que presentan los menores de edad en estudio, así como algunas formas de influir en las decisiones de los padres o tutores.

IV. OBJETIVOS

GENERA:

- Realizar un estudio de carácter diagnóstico que permita identificar los conocimientos, actitudes y prácticas que sobre Medicina Popular/Tradicional tienen los pobladores de áreas marginales de la Villa de Asunción Mita, Jutiapa.

ESPECIFICOS:

- Describir la terapéutica casera que los padres de familia de áreas marginales de Asunción Mita dan a sus hijos/hijas de 1 a 12 años de edad, que son afectados por Enfermedades Populares/Tradicionales.
- Identificar cuáles son las Enfermedades Populares/Tradicionales más comunes en dicha población y los tratamientos utilizados.
- Determinar grado de escolaridad, edad y sexo de los padres de familia.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

CULTURA POPULAR TRADICIONAL

Un grupo interdisciplinario de expertos latinoamericanos en cultura popular y educación, convocados por la Organización de Estados Americanos, reunidos en Cuenca, Ecuador, en Mayo de 1,980 llegaron a definir la cultura popular tradicional como: "Todas aquellas características que se desarrollan en el seno de un pueblo y que poseen características propias surgidas por los procesos históricos y sociales que las determinan" (8).

La cultura popular tradicional es, por lo tanto, el crisol donde se refugian los valores más auténticos que una nación ha creado a lo largo del devenir histórico y nutridos diariamente por la realidad socio-económica que rige la vida colectiva.

Comprendida dentro de su contexto histórico, la cultura popular tradicional es dinámica por excelencia, permite a los pueblos adaptarse a situaciones nuevas de vida y coadyuva a la transformación de su realidad circundante. Como elemento social que es la cultura popular tradicional, se transforma de acuerdo con los cambios sustantivos de la nación a la que pertenece, pero como receptáculo de manifestaciones socio-culturales ancestrales, permite conservar en su seno lo más valioso del patrimonio del pueblo y adaptarse con éxito a las transformaciones sociales.

Los cambios de la cultura popular tradicional no conlleva la destrucción o extinción de sus rasgos básicos, sino, por el contrario, permite conservar y enriquecer los aspectos propios, auténticos y genuinos que los mismos pueblos desean que permanezcan en el proceso de su desarrollo. En tal sentido se convierte en fuente inagotable de identidad cultural, como raíz de nacionalidad. Su aplicación a la educación exige que sea la base donde se asiente la identidad cultural de nuestros países. (8, 9, 25).

SOCIEDAD Y CULTURA

Varios sociólogos y filósofos han definido la "sociedad" de muchas maneras (1). Para nuestro fin diremos que existe una sociedad humana cuando hay un grupo de personas que incluye más de una familia y que al llevar a cabo sus actividades corrientes, comparte su conducta con otros miembros del grupo y dependen organizacionalmente de ellos (2, 25).

Esto quiere decir que las personas que componen una sociedad tendrán ciertas características en común, o que ciertas de sus conductas suplementarán a las conductas de otras personas; además todas las personas en la sociedad están organizadas de tal manera que pueden llevar a cabo estas conductas sin conflicto excesivo o paralizador; así podemos decir que, mientras en una población las enfermedades tienden a ser interpretadas como brujería, en otra pueden ser interpretadas como actos de Dios.

CULTURA

La cultura consiste en el sistema de hábitos socialmente compartidos o interdependientes que puede encontrarse entre los miembros de una sociedad humana. Una cultura incluye todos los hábitos que encontramos compartidos en un grupo humano, no tienen necesariamente que ser compartidos por cada uno de los miembros del grupo, pues de hecho, pocos lo serán, así pues las diferencias de hábitos entre varios subgrupos en un grupo humano grande, son diferencias sub-culturales (2).

HABITOS

Son los medios por los cuales los seres humanos resuelven problemas nuevos y viejos. Cuando algo ocurre que obliga al hombre a alguna actividad, usualmente no es lo suficientemente inventivo para ingeniar nuevos modos de confrontar el problema; en cambio tiene todo un arsenal de hábitos que han resuelto el problema en el pasado (2). La respuesta automática de casi todos los seres humanos, al encontrarse con una situación enteramente nueva, es reaccionar con algún hábito ya aprendido. Consecuentemente, la habilidad para tratar los problemas en forma específica es pasada de una generación a otra. Muchas de nuestras emociones, pensamientos, enfermedades, respuestas automáticas, gustos estéticos, y hasta nuestros sueños, los aprendemos inconscientemente de los miembros de nuestra sociedad.

ASPECTOS HISTORICOS DE LA MEDICINA TRADICIONAL

Antecedentes históricos generales

La experiencia humana en su devenir histórico, está íntimamente ligada a las enfermedades de la humanidad y a la práctica de la medicina. El conocimiento de ésta historia se remonta a tiempos primitivos, lo que hace posible observar como ha contribuido a la comprensión de los hechos humanos. Conocer el pasado, los logros del hombre es percibir lo que este puede alcanzar, lo cual tiene gran significación científica, tanto en el presente como en el futuro.

En el caso de la Medicina Tradicional, la historia explica las tentativas del hombre antiguo para luchar contra la enfermedad, valiéndose de los recursos que el medio natural pudo ofrecerle. Todos los grupos humanos, en el transcurso de su evolución presentan rasgos comunes con respecto a las creencias, prácticas y recursos médicos, ya sean estos de orden material o espiritual.

Estas se interrelacionan y forman un conjunto que rige la conducta del hombre en relación al mundo que le rodea. Dicha concepción se expresa claramente en la manera de interpretar la salud, la enfermedad, la causa, el efecto y el proceso de desarrollo.

El hombre primitivo, sin poder explicarse las relaciones extrañas sentidas en su organismo, acudió a recursos mágicos, religiosos, y a prácticas tales

como: el uso de plantas y raíces para poder curar sus afecciones, y así fue seleccionando todos los productos naturales que tuvieran una acción real o imaginaria en éste sentido.

A través de la historia, a los sistemas médicos basados en formas primitivas de pensamiento, se les ha llamado genéricamente "Medicina Arcaica". Los primeros practicantes de dichas medicina fueron los hechiceros, sacerdotes y los curanderos, basandose en el animismo, concepto que se caracteriza por la existencia de espíritus invisibles que rodean al hombre continuamente y lo impactan psicológicamente, pudiendo causarle enfermedad y muerte.

Según Freud, el animismo es la teoría de las representaciones del alma; en el sentido amplio, es la teoría de los seres espirituales. En general, el animismo es la doctrina de la vivificación de la naturaleza que se muestra inanimadamente (25).

ASPECTOS DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN ESPAÑA DURANTE LA CONQUISTA

La medicina española, en el período de conquista y colonización de América, estaba cimentada en la medicina clásica Greco-romana, basada en la doctrina hipocrática, la que en ese entonces estaba constituida esencialmente por la teoría de los Cuatro Humores: Sangre, Flema, Bilis Negra y Bilis Amarilla, cada uno de estos humores compuestos por dos estados, caracterizados así: la sangre, caliente-húmeda; la flema, fría-húmeda; la bilis negra, fría-seca; y la bilis amarilla, caliente-seca. Los tres órganos reconocidos como los más importantes del cuerpo humano: Corazón, Cerebro e Hígado, también estaban integrados por dichos estados: seco-caliente, húmedo-frío y caliente-húmedo, respectivamente. Un desequilibrio de estos estados en cualquier humor u órgano era el causante de la enfermedad (13, 25).

Debe verse que esta clasificación quedó muy arraigada en los conceptos de enfermedad, medicamentos, alimentos y objetos naturales.

Paralelamente a la aplicación de la medicina hipocrática, en toda España se ejerció la práctica médica de uso popular, resultado de un aprendizaje ancestral, difundido de generación en generación. Ello iba a tener una profunda influencia en diversos aspectos de salud en América Latina durante el período colonial e independentista.

MEDICINA TRADICIONAL EN GUATEMALA

Guatemala posee un rico acervo de conocimientos populares, obtenidos de una herencia cultural acumulada a través de su historia. Con respecto a las creencias, prácticas y recursos médicos, se puede decir que cada grupo social o étnico ha seleccionado sus elementos, y los ha jerarquizado de acuerdo con sus necesidades, las cuales han sido condicionados por el ambiente y su cultura (25).

ENFERMEDADES TRADICIONALES DE GUATEMALA

Las enfermedades que a continuación se definen, son las más observadas en Guatemala, las cuales de acuerdo a su tratamiento pueden ser nocivas a quien las padece.

1. **EMPACHO:** Enfermedad producida por comer excesos de comida, alimentos varios, comer a "deshoras", comer con mucha hambre, rápidamente, etc., considerándosele causada por indigestión de dicho alimento que se adhiere a las paredes del **estómago y/o intestino**, en el cual se forma un "bojote" o bolo alimenticio que no permite el tránsito normal del alimento. Su tratamiento se dirige al desalojo de dicho "tapón" por medio de masajes vigorosos, previa percusión e identificación del "tapón", más aplicación de manteca, crema de manos u otro aceite, "sobando" del epi al mesogastrio, facilitando el paso con la administración de purgantes. Posteriormente se establece la presencia de "ijillos" (cadenas ganglionares), a nivel de la muñecas y antebrazos, "sobandolos" de la misma forma. Los signos y síntomas observadas regularmente son: fiebre, náusea, vómitos, dolor de estómago, diarrea o no. Frecuentemente el tratamiento produce diarrea, epigastralgias y empeora el cuadro general del enfermo, lo que al final conlleva a una movilización inmediata del enfermo, al médico o sala de emergencia más cercana (7, 13, 17, 22, 28, 29).

2. **SUSTO:** Enfermedad que se desarrolla cuando una persona experimenta un evento espantoso, y es creído que es causa de que el espíritu deje el cuerpo. Esto resulta de una sensación de debilidad y pérdida de energía; el tratamiento debe ser aplicado por un curandero con experiencia, quien además de otras cosas introduce en el recto del enfermo, dientes de ajo remojados con aceites de oliva, la rápida desaparición de los dientes de ajo se dice que confirma el diagnóstico. En este proceso el enfermo presenta síntomas somáticos que indican estados histéricos, depresivos o angustiosos (7, 11, 13, 17, 22, 28, 29).

3. **MAL DE OJO:** Enfermedad que se origina por el contacto repentino con personas provistas de sangre fuerte o caliente, que proviene de personas en estado alcohólico o post-alcohólico, personas que han estado expuestas al sol por períodos y mujeres que están menstruando; las manifestaciones clínicas son: pérdida del apetito, náusea, vómitos, diarreas y decaimiento. El tratamiento lo hace un curandero con experiencia, quien "secretea" al niño y hace lectura de los cuatro evangelios, depurando y limpiando el aura del afectado, se baña al niño con agua asoleada, dentro de la cual se hecha una joya de oro o un clavel (4, 11, 13, 17, 22, 28, 29).

4. **MOLLERA CAIDA:** Enfermedad que se le atribuye por un lado, el someter al niño a movimientos violentos o que éste sufra caídas accidentales, y por otro lado el niño presenta náusea, vómitos, diarrea y fiebre, se le omiten los alimentos pensando que con esto se calmará la diarrea, lo llevan con un curandero quien se aplica aceite de castor en un pulgar, luego introduce dicho dedo en la boca del niño tratando de empujar el paladar blando con fuerza, para que se levante la mollera; luego cuelga al niño de los pies, golpeándole con fuerza la región plantar para terminar de bajar la mollera (11, 13, 17, 22, 28, 29).

El Dr. Juan José Hurtado propone la clasificación de las enfermedades, según las creencias del altiplano en seis categorías: (13)

CATEGORIA I: Enfermedad causada por la ruptura del equilibrio mecánico del cuerpo y consecuentemente el tratamiento se hace por *medios mecánicos*, entre estos podemos mencionar: mollera caída, cuajo caído, estómago caído.

CATEGORIA II: Enfermedad causada por la ruptura del equilibrio emocional, son trastornos leves de índole psiquiátrico, resultado de la ruptura en el campo emocional de una persona o sus allegados, un ejemplo es "estar chipe".

CATEGORIA III: Enfermedad causada por la ruptura del equilibrio calor-frio, no orgánicos sino extraorgánicos, ejemplo: gripe, paludismo, reumatismo.

CATEGORIA IV: Enfermedades producidas por la pérdida del alma, se entiende aquellos trastornos psíquicos acompañados de síntomas somáticos, que indican estados histéricos, depresivos o angustiosos, ejemplo: "susto", interpretación de la desnutrición como "el robo del alma por los ángeles".

CATEGORIA V: Enfermedad causada por la influencia de seres naturales o sobrenaturales. Son causadas por una "fuerza invisible" o que emana de ciertas personas por la creencia que son "fuertes", o elementos naturales ejercidos sobre personas "débiles", ejemplo: "mal de ojo".

CATEGORIA VI: Enfermedades producidas por parásitos intestinales. En este grupo entra el llamado "alboroto de lombrices", al respecto piensan que son parte constituyente del organismo, así como tiene, oídos, se les llama "lombrices de leche", viven en una bolsa y al salirse producen dicha enfermedad. El tratamiento no es expulsarlas, sino volverlas a su situación normal o "embolsarlas".

TRATAMIENTO DE LA MEDICINA TRADICIONAL

Tratar de describir, una por una, todas las formas de tratamiento que existen en la medicina tradicional, sería dar paso a la realización de un tratado de terapéutica tradicional, debido a lo extenso y rico de su medicina, la cual va desde procedimientos tan sencillos como la prescripción de remedios caseros, plantas medicinales, sobamiento de empacho y huesos fracturados con el dedo o mano untadas con cera, manteca, etc., el entablillamiento con piezas de madera o caña rajada y vendajes de tela, hasta procedimientos más invasivos cuando realizan incisiones profundas en la piel de la región afectada para permitir que el aire y/o dolor escape (23) (4).

² Debido a que éste no es el propósito del estudio, sugerimos al lector interesado consultar la diversa bibliografía mencionada al final de este trabajo.

AGENTES DE LA MEDICINA TRADICIONAL

Entre los principales agentes de la Medicina Tradicional encontramos: el curandero, la comadrona o partera, el adivino, el brujo, el herbolario o hierbero, el masajista, el frejador o sobador. Cada uno con funciones especiales aunque en ocasiones, una persona puede ser capaz de desempeñar dos o más funciones (23).

Estos agentes de la medicina tradicional, en su gran mayoría aprenden el arte de curar por transmisión de conocimientos por parte de abuelos, padres o por la simple observación de los mismos, aunque en ocasiones, algunos refieren que dicha cualidad les fue revelada en sueños, situación que les hace ser más confiables dentro de la comunidad.

Dentro de los agentes de la medicina tradicional, no se incluyen a los dependientes de farmacia y a otras personas con un pequeño grado de conocimientos sobre productos farmacéuticos (23).

LA MEDICINA TRADICIONAL Y LOS PROGRAMAS DE SALUD

A principios del siglo XVI, estas formas que hoy denominamos culturas médicas, entraron en contacto con otras tradiciones médicas introducidas por la conquista y luego implantadas a lo largo del proceso de colonización, como ya lo mencionamos anteriormente (9).

La instauración de las ciencias naturales se aplicó con éxito sobre las tradiciones y artesanías médicas locales, lo que dió lugar al nacimiento de la medicina científica moderna. Desde entonces, la medicina que hoy denominamos moderna, occidental o cosmopolita y científica, se fue imponiendo a estos procesos transaccionales de las tradiciones médicas y a su vez fue incorporando y apropiando en su arsenal terapéutico, plantas medicinales y varios principios activos extraídos de las taxonomías médicas indoamericanas.

A lo largo del siglo XX, comienza un movimiento particularmente activo para introducir los recursos humanos y tecnológicos de la medicina moderna a todos los niveles, en el supuesto que éstos son la única y suficiente respuesta a las necesidades de salud de una población. Poderosas corrientes del pensamiento occidental y de la industria de productos médicos y farmacéuticos introducen un modelo de servicios de salud a espaldas de las culturas médicas tradicionales, por el que tratan de lograr coberturas totales a la vez de crear un mercado y generar una mayor demanda por drogas, medicamentos y tecnologías de alto costo, pero que a la larga muestran un impacto social limitado y una insuficiente capacidad de respuesta frente a las necesidades de salud de la mayoría de la población (9).

América Latina y el Caribe conforman una región particularmente rica en sus tradiciones y sistemas médicos, los que lejos de ser un vestigio indeseable de un pasado remoto, son una expresión cultural actual dinámica y cambiante, que conforma parte de las estrategias de sobrevivencia de la población frente a los procesos de aculturación, de crisis y de transformación social, política y económica en marcha.

En la movilización de todos los recursos disponibles sugerida por la Organización Mundial de la Salud como un medio legítimo de alcanzar la meta de "Salud para todos en el año 2,000", las culturas médicas tradicionales no han encontrado todavía un espacio de manifestación o adecuación en los planes de salud de los países de América Latina y el Caribe.

En una primera aproximación podemos identificar a las Culturas Médicas Tradicionales (CMT), como aquellas formas de sentir, interpretar y manejar la situación de salud y enfermedad, integradas por un sustrato particular de conceptos y valores de la sociedad.

En otra aproximación y con un sentido más amplio y operacional, algunos definen a las tradiciones médicas como las distintas combinaciones de ideas, prácticas, destrezas, aparatos y materia médica (9).

Naturalmente, estos intentos de aproximación a las CMT pueden ser cuestionables desde varios puntos de vista, pero la intención es de "echarse a nadar" por un terreno en el que la ausencia de conceptos y nociones heurísticas mínimas parecen ser la norma. En efecto, los conceptos de cultura, medicina y sistemas médicos, no tienen un modelo o paradigma único y por esta misma razón se hace más difícil la tarea de comprenderse entre los especialistas en salud pública, medicina clínica y antropología médica, lo que no es sino parte de la grieta que separa las ciencias naturales de las ciencias sociales. El adjetivo de "tradicional" adjudicado a la medicina, si bien sancionado por el uso, es también insatisfactorio por sus connotaciones, y los términos equivalentes que se encuentran en literatura tales como "indígena", "laica", "no occidental", "aborigen", no tienen el consenso ni dentro del mundo académico, ni entre los mismos usuarios de tales prácticas (9, 14).

Todas las formas de atención y cuidados de la salud, sancionada legalmente, por no formar parte de la estructura oficial, son usualmente ignoradas y derogadas como curiosidades marginales de la medicina, o simplemente charlatanería y superstición. La realidad hoy se nos presenta diferente y los sistemas médicos deben ser considerados como estructura pluralistas, en las que la medicina moderna es solo un componente en relación competitiva o complementaria a otras alternativas terapéuticas, muchas de las cuales están comprendidas dentro de las culturas médicas tradicionales.

En un sentido más amplio, debemos reconocer entonces que las CMT forman parte de las culturas originales y comprenden el conjunto de conceptos, valores y comportamientos socialmente definidos, que son adoptados deliberadamente para modificar o restituir la salud, y que por lo general, buscan restablecer las relaciones de equilibrio entre los seres humanos y su medio ambiente natural y social (9).

El personal profesional de salud tiende a menudo a considerar la medicina tradicional como algo en decadencia y carente de importancia; esa actitud es totalmente equivocada puesto que la cultura misma, de la que la medicina tradicional es parte integrante, no es algo estático ni inerte (9, 14, 16, 21).

Las investigaciones se han limitado más bien a las plantas medicinales. Esta tendencia no debe continuar porque daría la impresión que los métodos curativos de la medicina tradicional se basan exclusivamente en el empleo de plantas. Es necesario, por tanto, poner de manifiesto que la medicina tradicional tiene un empleo mas amplio, como lo demuestra la práctica de los sistemas de atención existentes en los diversos países. Así tenemos que en la población de Sri Lanka, por medio del sistema de medicina tradicional se atienden aproximadamente el 70% de las necesidades básicas de salud de la población (14).

RAZONES QUE JUSTIFICAN LA PROMOCION DE LA MEDICINA TRADICIONAL

Una vez demostrada la utilidad intrínseca de la medicina tradicional, es preciso estudiarla y promover aquellos aspectos de ella que puedan ser de sumo beneficio para las comunidades. También es necesario evaluarla, reconocerla y desarrollarla a fin de mejorar su eficacia, hacerla más segura y extender sus servicios manteniéndolos a bajo costo; corrigiendo a su vez los procesos nocivos que traen consigo algunos tratamientos aplicados por sus agentes. Actualmente, constituye un sistema de atención sanitaria emanada del pueblo y bien aceptado por éste. Por relación a los sistemas importados de atención médica, presenta ciertas ventajas porque, como parte integrante de la cultura popular, resulta particularmente eficaz para la solución de ciertos problemas de salud relacionados con el medio cultural. Puede contribuir - y de hecho ya contribuye - a la medicina científica y universal. Su reconocimiento, promoción y desarrollo garantizará el respeto debido a la cultura y las tradiciones de los pueblos (14, 16, 21).

La medicina tradicional considera al hombre de manera holística, es decir, en su totalidad y dentro de un aspecto ecológico, partiendo al mismo tiempo de que la falta de salud o enfermedad proceden de un desequilibrio del hombre en su sistema ecológico total, y no solo del agente causal y la evolución patógena.

Hasta ahora se han mencionado solo algunas de las razones principales para la promoción y el desarrollo de la medicina tradicional. Ahora bien, desde el punto de vista operativo, quizá la razón de mayor peso para el desarrollo y la promoción radicales de la medicina tradicional, es que esta constituye el medio más seguro de lograr en el año 2,000 la cobertura total de la población del mundo mediante métodos de atención sanitaria aceptables, seguros y económicamente asequibles (14).

INTEGRACION DE LA MEDICINA TRADICIONAL Y LA MEDICINA MODERNA

La integración efectiva, como la que se ha logrado en algunos países, entraña una síntesis de las ventajas de la medicina tradicional y la medicina occidental, mediante la aplicación de conocimientos y métodos científicos modernos. Para ello hace falta un sistema flexible que, pese a la insuficiencia de los recursos, permita combinar los métodos individuales, los diversos niveles de formación teórica y práctica, y la diversidad de técnicas de apoyo (14, 23).

En ocasiones el médico siente el rechazo ante la medicina tradicional, probablemente por las ideas preconcebidas en su formación profesional y otras veces relacionadas a las ideas y términos médicos de los pacientes tales como: "mal de ojo", "empacho", "susto", etc. términos que le son desconocidos o vagamente conocidos y que no le dan una imagen clara del problema del paciente.

Ante la diversidad de opiniones, los funcionarios de salud de los países en desarrollo, se ven entre cuatro opciones sobre la práctica de la medicina tradicional:

PRIMERA OPCION: Declarar ilegal el ejercicio de la medicina tradicional.

SEGUNDA OPCION: Reconocer de modo oficial el sector de la medicina moderna y permitir que el sector tradicional se desenvuelva sin control gubernamental, interviniendo únicamente en caso de defectos y abusos.

TERCERA OPCION: Adoptar una legislación sencilla que reglamente la medicina tradicional.

CUARTA OPCION: Cooperar en forma gradual con los agentes tradicionales con miras a la modificación de la estructura sanitaria total del país. (16, 23)

"Los servicios podrán avanzar más, si los agentes de salud se procuran con paciencia, información sobre las creencias y las prácticas al uso en los poblados, si son respetados y considerados por las autoridades de éstos y si conocen las virtudes de las prácticas tradicionales y construyen a partir de ellas". (15, 21, 23)

MONOGRAFIA DEL MUNICIPIO DE ASUNCION MITA (10, 18)

ETIMOLOGIA E HISTORIA:

Esta región oriental del país, fue habitada en la antigüedad por los Pipiles, ellos le llamaron MICTLAN, que según se afirma entre la gente del lugar, quiere decir "lugar de los huesos humanos" o "lugar del infierno", en otras versiones lo que significa como "lugar de los murciélagos, "lugar de la muerte". No se tiene conocimiento del origen de tales afirmaciones, pero esto es lo que se ha transmitido de generación en generación. La región de Mictlán, llamada MITA, está constituida por una inmensa llanura regada por los caudolosos rios Ostúa y Tamazulapa. Los nombres de algunas aldeas nos dan la idea del lenguaje que los primeros pobladores hablaban era el mexicano, de lengua Nahuatl, nombres tales como Sigwatiupa o Asigwatiupa, Tiucal, Shanshul, el mismo nombre del río Tamazulapa y Atatupa, nombres de origen Pipil que se remontan a tiempos precolombinos.

Con la conquista, los españoles consagraron al lugar dentro de la religión, a la Virgen María y lo hicieron bajo la advocación de la Asunción, lo que hace suponer que esto ocurrió en un mes de agosto. El nombre de Mita lo tiene la región en honor al rey Mictlán, que gobernaba con férreo poderío a miles de tributarios indígenas Xincas o Mexicas como los historiadores establecieron al conocer la región.

Asunción Mita, en tiempos de la colonia fue cabeza de curato, es decir, **localidad de especialidad importancia en el régimen administrativo del reino de Guatemala**, perteneciendo a este curato dos iglesias y quince cofradías organizadas con ciento sesenta y cinco cofrades, que se encargaban de celebrar anualmente las fiestas patronales y atender las cuestiones relacionadas con el decoro de las cofradías.

Asunción Mita, por decreto del 4 de noviembre de 1,825, fue constituido distrito del corregimiento de Chiquimula, integrándose al distrito de Jutiapa el 8 de Mayo de 1,825 por decreto del gobierno de Rafael Carrera. Por su gran importancia económica y por la estrategia geopolítica, Asunción Mita, fue elevada a la categoría de Villa, suceso ocurrido durante el mismo gobierno con fecha 11 de Febrero de 1,915.

DATOS GENERALES DEL MUNICIPIO ASUNCION MITA

Municipio del departamento de Jutiapa. Municipalidad de 2a. categoría. Extensión aproximada: 476 Kms. Nombre geográfico oficial: Asunción Mita. Colinda al norte con Santa Catarina Mita y Agua Blanca; al este con Agua Blanca y la República de El Salvador; al sur con Atescastempa, Yupiltepeque y la República de El Salvador; y al oeste con Jutiapa y Yupiltepeque.

Carretera asfaltada Interamericana CA-1, en dirección hacia el oeste hay unos 28 Kms. a la cabecera departamental y municipal de Jutiapa, mientras que en dirección sur son aproximadamente 20 Kms. a San Cristobal Frontera, en el límite con El Salvador; quedando de la capital Guatemalteca a 146 Kms. Ubicada en una planicie, al sur del río Ostúa o Grande de Mita y al norte del río Tamazulapa; el riachuelo Ataicincó la atraviesa. El monumento de elevación en el parque está a 470.05 mts SNM, latitud 14°19'58", longitud 89°42'34".

Cuenta con un total de 33 aldeas y 76 caseríos, obteniéndose una población total para 1995 según el Instituto Nacional de Estadística de 41,088, de los cuales el 25% reside en el área urbana y 75% en el área rural (³)

Se celebran 2 fiestas, una patronal y otra titular, del 12 al 15 de agosto, y del 6 al 12 de Diciembre, respectivamente; al igual que carnaval, Semana Santa, día de la madre, del maestro, del padre, de la independencia, de los santos, navidad y año nuevo.

³ Instituto Nacional de Estadística. Estimaciones de Población Urbana y Rural por Departamento y Municipio. 1990-1995. Guatemala, enero 1995. pp.65.

Servicios básicos existentes: agua potable, drenajes, energía eléctrica, correos, telégrafos, Guatel, 1 Centro de Salud, 6 Puestos de Salud, 19 Escuelas.

En la actualidad existen 3 escuelas primarias 2 colegios privados y 1 escuela nocturna de enseñanza primaria, 1 instituto de nivel básico, y 1 instituto para básico y diversificado de tipo privado.

Lugares turísticos: balneario de Atatupa, rio Mongoy, Cerrito de Lajas, Lago de Güija.

Su mayor producción yace en la ganadería y la agricultura con la siembra de maíz, frijol, cebolla, tomate, maicillo y una gran variedad de frutas; contando con una planta procesadora de leche, que figura entre las principales del país por su capacidad; existen pequeñas industrias que surten no sólo la zona sino la capital, siendo éstas: carpinterías, sastrerías y talabarterías.

VI. METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

Estudio prospectivo que describe tratamiento casero que los padres de familia dan a sus hijos afectados; y dar a conocer las Enfermedades Populares/Tradicionales.

SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO:

100 padres de familia que que estuvieron presentes al momento de la visita domiciliaria, hayan tratado a sus hijos/hijas de 1 a 12 años de edad con remedios caseros, por Enfermedad Popular/Tradicional.

TAMASO DE LA MUESTRA:

100 padres de familia presentes al momento de la visita domiciliaria, del total de casas marginales a estudiar en el área sur. (ver EJECUCION DE LA INVESTIGACION)

EJECUCION DE LA INVESTIGACION

El estudio fue llevado a cabo durante los meses de abril y mayo de 1995, mediante la realización de visitas domiciliarias de casa de las área marginales del área suroeste de la Villa de Asunción Mita, perteneciente a los barrios: Maya, Tultepeque, Buenos Aires y 19 de Septiembre, por el estudiante de pregrado de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala; tomando a todos los padres de familia que tuvieran hijos/hijas de 1 a 12 años de edad que hubiesen sido o estuvieran siendo tratados con medicación casera durante el momento de la visita.

Previamente a ello se realizó una prueba piloto del instrumento en diez hogares del barrio 19 de Septiembre, con el fin de corregir aquellos errores que el instrumento podría tener. La prueba piloto nos probó que el instrumento era adecuado.

Los procedimientos para la recolección de datos se realizaron anotando literalmente las respuestas de los padres de familia en la boleta desarrollada para dicho fin, con el objetivo de determinar y conocer las Enfermedades Populares/Tradicionales, describir la Medicina Tradicional aplicada a cada una de ellas y conocer las razones que llevan a los padres de familia a retardar la consulta a las diversas instancias de salud existentes en el área.

RECURSOS:

1. MATERIALES:

A) ECONOMICOS:

- Equipo de oficina en general-----Q 100.00
- Elaboración de Protocolo-----Q 200.00
- Realización del Trabajo de Campo-----Q 200.00
- Impresión del Informe Final y Tramites Aminist.-Q1100.00

B) FISICOS:

- Municipalidad de Asunción Mita
- Archivos Centro de Salud de Asunción Mita

2. HUMANOS:

- Padres de familia de niños/niñas de 1 a 12 años de edad.
- Niños/niñas de 1 a 12 años de edad.
- Estudiante de Medicina.
- Médico Asesor y Revisor.

VII. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

Por tratarse de una investigación médico-antropológica, cuya finalidad es conocer y determinar etnomédicamente las Enfermedades Populares/Tradicionales, describiendo la Medicina Tradicional aplicada a cada una de ellas, éticamente sólo afecta la aceptación del padre de familia de los niños/niñas de 1 a 12 años de edad, y su colaboración para darnos a conocer esa herencia que les ha sido transmitida de generación en generación, previo acercamiento, comunicación y descripción del estudio y los objetivos que se persiguen, así como la responsabilidad del investigador de mantener y garantizar la confianza en el sentido que la información obtenida será únicamente utilizada con fines académicos.

VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS

1. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION ESTUDIADA

CUADRO # 1

EDAD Y SEXO DE LOS PADRES DE FAMILIA
AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA

EDAD	SEXO		
	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
15 - 20	0	6	6
21 - 25	0	11	11
26 - 30	4	14	18
31 - 35	0	19	19
36 - 40	2	11	13
41 - 45	2	8	10
46 - 50	3	10	13
51 Y MAS	2	8	10
TOTAL	13	87	100

Fuente: Datos obtenidos de la Boleta de Recolección de datos. (ver ANEXOS).

CUADRO # 2

EDAD Y ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA
AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA

EDAD	ESCOLARIDAD				TOTAL
	NINGUNA	PRIMARIA	BASICO	DIVERSIFICADO	
15 - 20	0	6	0	0	6
21 - 25	4	4	1	2	11
26 - 30	5	8	3	2	18
31 - 35	3	13	1	2	19
36 - 40	9	4	0	0	13
41 - 45	7	3	0	0	10
46 - 50	9	4	0	0	13
51 Y MAS	10	0	0	0	10
TOTAL	47	42	5	6	100

Fuente: Datos obtenidos de la Boleta de Recolección de Datos. (ver ANEXOS).

CUADRO # 3
RELIGION Y ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE FAMILIA

RELIGION	ESTADO CIVIL				TOTAL
	CASADOS	UNIDOS	SOLTEROS	VIUDOS	
CATOLICA	4	25	15	2	46
EVANGELICA	3	18	6	1	28
NINGUNA	1	6	18	0	25
MORMON	1	0	0	0	1
TOTAL	9	49	39	3	100

Fuente: Datos obtenidos de la Boleta de Recolección de Datos. (ver ANEXOS).

CUADRO #4
GRADO DE ESCOLARIDAD E INGRESO ECONOMICO

ESCOLARIDAD	INGRESO ECONOMICO						total
	menor a Q200	Q201 a Q400	Q401 a Q600	Q601 a Q800	Q800 y más	no contes taron	
NINGUNA	1	12	16	4	1	13	47
PRIMARIA	1	2	13	10	1	15	42
BASICO	0	1	2	0	0	2	5
DIVERSIFICADO	0	0	1	2	2	1	6
TOTAL	2	15	32	16	4	31	100

Fuente: Datos obtenidos de la Boleta de Recolección de Datos. (ver ANEXOS).

2.DATOS SOBRE EL HOGAR

CUADRO # 5
INGRESO ECONOMICO MENSUAL POR FAMILIA Y TENENCIA DE LA VIVIENDA

INGRESO	TENENCIA DE LA VIVIENDA				
	ALQUILA	CUIDA	HUESPED	PROPIO	TOTAL
menor a Q200.00	0	0	1	1	2
Q201.00 - Q400.00	5	1	1	8	15
Q401.00 - Q600.00	4	2	2	24	32
Q601.00 - Q800.00	3	0	2	11	16
más de Q800.00	0	0	1	3	4
No contesto	4	0	7	20	31
TOTAL	16	3	14	67	100

Fuente: Datos obtenidos de la Boleta de Recolección de Datos. (ver ANEXOS).

CUADRO # 6
PAREDES Y PISO DE LOS HOGARES

PAREDES	PISO				
	TIERRA	GRANITO	TORTA	BARRO	TOTAL
ADOBE	23	4	4	1	32
LADRILLO	14	0	0	0	14
BLOCK	12	8	10	0	30
BAJAREQUE	3	0	0	0	3
BAMBU	4	4	11	0	19
LAMINA	2	0	0	0	2
TOTAL	58	16	25	1	100

Fuente: Datos obtenidos de la Boleta de Recolección de Datos. (ver ANEXOS).

CUADRO # 7
NUMERO DE AMBIENTES Y NUMERO DE FAMILIAS QUE LAS HABITAN

AMBIENTES	NUMERO DE FAMILIAS				
	UNA	DOS	TRES	CUATRO	TOTAL
UNO	22	1	0	0	23
DOS	35	3	0	0	38
TRES	18	10	1	1	30
CUATRO	3	2	1	0	6
CINCO	1	2	0	0	3
TOTAL	79	18	2	1	100

Fuente: Datos obtenidos de la Boleta de Recolección de Datos. (ver ANEXOS).

CUADRO # 8
SANITACION DEL HOGAR Y GRADO DE ESCOLARIDAD
DE LOS PADRES DE FAMILIA

ESCOLARIDAD	SANITACION				
	AIRE LIBRE	ABONERA	CIEGO	PORCELANA	TOTAL
NINGUNA	26	0	7	14	47
PRIMARIA	17	2	8	15	42
BASICO	0	0	1	4	5
DIVERSIFICADO	0	0	0	6	6
TOTAL	43	2	16	39	100

Fuente: Datos obtenidos de la Boleta de Recolección de Datos. (ver ANEXOS).

3. CARACTERISTICAS DE LOS HIJOS VIVOS DE LOS PADRES ENTREVISTADOS

**CUADRO # 9
SEXO Y EDAD DE LOS/LAS NIÑOS/NIRAS
ENCUESTADOS AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA**

SEXO	EDAD EN AÑOS						TOTAL
	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9 - 10	11 - 12	
FEMENINO	11	8	7	6	7	8	47
MASCULINO	9	13	5	12	7	7	53
TOTAL	20	21	12	18	14	15	100

Fuente: Datos obtenidos de la Boleta de Recolección de Datos. (ver ANEXOS)

4. CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRACTICAS QUE LOS PADRES MANIFESTARON HABER TENIDO EN RELACION A LA MORTALIDAD DE SUS HIJOS

**CUADRO # 10.1
EDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA POR ESCOLARIDAD
Y NUMERO DE HIJOS MUERTOS.**

EDAD	ESCOLARIDAD							TOTAL
	NINGUNA				PRIMARIA			
	UNO	DOS	TRES	CUATRO	UNO	DOS	TRES	
15 A 20	--	--	--	--	--	--	--	0
21 A 25	--	--	--	--	--	--	--	0
26 A 30	1	--	1	--	2	--	--	4
31 A 35	1	--	1	--	1	--	--	3
36 A 40	--	3	--	--	1	--	1	5
41 A 45	2	1	--	1	--	--	--	4
46 A 50	2	--	1	1	1	--	--	5
51 Y MAS	2	4	1	1	0	--	--	8
TOTAL	8	8	4	3	5	--	1	29

Fuente: Datos obtenidos de la Boleta de Recolección de Datos. (ver ANEXOS).

CUADRO # 10.2
INGRESO ECONOMICO Y NUMERO DE
HIJOS MUERTOS

INGRESO	NUMERO DE HIJOS MUERTOS				
	UNO	DOS	TRES	CUATRO	TOTAL
MENOR A Q200	0	0	0	0	0
Q 201 A Q 400	3	5	1	0	9
Q 401 A Q 600	5	2	2	1	10
Q 601 A Q 800	1	0	0	0	1
Q 800 Y MAS	1	0	0	0	1
NO CONTESTO	3	1	2	2	8
TOTAL	13	8	5	3	29

Fuente: Datos obtenidos de la Boleta de Recolección de Datos. (ver ANEXOS).

CUADRO # 10.3
EDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA Y LO QUE HICIERON A SUS HIJOS ANTES DE MORIR

EDAD	LO QUE HICIERON A SUS HIJOS ANTES DE MORIR				TOTAL
	CACHITAS	CACHITAS Y SOBADAS	ANTERIOR Y MEDICO	ANTERIOR Y HOSPITAL	
15 A 20	0	0	0	0	0
21 A 25	0	0	0	0	0
26 A 30	0	3	1	0	4
31 A 35	0	2	1	0	3
36 A 40	0	5	0	0	5
41 A 45	1	3	1	0	5
46 A 50	0	5	0	0	5
51 Y MAS	0	5	0	1	6
TOTAL	1	23	3	1	29

Fuente: Datos obtenidos de la Boleta de Recolección de Datos. (ver ANEXOS).

CUADRO # 10.4
GRADO DE ESCOLARIDAD Y LO QUE HICIERON A SUS HIJOS
ANTES DE MORIR

ESCOLARIDAD	LO QUE HICIERON A SUS HIJOS ANTES DE MORIR				TOTAL
	CACHITAS	CACHITAS Y SOBADAS	ANTERIOR Y MEDICO	ANTERIOR Y HOSPITAL	
NINGUNA	1	19	1	1	22
PRIMARIA	0	4	2	1	7
BASICO	0	0	0	0	0
DIVERSIFICADO	0	0	0	0	0
TOTAL	1	23	3	2	29

Fuente: Datos obtenidos de la Boleta de Recolección de Datos. (ver ANEXOS).

CUADRO # 10.5
EDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA POR ESCOLARIDAD
Y LO QUE PENSO TENIA EL NIÑO ANTES DE MORIR

EDAD	ESCOLARIDAD								TOTAL
	NINGUNA						PRIMARIA		
	Empacho	Ojo	Espanto	Ojo y empacho	Mollera Caída y asientos	No contestó	Empacho	No contestó	
15 A 20	--	--	--	--	--	--	--	--	0
21 A 25	--	--	--	--	--	--	--	--	0
26 A 30	2	--	--	--	--	--	1	1	4
31 A 35	1	--	--	1	--	--	1	--	3
36 A 40	1	--	2	--	--	--	2	--	5
41 A 45	2	1	1	--	--	--	--	--	4
46 A 50	3	--	--	--	1	--	1	--	5
51 Y MAS	4	1	--	2	--	1	--	--	8
TOTAL	13	2	3	3	1	1	5	1	29

Fuente: Datos obtenidos de la Boleta de Recolección de Datos. (ver ANEXOS).

5. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE SALUD DE LOS PADRES DE FAMILIA EN RELACION A SUS HIJOS ENFERMOS EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA

CUADRO #11.1
EDAD DE LOS NIÑOS ENCUESTADOS Y TIEMPO QUE REFIEREN LOS
PADRES DE OBSERVARLOS CON ALGUNA MOLESTIA QUE AFECTA
SU ESTADO DE SALUD

EDAD	TIEMPO QUE LOS PADRES LES OBSERVAN ALGUNA MOLESTIA QUE AFECTA SU ESTADO DE SALUD						TOTAL
	1 - 7 DIAS	8 - 15 DIAS	16 - 21 DIAS	22 - 30 DIAS	MAS DE 30 DIAS	NO CONTESTO	
1 - 2 AÑOS	8	7	2	0	1	2	20
3 - 4 AÑOS	14	3	2	1	1	0	21
5 - 6 AÑOS	4	3	0	2	0	3	12
7 - 8 AÑOS	11	5	0	2	0	0	18
9 - 10 AÑOS	6	4	0	1	1	2	14
11 - 12 AÑOS	6	4	1	1	0	3	15
TOTAL	49	26	5	7	3	10	100

Fuente: Datos obtenidos de la Boleta de Recolección de Datos. (ver ANEXOS).

CUADRO # 11.2
SEXO DE LOS NIÑOS ENCUESTADOS Y TIEMPO QUE REFIEREN LOS
PADRES DE OBSERVARLOS CON ALGUNA MOLESTIA QUE
AFECTA SU ESTADO SU SALUD

SEXO	TIEMPO QUE LOS PADRES LES OBSERVAN ALGUNA MOLESTIA QUE AFECTA SU ESTADO DE SALUD						TOTAL
	1 - 7 DIAS	8 - 15 DIAS	16 - 21 DIAS	22 - 30 DIAS	MAS DE 30 DIAS	NO CONTESTO	
FEMENINO	19	13	3	4	3	5	47
MASCULINO	30	13	2	3	0	5	53
TOTAL	49	26	5	7	3	10	100

Fuente: Datos obtenidos de la Boleta de Recolección de Datos. (ver ANEXOS).

CUADRO # 12
EDAD DE LOS/LAS NIROS/NIRAS ENCUESTADOS Y LO QUE LOS PADRES
REFIEREN QUE SUS HIJOS/HIJAS SENTIAN O TENIAN

EDAD EN AÑOS	LO QUE LOS NIROS/NIRAS SENTIAN O TENIAN														
	1	2	3	5	6	9	10	11	12	13	14	15	16	17	TOTAL
1 - 2	2	1	4	3	0	2	1	1	0	2	2	0	0	2	20
3 - 4	1	1	1	3	0	1	5	0	1	4	0	2	2	0	21
5 - 6	3	0	0	1	0	3	0	0	0	2	1	0	1	1	12
7 - 8	0	2	0	4	0	0	1	3	0	2	2	0	3	1	18
9 - 10	1	0	2	1	2	2	0	2	0	0	1	1	2	0	14
11 - 12	0	1	1	3	0	3	2	0	0	2	0	0	3	0	15
TOTAL	7	5	8	15	2	11	9	6	1	12	6	3	11	4	100

Fuente: Datos obtenidos de la Boleta de Recolección de Datos. (ver ANEXOS).
 1. FIEBRE O CALENTURA 2. DOLOR DE ESTOMAGO O RETORTIJONES 3. DIARREA
 5. DESTRAGADO (ANOREXICO) 6. HARAGAN, DEBIL 9. NO TENIA O SENTIA MOLESTIAS
 10. TOS, CALENTURA Y DESTRAGADO 11. RETORTIJONES Y DESTRAGADO 12. EMBOTADO (DISTENDIDO)
 13. CALENTURA Y DESTRAGADO 14. DIARREA Y VOMITOS 15. DESTRAGADO, PALIDO, HARAGAN
 16. ASIENTOS, RETORTIJONES, DESTRAGADO 17. MUCHO LLANTO Y CALENTURA

CUADRO #13
EDAD DEL PADRE DE FAMILIA Y LO QUE PENSO/PIENSA QUE
TUVO/TIENE, SIENTE/SENTIA EL NIÑO/NINA

EDAD	LO QUE PIENSA EL PADRE DE LO QUE TUVO/TIENE, SENTIA/SIENTE EL NIÑO/NINA								
	1	3	4	6	7	8	9	10	TOTAL
15 - 20	0	3	0	1	0	1	1	0	6
21 - 25	0	9	1	0	0	0	1	0	11
26 - 30	1	12	0	0	2	0	2	1	18
31 - 35	1	11	1	3	0	0	3	0	19
36 - 40	0	8	0	2	0	0	2	1	13
41 - 45	0	8	1	1	0	0	0	0	10
46 - 50	0	10	0	1	0	0	1	1	13
51 Y MAS	1	5	0	0	0	0	3	1	10
TOTAL	3	66	3	8	2	1	13	4	100

Fuente: Datos obtenidos de la Boleta de Recolección de Datos. (ver ANEXOS).
 1. GRIPE O CATARRITO 3. EMPACHO 4. ESPANTO 6. EMPACHO Y GRIPE
 7. EMPACHO Y DENGUE 8. EMPACHO Y ESPANTO 9. NO SABE
 10. EMPACHO Y LOMBRICES.

CUADRO #13.1
GRADO DE ESCOLARIDAD DEL PADRE DE FAMILIA Y LO QUE PENSO/PIENSA
QUE TUVO/TIENE, SENTIA/SIENTE/ EL NIÑO/NIÑA

ESCOLARIDAD	LO QUE PIENSA EL PADRE QUE TENIA/TIENE, TUVO/TIENE EL NIÑO/NIÑA								
	1	3	4	6	7	8	9	10	TOTAL
NINGUNA	2	32	2	3	0	0	5	3	47
PRIMARIA	0	28	1	4	1	1	6	1	42
BASICO	1	3	0	0	1	0	0	0	5
DIVERSIFICADO	0	3	0	1	0	0	2	0	6
TOTAL	3	66	3	8	2	1	13	4	100

Fuente: Datos obtenidos de la Boleta de Recolección de Datos. (ver ANEXOS).

CUADRO # 14
GRADO DE ESCOLARIDAD Y TIPO DE TRATAMIENTO QUE LOS PADRES DE FAMILIA
DIERON O ESTAN DANDO A SUS HIJOS/HIJAS PENSANDO QUE TENIAN O SENTIAN
ALGO QUE AFECTABA SU ESTADO DE SALUD

ESCOLARIDAD	TRATAMIENTO CASERO																TOTAL
	7	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
NINGUNA	1	4	0	3	16	4	1	3	2	1	2	2	1	0	4	3	46
PRIMARIA	0	6	2	0	11	5	1	0	2	0	1	1	1	2	9	1	42
BASICO	0	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
DIVERSIFICADO	0	2	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	6
TOTAL	1	12	3	5	32	9	2	3	4	1	3	4	2	2	13	4	100

Fuente: Datos obtenidos de la Boleta de Recolección de Datos. (ver ANEXOS).

7. ASPIRINITAS
9. BREBAJES
10. ALKA SELTZER, DENGUINAS Y MINERAL
11. ALKA SELTZER, ASA Y MINERAL
12. ALKA SELTZER Y MINERAL
13. ALKA SELTZER, MINERAL Y BISMUTO
14. ALKA SELTZER, MINERAL Y CAPSULA DE INDIGESTION
15. ALKA SELTZER, MINERAL, CAPSULA DE INDIGESTION Y BISMUTO
16. LE REZARON, DIERON BREBAJES Y LO RAÑARON (FROTANDOLO) CON "PREPAROS"
17. NO LE REALIZA NINGUN TIPO DE TRATAMIENTO CASERO
18. ALKA SELTZER, MINERAL Y AJO
19. MAGNESIA DE SALUD O CITRATO DE MAGNESIA CON GASEOSA (SABOR UVA, ORANGE, FANTA NARANJA/ROJA)
20. EL INCISO ANTERIOR CON AGUA MINERAL Y SALANDREWS
21. ALKA SELTZER, MINERAL Y YODOCLORINA
22. ALKA SELTZER, MINERAL Y BREBAJES
23. ALKA SELTZER, MINERAL Y BRASA APAGADAS.

CUADRO # 15
 EDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA Y LAS ENFERMEDADES
 POPULARES/TRADICIONALES QUE CONOCE

EDAD	ENFERMEDADES POPULARES/TRADICIONALES					
	NINGUNA	UNA	DOS	CINCO	SEIS	TOTAL
15 - 20	0	1	0	4	1	6
21 - 25	0	5	2	3	1	11
26 - 30	0	11	1	4	2	18
31 - 35	1	5	1	11	1	19
36 - 40	0	4	0	6	3	13
41 - 45	0	0	0	7	3	10
46 - 50	0	0	0	10	3	13
51 Y MAS	0	1	1	5	3	10
TOTAL	1	27	5	50	17	100

Fuente: Datos obtenidos de la Boleta de Recolección de Datos. (ver ANEXOS).

CUADRO # 16
 ESCOLARIDAD DEL PADRE DE FAMILIA Y LAS CAUSAS POR LAS CUALES
 NO LLEVO O HA LLEVADO A SU HIJO/A AL MEDICO, CENTRO DE SALUD
 U HOSPITAL

ESCOLARIDAD	NO LLEVO								
	A	B	C	D	E	F	G	H	TOTAL
NINGUNA	13	1	1	8	10	14	0	0	47
PRIMARIA	9	0	1	15	7	7	0	3	42
BASICO	3	0	0	1	0	0	0	1	5
DIVERSIFICADO	2	0	0	3	0	0	1	0	6
TOTAL	27	1	2	27	17	21	1	4	100

Fuente: Datos obtenidos de la Boleta de Recolección de Datos. (ver ANEXOS).

- A. PORQUE PRIMERO LE HACEN "CACHITAS". B. MEDICOS Y CNETRO DE SALUD NO REGALAN NADA
 C. PORQUE SOLO TIENEN PARA LA CONSULTA Y NO PARA LA MEDICINA
 D. PORQUE ESPERAN 2 O 3 DIAS PARA VER SI EL NIÑO/NINA MEJORA CON LAS CACHITAS
 E. PRIMERO CACHITAS Y DE TODOS MODOS NO HAY DINERO SOLO PARA LA CONSULTA
 F. CACHITAS, NO HAY DINERO Y EN EL CENTRO DE SALUD NO REGALAN NADA (RECETAS CARAS)
 G. SIEMPRE LO LLAVA CON EL MEDICO
 H. PRIMERO DE EMPACHO, LUEGO MEDICO O VICEVERSA.

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

1.- CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION A ESTUDIAR

En los cuadros del 1 al 4 observamos datos relacionados con las características de los padres de familia entrevistados, los cuales nos brindan información básica en el estudio. Así tenemos que las características del grupo estudiado bosquejan cien padres de familia, con 87% mujeres y 13% hombres, la mayoría en edad fértil (67%), en edades que van de los 15 hasta 40 años, datos que enfocan el mayor número de madres de familia en casa, por ser éstas las encargadas o responsables del hogar y cuidados de los hijos.

Con relación a la escolaridad, encontramos 47% analfabetas, 42% con algún grado de primaria, 6% con diploma de diversificado y 5% con algún grado de básico; ésto nos demuestra que tan sólo 11% de los padres de familia entre los 21 y 35 años de edad alcanzaron nivel básico y diversificado, en relación a 47% analfabetas entre los 21 y más de 51 años. El analfabetismo aparte de ser un fenómeno de carencia cultural, es un fenómeno complejo que emerge de la interrelación político-económico y social deteriorada del país, y refleja la marginalidad social que sufren la mayoría de los guatemaltecos, ya que la educación como un derecho y no un privilegio es el fundamento de la integración social del individuo.

El municipio de Asunción Mita, hace poco más de 20 años sólo contaba con una escuela primaria. Este hecho podría explicar el fenómeno que muchos padres de familia no tuvieran acceso a la educación. Estos hechos podrían explicarnos la marcada diferencia entre la escolaridad de padres de familia menores de 35 años y los mayores de 36 años.

Encontramos que del total de padres de familia el 46% son católicos, el 28% evangélicos y un 25% sin religión alguna, tan sólo 1% mormón. 49% reportaron estar casados, 39% unidos, 9% solteros y 3% viudos.

En relación al ingreso económico, nuestro estudio nos revela lo siguiente: 17 hogares con ingreso por debajo de Q400.00 mensuales, 31 hogares cuyos padres de familia decidieron no contestar, ésto por vergüenza, desconocimiento, o porque durante algunos meses no tenían trabajo, pero cuya situación económica era evidentemente mala; 32 hogares con ingreso mensual de Q401.00 a Q600.00, cuyo promedio sería el de un salario mínimo (Q16.50 diarios), 16 hogares con ingreso de Q601.00 a Q800.00 mensuales y por último un mínimo grupo de 4 hogares con ingreso mensual arriba de Q800.00.

Estos datos nos explican claramente la situación que viven los 100 hogares estudiados, de los cuales el 80% viven en condiciones precarias. El ingreso económico que perciben los padres de familia es verdaderamente preocupante, ya que éste factor es de suma importancia al evaluar los resultados conjuntamente con el grado de escolaridad, en cuanto que ambos tienen estrecha relación con el proceso de Salud Enfermedad, y las prácticas que los mismos adoptan, de aquí dependen las conductas que toman, por un lado de lo que creen pueden tener sus hijos y por el otro la limitación económica que tienen para tratarlos, como veremos posteriormente.

2.- CARACTERISTICAS GENERALES DEL HOGAR

Los cuadros del 5 al 9 están relacionados con la vivienda, número de familias y edad y sexo de hijos/hijas que se tomaron para el estudio durante la encuesta, de donde obtenemos los siguientes resultados: el 67% de los hogares tienen casa propia, 16% alquilan, 14% son huéspedes y 3% cuidan la casa donde están viviendo. El alto porcentaje de la propiedad se da porque han sido pedazos de tierra heredados por sus antecesores o dadas las condiciones tan precarias de los terrenos, su ubicación y accesibilidad.

En cuanto a lo que respecta a paredes, techo, piso y ambientes nos demuestra las condiciones en que estas familias viven, el 49% están hechas de ladrillo y block, el 32% de adobe y el 19 % de bajareque, bambú y lámina; 88% con techo de teja y el 12% con techo de lámina; el piso de tierra, torta y barro con 58%, 16% y 1% respectivamente, sólo el 25% tienen granito; el 23%, 38%, y 30% de las casa tienen 1, 2, y 3 ambientes respectivamente en las que viven 1 familia en 79% de las casas, 2 familias en 18% de las casas; 91% de éstas cuentan con agua potable intradomiciliaria, de las cuales en algunos lugares llega 2 horas por la madrugada y nada por el día; la sanitación deja mucho que desear pues 43% hacen sus necesidades al aire libre, 16% en pozo ciego y 2% en letrinas aboneras, el resto 39% cuenta con porcelana; ésto nos demuestra que las condiciones en que viven las 100 familias están muy distantes de ser cómodas, observándose el hacinamiento claro y el mal saneamiento ambiental que repercute en la transmisión y persistencia de enfermedades transmisibles (virales, bacterianas, micóticas, parasitarias), y la fatiga de las personas que tienen que recibir o esperar el agua de la madrugada que es almacenada en tinajas, toneles y palanganas sucias que a la larga son un medio rico para el crecimiento y desarrollo de larvas de zancudo.

3.- CARACTERISTICAS DE LOS HIJOS VIVOS

El 36% de los padres de familia reportan tener de 1 a 4 hijos/hijas, el otro 64% reporta tener desde 5 hasta 11 o más hijos. Se calcula que cada hogar guatemalteco tiene alrededor de 5.5 hijos, en nuestro estudio la cifra es similar pues hay un promedio de 5.1 hijos de los 100 padres de familia estudiados, los niños tienen de 1 a 12 años de edad, 47% mujercitas y 53% varoncitos.

4.- CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS QUE LOS PADRES DE FAMILIA MANIFESTARON HABER TENIDO EN RELACION A LA MORTALIDAD DE SUS HIJOS

El cuadro número 10 nos demuestra los padres de familia que tienen 1 o más hijos muertos:

HIJOS/HIJAS MUERTOS

Al momento de la entrevista 13 padres de familia tenían 1 hijo/hija muerto, 8 tenían 2 hijos/hijas muertos, 5 tenían 3 hijos/hijas muertos, y 3 tenían 4 hijos/hijas muertos, haciendo un total de 56 fallecimientos para ambos sexos, 11 de los cuales sus padres tienen de 26 a 35 años, y 45 de los cuales sus padres

tenían de 36 a más de 51 años. Con ésto se demuestra que los padres más jóvenes tienen menos fallecimientos debido a un mejor grado de escolaridad ya que éstos alcanzaron el básico y diversificado (cuadro No. 10.1).

23 padres de familia sin ningún grado de escolaridad tenían 48 hijos/hijas muertos siendo el 85.7%, 24 no tenían fallecidos; 6 padres de familia con algún grado de primaria, tenían 8 hijos muertos siendo el 14.3%, 36 no tenían fallecidos; los 11 padres de familia con estudios de básico y diversificado no tenían hijos fallecidos. Este cuadro es claro y nos demuestra que en el estudio efectuado el grado de escolaridad repercute en la alta tasa de mortalidad de los hijos/hijas de los padres de familia encuestados, ya que los padres de familia analfabetas o con algún grado de primaria son más susceptibles de aplicar, creer o ser influenciados por otras personas, para la utilización de conocimientos heredados de generación a generación, como lo es el uso de la medicina tradicional para solucionar procesos de enfermedad, sin ser o antes de ser tratados por la medicina científica, dando como resultado actitudes y prácticas que, como en el caso de uso indiscriminado de medicamentos y procedimientos dañinos, son potencialmente peligrosos para el paciente pediátrico. (cuadro No. 10.1).

17 padres de familia con ingreso mensual de Q201.00 a Q400.00 y de aquellos que no contestaron tenían 35 hijos/hijas muertos siendo el 62.5%; 29 padres de familia no tenían fallecidos; 10 padres de familia con ingresos mensuales de Q401.00 a Q600.00 tenían 19 hijos/hijas muertos siendo el 33.9%, 22 no tenían fallecidos; 2 padres de familia con ingresos mensuales de Q601.00 a más de Q800.00 tenían 2 hijos/hijas muertos siendo el 3.6%, 18 no tenían fallecidos.

Esto nos demuestra la relación existente entre ingreso familiar y mortalidad infantil como vemos en el caso de las familias más pobres, en vista de que no les alcanza para requerimientos básicos tales como alimentación, vestimenta, recreación etc. mucho menos para la consulta o recetas de medicamentos costosos, por lo que muchos de ellos recurren al uso de su medicina tradicional como alternativa para la solución de los males que aquejan a sus hijos. (cuadro No. 10.2)

23 padres de familia sin ningún grado de escolaridad que tenían 1 o más hijos muertos hicieron o llevaron a sus hijos a cachitas(1), cachitas y sobador (20), cachitas, sobador y médico (1), cachitas, sobador, médico y hospital (1); 6 de los que tenían algún grado de primaria, cachitas y sobador (4), cachitas, sobador y médico (2); con esto observamos que 25 de los padres de familia de ambos grupos (86.2%) hicieron o llevaron cachitas y sobador; 4 de los padres de familia de ambos grupos (13.8%) hicieron lo anterior pero también llevaron a sus hijos/hijas al médico y hospital con el fatal desenlace del fallecimiento de sus hijos/hijas. Estos datos nos demuestran o hacen pensar que los 25 padres de familia que no llevaron a sus hijos/hijas al médico u hospital, desconocen la verdadera causa de mortalidad de sus hijos, no ubican la sintomatología del proceso de enfermedad a la medicina científica, confían más en su etnoterapéutica, son de escasos recursos, etc. Y de los 4 padres de familia que si llevaron a sus hijos/hijas al médico u hospital y que aún así murieron, al momento de la entrevista achacan la culpa al médico particular u hospitalario la muerte del niño, diciendo que ésta no se debió al tratamiento tradicional. (cuadros No. 10.3 y 10.4)

El 72% de los padres (21 personas) que tenían hijos fallecidos al momento de la entrevista manifestaron que sus hijos murieron de empacho; el 7% manifestó que murieron de ojo (2 personas); el 10% que fue de espanto (3 personas); y un 3% consideraron que murieron de mollera caída y asientos (1 persona). Un 7% no contestó (2 personas). Tal como la manifestamos, de este total de padres de familia con hijos muertos, 23 personas (79%) eran analfabetas, las restantes 6 personas tenían algún grado de primaria (21%).

5.- CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE SALUD DE LOS PADRES DE FAMILIA

Los cuadros del 11 al 16 nos reportan datos acerca de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas que los padres de familia tienen de sus hijos vivos sobre tiempo de enfermedad, síntomas y opinión de los padres de familia sobre el niño/niña, tratamiento que usaron para mejorarlos o curarlos, enfermedades tradicionales que conocen y las razones por las cuales no lo lleva o llevó a consultar con algún sistema de salud. Al momento de la entrevista 90% de los padres manifestaron tener o haber tenido durante el último mes, uno o más niños enfermos. Esta cifra es alta si la relacionamos con el nivel de salud de dichos niños.

Antes de dar paso a los resultados y análisis de datos que se mencionan, daremos la frecuencia y porcentaje de niños/niñas en el momento de la visita y llenado de papeleta: 47% del sexo femenino y 53% del sexo masculino. Todos comprendidos entre las edades de 1 a 12 años de edad, encontrando un 41% de pequeños de ambos sexos entre 1 y 4 años de edad siendo el grupo de mayor riesgo; y un 12% en edad preescolar de ambos sexos.

Los datos relevantes en cuanto al tiempo que los padres de familia los observan con alguna molestia que afecta su estado de salud, tenemos que el 49% de padres de familia de 49 hijos de ambos sexos reportan a éstos entre 1 y 7 días de estar enfermos (de los cuales 22% son analfabetas, 22% con algún grado de primaria, y 7% con básico y diversificado); 26% de los padres de familia de 26 hijos de ambos sexos reportan a éstos entre 8 y 15 días de estar enfermos (15% son analfabetas, 9% algún grado de primaria y 2% con básico y diversificado); el 10% de los padres de familia no contestó ésta pregunta por no tener ningún hijo enfermo en ese período de tiempo; el 3% reporta más de 1 mes de enfermedad de sus hijos (1 analfabeta y 2 de primaria); y el 12% restante tiene 12 hijos de ambos sexos con un período entre 16 y 30 días de enfermedad (7% analfabetas, 4% algún grado de primaria y 1% con diploma de diversificado).

Si tomamos en cuenta que la mayoría de padres de familia (90%) manifestó tener o haber tenido uno más hijos enfermos durante el proceso de la entrevista, nos encontramos con una proporción sumamente alta de morbilidad en los niños de estos grupos sociales.

Este cuadro nos expresa además como una sintomatología puede estar en un período o fase aguda de enfermedad y por falta de observación, percepción, dinero y/o conocimiento del padre de familia se deja pasar a un período o fase crónica de enfermedad, que repercute en un deterioro físico y hemodinámico del niño afectado; así como el nivel educativo, pues a menor escolaridad se observa más cronicidad del proceso de enfermedad del niño.

Los datos relevantes en cuanto a los síntomas que los padres de familia observaron a sus hijos tenemos: 15% de los padres de familia (el mayor porcentaje) refieren como síntoma más común el que el niño/niña se encontraba "destragado" (anoréxico); 12% reportaron a sus hijos con: "calentura, destragado y vasca" (fiebre, anoréxico y náusea); 11% reportaron a sus hijos con: "asientos, retortijones y destragado" (diarrea, cólicos abdominales tipo retortijón y anoréxico); 10% con hijos sanos; 9% reportaron a sus hijos con: "tos, calentura y destragado" (tos, fiebre y anoréxico); el restante 43% (con porcentajes que van del 1% al 8%) reportaba síntomas solos o unidos de "asientos, vascas, destragados, calenturas, llanto y retortijones", vocablos que demuestran la diferente manera de referirse a "x" o "y" proceso patológico. Es importante que el gremio médico conozca éste tipo de lenguaje, ya que tienen un valor incalculable al momento de la entrevista para que entrevistado y entrevistador usen un mismo lenguaje, dando más armonía y confianza a la relación, obteniendo así resultados favorables y de mucho interés para conocer mejor o en su totalidad la forma de ver el proceso de salud-enfermedad desde el interior de las culturas tradicionales.

Los datos de importancia en relación a lo que opinaron los padres de familia sobre lo que pensó tenía el niño son: 66% opinaron que sus hijo/hijas tenían "empacho", 13% decían no saber (entre éstos están los padres de familia que no tenían niños enfermos), 15% refirieron que sus hijos/hijas tenían "empacho" asociado a otro proceso patológico tal como "gripe", "lombrices", "dengue" y "susto", tan sólo el 6% opinó que su hijo/hija tenía "susto" y "gripe" como proceso individual.

El cuadro nos demuestra el conocimiento que los padres de familia de ésta región oriental tienen sobre enfermedades Populares/Tradicionales, siendo un alto porcentaje el "empacho", más que las otras, el cual encaja dentro de la categoría I de la clasificación del Dr. Juan Jose Hurtado, la cual se considera que es una: "Enfermedad causada por la ruptura del equilibrio mecánico del cuerpo y consecuentemente el tratamiento se hace por medios mecánicos, entre estos podemos mencionar: mollera caída, cuajo caído, estómago caído". Es importante también mencionar que 4% de padres de familia con diploma de diversificado y 4% de padres de familia con nivel básico pensaron que sus hijos/hijas tenían "empacho" ya sea sólo o con otro proceso patológico, al igual que 47% de padres de familia analfabetas y 42% con algún grado de escolaridad; ésta relación es de importancia pues parece ser que independientemente del grado de escolaridad alcanzado, las personas de éstas áreas marginales de la villa de Asunción Mita tienen creencias sobre la existencia de ésta enfermedades, esto es porque se ha transmitido de generación a generación o porque existe cierta influencia de vecinos o familiares cercanos conocedores de enfermedades tradicionales.

Respecto al Tratamiento que utilizaron para tratar de mejorar y/o curar el proceso de enfermedad del niño y con lo cual dan a conocer sus prácticas tenemos:

Un 32% dan a beber alka seltzer y agua mineral, un 13% da a beber alka seltzer, agua mineral y "brebajes" (ver anexos), un 12% solo da a beber "brebajes". Al observar el cuadro nos damos cuenta que existe un tratamiento común en la mayoría de los procedimientos terapéuticos y éste es alka seltzer y agua mineral, el 22% de todos ellos no lo utilizó, y tan sólo 1% no aplica ningún tipo de tratamiento casero a su hijo; un 4% realiza procedimientos tales como

rezar y frotar "preparos"(ver anexos); éstos procedimientos los realizan 1, 2 o 3 veces por un espacio de 48 horas, período durante el cual el niño puede presentar (en su mayor parte) mejoría clínica, mediante dure el efecto del contenido de los medicamentos. Algunos de ellos les observan la mejoría clínica y su estado de salud mejora o cura, ésto podría deberse a que en los meses de abril y mayo, en lo que se establece el invierno, las infecciones respiratorias y diarreicas virales tienen mayor incidencia, siendo enfermedades que pueden ser autolimitadas, y que podrían estar afectando a éstos niños durante dicho período ; por otro lado si a las 72 horas el niño no mejora, o empeora, algunos padres de familia optan por llevar a sus hijos a algún servicio de salud, según sea su situación económica.

Las enfermedades que conocen como Populares/Tradicionalas son las siguientes:

El 50% refiere conocer 5 enfermedades: "Empacho, Susto, Ojo, Mollera caída y Bolsa de lombrices"; 27% refiere conocer sólo 1 enfermedad: "Empacho"; el 17% refiere conocer 6 enfermedades: "Pujo" (además de la 5 ya mencionadas); un 5% refiere conocer 2 enfermedades: "Empacho y Susto" (3%) y "Empacho y Mollera caída" (2%); tan sólo 1% de los padres de familia refirió no conocer ninguna de éstas. La enfermedad común en el total de ellas fue "Empacho" 99%, tanto en aquellos analfabetas, o con algún grado de primaria, como aquellos que tenían algún grado de básico y diploma de diversificado, así como independientemente del ingreso económico. Esto nos demuestra que es una región muy rica en creencias, que tiene cierta percepción, observación y conocimiento sobre procesos de salud enfermedad que puedan afectar a sus familiares y que ellos mismos puedan tratar, ya sea mejorando o curando a éstos.

Las causas por las que los padres de familia no llevan a sus hijos/hijas a un servicio o centro de salud se dan a continuación:

Un 27% reportan que no llevan a sus hijos/hijas desde el inicio de observarlos mal, porque "primero le hacen "cachitas""(ver Anexos); otro 27% explica que "esperan 2-3 días para ver si el niño/niña mejora con las "cachitas""; un 21% explican que primero "hacen "cachitas", no hay dinero y en el Centro de Salud no regalan nada"; un 17% explican que primero ""cachitas" y no hay dinero sólo para la consulta"; un 4% explica que primero ""cachitas" y luego médico o viceversa"; un 2% explica que "sólo tienen para la consulta pero no para la medicina"; un 1% explica que "los médicos y el Centro de Salud no regalan nada"; y por último un 1% explica que "siempre lo lleva con el médico".

Estas actitudes, expuestas verbalmente por los padres de familia, nos demuestran como un 58% de ellos, independientemente del grado de escolaridad y el ingreso económico, aplican sus conocimientos de Medicina Tradicional, para tratar de mejorar/curar el proceso de enfermedad que afecta a sus hijos/hijas, bajo las prácticas inmersas en dicha Etnoterapéutica, que van desde procedimientos inócuos, hasta procedimientos que pueden mantener ocultos la sintomatología de alguna enfermedad (que debería ser tratada por la medicina científica), y por ende deteriorar el estado fisiológico y hemodinámico del afectado hasta llevarlo a la muerte. Un 40% nos demuestra que sus respuestas tienen relación con la accesibilidad económica (sóla o acompañada a otra respuesta), pues respondían no tener dinero, y si lo tenían era sólo para la

consulta, o hacían otro procedimiento pues de todos modos no tenían dinero para consultar; sumado a ésto un 22% respondió que no iban al Centro de Salud pues no regalaban nada (como única respuesta o acompañada a otras) y sólo recetaban medicamentos caros; éstos porcentajes demuestran que aunque los padres de familia crean en la Medicina Tradicional y no observen mejoría en la aplicación de ésta sobre algún hijo enfermo, no les queda otro camino más que esperar la "voluntad de Dios" (expresión referida por algunos padres de familia en paupérrimas condiciones), para que dicho hijo sane, pues por un lado les da vergüenza consultar con un médico particular si no tienen como pagarle o como poder comprar lo que les va a recetar, y por el otro lado, las veces que han consultado al único lugar de accesibilidad gratuita (centro de Salud), esperan mucho tiempo y no les regalán nada. De cualquier manera el Centro de Salud sigue atendiendo un promedio de 40 pacientes diarios.

Un 1% consulta directamente al médico, es madre, con diploma de diversificado y en su hogar el ingreso es mayor de Q800.00., observando que 9 de los 11 que tienen algún grado de básico y diploma de diversificado no llevaron a sus hijos/hijas a un servicio de salud pues aplican Medicina Tradicional, lo que hace suponer que confían en ella o por la influencia de vecinos o familiares cercanos.

Del total 99% de todas las edades y sexo, independientemente del grado de escolaridad y el ingreso económico, conocen, practican y tienen sus actitudes en común hacia la Medicina Tradicional.

Los padres de familia de nuestras comunidades, continúan usando la Medicina Tradicional para tratar de mejorar o curar al hijo enfermo, lo que significa dentro del proceso de Salud Enfermedad, persistencia de altas tasas de morbimortalidad infantil; que poca importancia han tomado las autoridades municipales y en salud de la villa de Asunción Mita; por lo que resulta de importancia para potenciar los conocimientos, actitudes y prácticas, la búsqueda de los agentes en salud y la posterior capacitación para mejorar las condiciones de salud de los niños.

X. CONCLUSIONES

1.- El 67% de los padres de familia se encuentran en edad productiva. 47% son analfabetas y tan sólo un 6% alcanzó diploma de diversificado. El ingreso económico es precario pues 48% de los hogares tienen ingresos menores a los Q400.00 mensuales y tan sólo el 4% gana más de Q800.00.

2.- Las condiciones del hogar en su mayoría son malas: sus paredes de bajareque, bambú y lámina y adobe; techo de teja; piso de tierra; cocinan con leña; 23% de los hogares tienen 1 ambiente, 68% tienen 2 a 3 ambientes; en 21% de los hogares viven de 2 a 4 familias; 43% de los hogares hacen sus necesidades al aire libre; 9% de los hogares no tienen agua, y algunos de los que tienen no les llega todo el día.

3.- El promedio de hijos por familia es de 5.1. 47% son niñas y 53% son niños, comprendidos de 1 a 12 años. 41% menores de 4 años y 12% en edad preescolar.

4.- 29% de los padres de familia tenían 1 o más hijos fallecidos, sumando 56 fallecimientos, atribuidas a enfermedades populares Tradicionales (empacho, ojo, susto y mollera caída); 25 de éstos padres de familia no consultó a ningún servicio de salud, y aplicaron su Medicina Tradicional, sin conocer la verdadera causa de muerte de su/sus hijos.

5.- 90% de los padres de familia tenían hijos con alguna sintomatología en periodos de 1 a más de 30 días, siendo dichos síntomas: "destragado, vasca, calentura, retortijones, asientos, tos y chillazón". En su manera de pensar estos opinaron que sus hijos tenían: 81% "empacho" ya sea sólo (66%) o acompañado con "susto, lombrices, dengue y gripe".

6.- El tratamiento casero, consistió desde consumo de aspirinitas, alka seltzer y aguas gaseosas, hasta "brebajes", y frotamiento con "preparos".

7.- El 99% de los padres de familia conocen una o más Enfermedades Populares/Tradicionales (empacho, susto, ojo, mollera caída, bolsa de lombrices y pujo), y en algún momento han utilizado Medicina/Tradicional.

8.- Las causas por las cuales los padres de familia no llevan a sus hijos a servicios de salud son: primero hacen "cachitas" y esperan 2-3 días los resultados, no tienen dinero, los médicos y el Centro de Salud no regalan nada, y sólo tienen para la consulta pero no para la medicina.

9.- Existe una marcada relación entre las creencias, actitudes y prácticas de los padres de familia analfabetas, su bajo ingreso económico y la alta tasa de mortalidad infantil y las enfermedades actuales de sus hijos.

10.- La Medicina Tradicional es utilizada por unos pocos padres de familia de ésta región como primera alternativa, y por muchos como único recurso para la solución de problemas que aquejan a sus hijos, independientemente de su edad, sexo, escolaridad, religión, estado civil e ingreso económico.

11.- Las Creencias, Actitudes y Prácticas que estos pobladores tienen sobre Enfermedades Populares/Tradicionales, nos dan a conocer procesos de enfermedad y procedimientos terapéuticos que por lo regular terminan siendo nocivos a quien los aplican.

XI. RECOMENDACIONES

GENERALES:

- 1.- Aceptar a la Medicina Popular/Tradicional, como un coadyuvante de una cobertura indefinible e incalculable, en el proceso de salud-enfermedad.
- 2.- Reconocer y Cooperar con sus agentes tradicionales, modificando paulatinamente sus tratamientos y procedimientos nocivos al capacitarlos, para que en base a ellos se den cambios o modificaciones en la estructura sanitaria del país con miras a la salud para todos en el año 2000.
- 3.- Que los agentes de la Medicina Moderna (Doctores, Auxiliares de Enfermería, Promotores en Salud Rural y Centro de Salud) intervengan no sólo en casos de deterioro o riesgo de muerte de los que han sido tratados por los agentes de la Medicina Tradicional, sino que ayuden a capacitarlos para bajar las altas tasas de morbimortalidad infantil de la región.

A LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS:

- 1.- Incluir dentro del pensum de estudios un curso de Antropología Médica.
- 2.- Fomentar al estudiante el respeto ante las creencias tradicionales en salud de todas las regiones, que los pobladores tienen sobre éstas; conocer y manejar su lenguaje para entender y ser entendido.
- 3.- Enviar EPS (estudiantes en ejercicio profesional supervisado), previamente preparados con vocablos y etnoterapéuticas, para el enriquecimiento de su estudio.

AL CENTRO DE SALUD DE ASUNCION MITA:

- 1.- Capacitar a Auxiliares de Enfermería (A.E) y Promotores en Salud Rural (P.S.R), sobre Enfermedades Populares/tradicionales y su Etnoterapéutica, de acuerdo a la región que pertenezcan, para detectar procedimientos que pueden ser nocivos a quien se aplican y avalar aquellos que puedan ser inocuos o beneficiosos.

- 2.- Detectar a los diferentes agentes de salud, e ir hacia donde ejercen su práctica y hacerles ver lo útil que pueden ser para la prevención y tratamiento de enfermedades prevenibles o tratables. Ofrecerles capacitación a efecto de que pueden tener un mayor número de conocimientos que les ayuden a tratar y/o referir hacia los centros asistenciales de salud a los casos de pacientes que así lo ameritan.
- 3.- Que el Centro de Salud actualice un Diagnóstico en salud del casco urbano y que los resultados de éste lleguen a manos de los médicos de la región con el fin que conozcan la realidad de salud que hay en sus áreas.

A LOS MEDICOS PARTICULARES DEL AREA:

- 1.- Formar una asociación de profesionales que velen por la salud de los pobladores. Así como la necesidad de mantener procesos de actualización y estudio sobre Medicina Tradicional que ayude a comprender la etnoterapéutica utilizada por los pobladores de las áreas pobres del municipio.

A LA MUNICIPALIDAD:

- 1.- Trabajar en conjunto con el Centro de Salud y apoyar económicamente para la obtención de medicamentos o equipo mínimo para el tratamiento de infecciones estacionarias o brotes epidémicos que se dan temporalmente, afectando el estado de salud de la mayor parte de la población pobre.
- 2.- Crear una farmacia municipal, que se autofinancie, para no crear un paternalismo en la población, pero que sus medicamentos sean accesibles para la gente de escasos recursos.
- 3.- Llevar drenajes y agua a las casas que reportan no tenerla.

XII. RESUMEN

En el presente trabajo se identificaron y describieron los conocimientos, actitudes y prácticas que en relación a la Medicina Popular/Tradicional y a las Enfermedades de conocimiento Popular/Tradicional, aplicadas a niños/niñas de 1 a 12 años de edad, tienen 100 padres de familia que viven en los barrios "Maya, Tultepeque, Buenos Aires y 19 de Septiembre" ubicados a 1 Km. al sur-oriente del parque central del municipio de Asunción Mita.

Siendo un estudio eminentemente Antropológico, se utilizó el método etnográfico y sus técnicas de recolección de datos. Realizándolo durante los meses de abril y mayo de 1995.

La mayoría de los padres de familia aplican sus conocimientos de salud en base a creencias, actitudes y prácticas, a sus hijos enfermos, antes de consultar a algún servicio de salud, si es que consultan.

El uso de la Medicina Tradicional, tal como ha quedado demostrado en diversos estudios, es parte integrante de la vida de los diversos grupos humanos que habitan el país. De la misma manera, en la Villa de Asunción Mita, su utilización está íntimamente ligada a prácticas ancestrales.

Encontramos altas tasas de morbimortalidad infantil durante el período de estudio (90% de los padres entrevistados refirieron tener hijos enfermos al momento de la entrevista). 29% de los padres de familia también manifestaron haber tenido uno o más niños fallecidos. La mayoría de los padres con hijos fallecidos eran analfabetas o con un nivel muy bajo de escolaridad, así como ingresos menores a los Q400.00 mensuales. En el estudio encontramos una íntima relación entre escolaridad, ingreso y mortalidad infantil.

El 99% de los padres de familia conocen una o más Enfermedades Populares/Tradicionales (empacho, susto, ojo, mollera caída, bolsa de lombrices y pujo), y en algún momento han utilizado Medicina/Tradicional.

Muchas veces los padres de familia no consultan los servicios oficiales de salud, ante la falta de confianza que sienten para con éstos. Los padres de familia entrevistados consideran que los precios de los medicamentos recetados por los médicos del Centro de salud son muy altos, así como que no hay un seguimiento adecuado de los casos.

XIII. REVISION BIBLIOGRAFICA

- 1.- Acevedo L., Joaquin Z. **Una aproximación a la Antropología Médica en Todos Santos Cuchumatán.** Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, 1,986.
- 2.- Adams, Richard N. **Introducción a la Antropología Aplicada** seminario de integración social guatemalteca, Ministerio de Educación Pública, Editorial José de Pineda Ibarra, Guatemala, C.A. 1,984.
- 3.- Akerele, O. Programa OMS de Medicina Tradicional: **Progresos y Perspectivas. Crónicas de OMS** 1,984 338 (2) 83, 85.
- 4.- Aun, W. Samael. **Tratado de Medicina Oculta y Magia practica.** 5 ed. Tipografía Central S.A. Guatemala, 1,986. 263p. (pp. 210-213).
- 5.- Balam Pereira, G. **Acerca de la Medicina Tradicional Nueva Antropología** 1,982 19 (6): 215-219.
- 6.- Bannerman, R. H. **La Medicina Tradicional en el programa de la OMS. Cronica de la OMS** 1,977 31: 479-480.
- 7.- Bauwens, Eleanor E. et al. **The application of clinical anthropology to medical practice.** In: *The Anthropology of Health.* Saint Louis: Mosby, 1,978. 218p. (pp.12-22).
- 8.- **Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. Culturas Médicas Tradicionales** 1,985 98 (4) 373-376.
- 9.- **Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. Salud y Culturas Médicas Tradicionales en América Latina y el Caribe** 1,985 1-6.
- 10.- Corleto P. W. R. y R. Palma Espina. **Análisis de la Cuenca del Río Ostúa.** Facultad de Ciencias Agrícolas y Ambientales, Universidad Rafael Landívar, Guatemala 1,990. 182p.
- 11.- Figueroa Alpuche, Ramos L. **Cuatro Enfermedades mas Comunes en Guatemala y su relacion con el Síndrome Diarreico.** Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala. 1,987.
- 12.- Horowitz, A. **Salud para todos en el año 2,000 y la Universidad. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana** 1,985 98 (5): 405-414.

- 13.-Hurtado, J. J. Algunas ideas para un modelo estructural de las creencias en relación con la enfermedad en el altiplano de Guatemala. **Guatemala Indígena** 1,973, enero-marzo; 8 (1): 7-22.
- 14.-Informe de una reunión de la OMS, **Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional** Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1,978.
- 15.-Kikhela, N. **et al.** Sistemas Médicos en Africa: Medicina Moderna y Medicina Tradicional. **Foro Mundial de la Salud** 1,984 (5) 204-206.
- 16.-Lashari, M. S. ¿Es posible la fusión de la medicina tradicional con la medicina moderna? **Foro Mundial de la Salud** 1,984 (5) 204-206.
- 17.-Molina M., Maria M. **Las enfermedades de los Niños en la Medicina Tradicional** Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala. Octubre 1,986. 95p.
- 18.-Palma Soto, Alvaro E. **Monografía Mínima del Departamento de Jutiapa.** Publicaciones de la Secretaría de Información de la Presidencia, Guatemala 1,959. 104p.
- 19.-Rodas A., M. A. **Análisis de recursos y creencias etnomédicas en una población del Altiplano Guatemalteco.** Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala. Octubre 1,984. 108p.
- 20.-Schmelkes, Corina. **Manual para la presentación de Anteproyectos e informes de investigación** UNAM: México 1,978. 213p.
- 21.-Scotney, N. Debemos actuar con nuestras indiferencias hacia las culturas locales. **Foro Mundial de la Salud** 1,981 abril; 2 (4): 617-618.
- 22.-Tobar H. Edgar Leonel. **Evaluación de Creencias, Actitudes y Prácticas de Salud en un área marginal.** Tesis (Medico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala. Octubre 1,988. 100p.
- 23.-Valdez D., Julio C. **La Medicina Tradicional y su integración con la Medicina Moderna.** Tesis (Medico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala. Octubre 1,987. 65p.
- 24.-Villacorta C., Jorge L. **Historia de Medicina, Cirugia y Obstetricia Prehispanicas.** Guatemala s. e. Junio 1,976.

- 25.-Villatoro, Elba M. Aspectos de la Medicina Tradicional en su Etnomedicina en Guatemala. Guatemala 1,984 316p. (7- 51p) (Colecciones monograficas vol. 1)
- 26.- -----La Medicina Tradicional y los Problemas de Salud en Guatemala. La Tradición Popular. 1,983; (42/43): 1-56p.
- 27.- -----Cuatro Enfermedades populares de mayor incidencia en Guatemala. 1,983; (19/20): 79-100p.
- 28.-Werner, David B. **Donde no hay Doctor.** Una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos. México, Editorial Pax; México, mayo 1,987. 402p. (pp.2, 22, 24, 219-221, 308).
- 29.-Werner, David B. y B. Bowell **Aprendiendo a Promover la Salud.** California, 2a. reimpresión, California: Fundación Hasperian. 1,987.

XIV. ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

I.D. ###

I. DEL HOGAR

1. Tiene agua potable: ##

1. Si
2. No

2. Tipo de paredes: ##

1. Adobe
2. Bajareque
3. Ladrillo
4. Bambú
5. Block
6. Otros.

3. Techo: ##

1. Lamina.
2. Teja.
3. Otros.

4. piso: ##

1. Tierra.
2. Torta de Cemento.
3. Granito.
4. Ladrillo de Barro.
5. Otros.

5. Número de ambientes: ##

1. uno
2. dos
3. tres
4. cuatro
5. cinco
6. seis y más.

6. Tipo de cocina: ##

1. de barro.
2. estufa de gas propano.
3. sin cocina.
4. otros.

7. Ingreso percapita mensual:

1. De 0 a Q200.00
2. De Q201. a Q400.
3. De Q401 a Q600.
4. De Q600 a Q800.
5. De Q800 y más.8

8. Tenencia de la vivienda:

1. Alquilando.
2. Cuidando.
3. Huesped.
4. Propio.
5. Otros.

9. Número de familias que habitan la casa:

1. Una.
2. Dos.

10. Sanitación:

1. Si.
2. No.

11. Si contesto que si, qué tipo:

1. Pozo ciego.
2. Abonera.
3. Porcelana.
4. Otros.

12. Si contesto que no, qué tipo:

1. Al aire libre.
2. Otro.

13. Drenajes:

1. Si.
2. No.

II. DEL PADRE

1. Edad

1. De 15 a 20.
2. De 21 a 25.
3. De 26 a 30.
4. De 31 a 35.
5. De 36 a 40.
6. De 41 a 45.
7. De 46 a 50.
8. De 51 y más.

2. Sexo:

1. Masculino.
2. Femenino.

3. Estado civil:

1. Soltero.
2. Casado.
3. Unido.
4. Divorciado.
5. Viudo.

4. Religión:

1. Católica.
2. Evangélica.
3. No tiene.
4. Otra.

5. Escolaridad:

1. Ninguna.
2. Primaria.
3. Básico.
4. Diversificado.

6. Si contestó primaria qué grado:

1. De 1o. a 3o.
2. De 4o. a 6o.

7. Si contestó básico qué grado:

1. 1o.
2. 2o.
3. 3o.

8. Si contestó diversificado qué grado: ##

1. 4o.
2. 5o.
3. 6o.

9. Cuántos hijos tiene: ##

1. 1-2 hijos.
2. 3-4 hijos.
3. 5-6 hijos.
4. 7-8 hijos.
5. 9-10 hijos.
6. 11 y +

10. Cuántos han muerto: ##

1. uno.
2. dos.
3. tres.
4. cuatro y más.
5. Ninguno.

11. Que edad tenía cuando murió: ##

1. Menos de 1 año.
2. Menos de 2 años.
3. Menos de 3 años.
4. Menos de 4 años.
5. Menos de 5 años o más.

12. Causa de muerte: ##

1. Infección neonatal.
2. Calenturas.
3. Fiebre Instestinal (infección Intestinal)
4. Asientos y Vomitos.
5. Ojo
6. Empacho.
7. Bronquitis.
8. Gota (ACV)
9. Infeccion de la garganta.
10. Ronchas.
11. Ataque de Lombrices.
12. Otros.

13. Antes de morir como lo trató : ##

1. Cachitas.
2. lo sobaron.
3. Otros.

14. Con quien lo llevo : ##

1. Con Sobador.
2. Con el Medico.
3. Al hospital.
4. Otros.

15. Qué pensó que el niño o la niña tenía: ##

1. Que estaba empachado.
2. Que le hicieron ojo.
3. Que estaba espantado.
4. Otros.

16. Qué le dijeron que tenía el niño o la niña: ##

1. Que tenia bronquitis.
2. Que tenia diarrea.
3. Que tenia infeccion instestinal.
4. otros.

III. DEL NIÑO:

1. Edad : ##

1. 0 a 1 año.
2. de 1 a 2 años.
3. de 3 a 4 años.
4. de 5 a 6 años.
5. de 7 a 8 años.
6. de 9 a 10 años.
7. de 11 a 12 años.

2. sexo: ##

1. Masculino.
2. Femenino.

3. religion : ##

1. Católica.
2. Evangélica.
3. No tiene.
4. Otra.

4. Escolaridad:

1. Ninguna.
2. De 1o. a 3o.
3. De 4o. a 6o.

5. Cuando empezo enfermo {tiempo} :

1. de 1 a 7 dias.
2. de 8 a 15 dias.
3. de 16 a 21 dias.
4. de 22 dias a un mes.
5. mas de un mes.

6. Que sentia o tenia el niño: {síntomas}

1. Fiebre o calentura.
2. dolor de estomago o retortijones.
3. diarrea.
4. vomitos.
5. destragados. (anorexico).
6. haragan. debilidad.
7. palidez.
8. hinchazon.
9. otros.

7. Que penso usted que tenia el niño {opinion}:

1. gripe o catarrito.
2. dengue.
3. empacho.
4. espanto.
5. otros.

6. Que tratamiento casero le dio :

1. alka seltzer.
2. agua mineral.
3. brasas apagadas.
4. bismuto.
5. capsulas para la indigestion.
6. dengunitas.
7. aspirinitas.
8. brebajes.
9. otros.

7. Que enfermedades conoce:

15. Como esta el niño actualmente: ##

1. ha empeorado.
2. esta igual.
3. esta mejor.
4. otro.

16. Por que no lo llevo desde un inicio con el medico o al centro de salud y hospital: ##

1. Porque primero le hacemos cachitas.
2. Porque la atencion con los medicos y el C.S. no regalan nada.
3. Porque lo hacen esperar mucho a uno.
4. Porque las recetas que dan son caras.
5. Porque solo tienen para la consulta y no para la medicina.
6. porque esperan 2 o 3 dias para ver si el niño mejora con las medicinas que se le ofrecen en casa.
7. otros.

8. Algunos de sus hijos ha tenido alguna o mas de ellas:

1. Si
2. No.

9. Cuales ##

1. empacho.
2. mollera caida.
3. mal de ojo.
4. espanto.
5. bolsa de lombrices.
6. pujo.
7. mal de hecho.
8. otros.
9. Ninguna.

10. cuantas veces: ##

1. ninguna.
2. pocas veces.
3. varias veces.
4. muchas veces.

11. Ha tenido a uno o mas hijos hospitalizados: ##

1. si
2. no

12. Por qué razón: ##

1. por fracturas.
2. por diarreas.
3. por vomitos.
4. por deshidratacion.
5. asma.
6. otros.

13. Antes de llevar al hospital quien lo trato : ##

1. con un familiar.
2. Con Sobador.
3. Con el Medico.
4. Otros.

14. ha visto mejoria con el tratamiento actual: ##

1. si
2. no

**ALGUNAS MODALIDADES DE TRATAMIENTO UTILIZADAS
POR LOS PADRES ENTREVISTADOS**

1.- "CACHITAS"

Palabra popularmente utilizada por los pobladores de la Villa de Asuncion Mita, para referirse a terapeuticas y procedimientos sencillos o pequeños, de índole casero, que van desde la cocción de plantas, pasando por las sobadas y el uso de recursos terapéuticos de índole mecánico (colgar al paciente). Estos procedimientos estan destinadas a la mejoría o cura de procesos de enfermedad que afectan a sus familiares.

Utilizando Plantas Medicinales:

Mansanilla	(Matricaria courrantiana)
Pericón	(Tagetes Lucida)
Hierbabuena	(Cuminum Cyminum)
Apazote	(Chenopodium Ambrosoides)
Ajo	(Allium Satirum)
Ruda	(Ruta Chalapensis)
Canela	(Cinnamomun Zeylanicum)
Ciruela	(Prunus Doméstica)
Verbena	(Bouchea Primática)
Ajenjo	(Artemisia Absinthium)
Gengibre	(Zingiber Officinale)
Limón	(Cymbopogón Citratus)

CONFORTES MAS UTILIZADOS:

Apazote, hierbabuena.
Pan francés, huevo, guaro y ajo.
Pan francés y aceite de ajenjo.
Pan francés y guaro.
Hojas de plátano y/o cáscara de platano
Margarina con carbón.

PURGANTES:

Sal Inglesa (sulfato de magnesia).
aceite de cocina (1 cucharada con granitos de sal).

LAVADOS RECTALES: (con perilla).

Lavado con liga de cahulote.
Lavado con sal inglesa.
Lavado con bicarbonto, aspirina deshecha.

ANTIDIARREICOS:

Yodoclorinas, bismuto.

2.- "BREBAJES"

La cocción de las plantas medicinales, insípidas o dulces, algunas veces con granitos de sal y gotas de guaro, alcanfor, gas o de "7 espíritus".

3.- "PREPAROS"

Mezcla de plantas como la ruda, y liquidos como el guaro, gas, 7 espíritus, alcanfor y mentoles, para frotar.

PARA EL EMPACHO:

Percuten el abdomen con dedo índice o medio, ubicando el área donde se encuentra el empacho, siendo el lugar que suena más máte el indicado. Soban el abdomen de arriba a abajo, aplicando alguna crema (de manos, de cuerpo etc.), manteca de cerdo, primero superficialmente y luego profundamente.

Posteriormente buscan/identifican "ijillos" (cadenas ganglionares) en la muñeca del afectado, dándole el mismo procedimiento. Luego le dan alguna brebaje o toma que varía desde aceite casero con sal, sal inglesa con agua gaseosa de sabor naranja, uva o roja, alka seltzer con mineral y cápsula de indigestión.

PARA EL OJO:

Quitán la camisa, o alguna prenda sudada del o la que lo produjo, envuelven al niño (refieren sólo niños menores de 2 años) con ella, durante toda la noche.

PARA EL SUSTO (ESPANTADO):

Pasan un huevo de gallina por todo el cuerpo del niño (frotándolo), lo ponen en agua hervida por tiempos variables, lo sacan y quiebran diciéndole a la madre lo que miran (algunas personas lo dejan caer o lo tiran a un río), los bañan con agua florida, les dan a tomar gotas de " 7 espíritus ", y por último les leen escrituras bíblicas (salmo 91), o rezan el padre nuestro.

PARA LA MOLLERA CAIDA:

Untan la mollera (fontanela anterior) del niño con aceites (de cocina, de oliva) y le riegan azúcar, luego le succionan con la boca varias veces, untando el primer dedo con aceite el que hace el procedimiento, el cual introduce dentro de la boca del niño, empujando el paladar del maxilar superior hacia arriba con regular fuerza, y cuelgan al niño de sus pies dándole palmadas en las plantas de sus pies, colocándole la cabeza en un yagual de toalla o tela gruesa.

PARA LA BOLSA DE LOMBRICES:

Dan a tomar agüita de trenza de ajo con apazote, por 3 días durante las mañanas; cocción de apazote sólo o ajo con aceite de oliva.

PARA EL PUJO:

Dan de mamar al niño pecho de otras 2 madres que estén dando lactancia: Reciben leche en su mano (las propias madres de los niños que están dando lactancia) y la aplican en la rabadía del niño frotándola y sobándola, refieren que en unas horas le brotan puntitos negros en dicha región al niño afectado.

BIBLIOTECA

Univ.

UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARY
130 St. George Street, Toronto, Ontario M5S 1A5
416-978-2010