PN-ABE-788
65475

REHIDRATACION ORAL E IMMUNIZACIONES:

EL PAPEL DEL PROMOTOR

RURAL DE SALUD EN GUATEMALA

A Report Prepared By PRITECH Consultants:
KJELL I. ENGE
SUSAN HEWES DE CALDERON

With the Collaboration of:
Walter R. Adams
Esvin Lemus
Lydia de Leon
Christie Martinez
Bruce Newman
Osmin Reina
Noe Orrellana
Ricardo Valladares

During The Period:
AUGUST - DECEMBER, 1988

TECHNOLOGIES FOR PRIMARY HEALTH CARE (PRITECH) PROJECT
Supported By The:
U.S. Agency For International Development
CONTRACT NO: AID/DPE-5969-Z-00-7064-00
PROJECT NO: 936-5969

AUTHORIZATION:
AID/S&T/HEA: 9/28/89
ASSGN. NO: HSS 009-GU

TABLA DE CONTENIDOS

I. RESUMEN EJECUTIVO 1
A. Resultados de la Investigación de Campo: 1
B. Resultados de los Exámenes sobre TRO 3
C. Resultados del Examen sobre PAI 5
D. Recomendaciones 10

II. INTRODUCCION 13
A. Antecedentes y Objetivos 13
B. Diseño y Metodología del Estudio 15

III. INVESTIGACIONES DE CAMPO 18
A. Las Comunidades del Estudio 18
1. Sacapulas, El Quiché 18
2. San Lorenzo, San Marcos 20
3. San Pedro Carchá, Alta Verapaz 22
4. Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla 23
B. Necesidades Sentidas de las Comunidades 25
C. Expectativas: Promotor - Comunidad - Personal de Salud 26
1. Expectativas de los Promotores 26
2. Expectativas de la Comunidad 27
3. Expectativas del Personal de Salud 28
D. Actividades del Promotor de Salud Rural 29
1. Actividades Generales 29
2. Actividades de TRO 31
3. Actividades del PAI 32
4. Actividades de Nutrición y Salud Materno-Infantil 33
5. Actividades de Saneamiento Ambiental 34
E. Apoyo Institucional para los Promotores de Salud . 35
1. Capacitación 35
2. Supervisión 36
3. Recursos 37
F. Relaciones con los Promotores: Comunidad y Personal de Salud 39
G. Sistema de Referencia de Pacientes 40
H. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Madres 42
1. Diarrea y Deshidratación 42
2. Inmunización 44
I. Conclusiones e Implicaciones para Acción 45

IV. CONOCIMIENTOS SOBRE EL CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS E INMUNIZACION: RESULTADO DE LOS EXAMENES ESCRITOS 48
A. Los Exámenes: 48
B. Logística: 48
C. Análisis de Datos: 49

TABLA DE CONTENIDOS (continuación)

D. Presentación de Resultados: 49
1. Examen sobre TRO 50
a. Perfil de los Promotores 50
b. Resultados de los Exámenes 51
c. Peligros, Causas y Prevención de Diarrea y Deshidratación 52
d. Diagnóstico y Referencia 58
e. Alimentación y Líquidos 63
f. Historias de Caso 69
g. Preparación de Suero Casero y Suero Oral de Sobre 74
h. Administración de SRO 84
2. El Examen sobre PAI 88
a. Perfil de los Promotores 88
b. Resultado Total de los Exámenes 90
c. Inmunización: Conocimientos Generales . . 91
d. Conocimientos de Enfermedades Prevenibles por Vacunación 97
e. Esquema de Vacunación: Cuándo vacunar, cuántas veces y qué intervalo entre dosis 104
f. Mensajes Educativos para las Madres . . . 111
E. Conclusiones e Implicaciones para la Acción 118
1. Diarrea y Deshidratación (TRO) 118
a. Análisis de los Resultados de los Exámenes 118
b. Análisis del Contenido Técnico 119
2. Inmunización 125
a. Análisis de las Calificaciones 125
b. Análisis del Contenido Técnico 126

V. DISCUSION Y RECOMENDACIONES 131

VI. LOS CUESTIONARIOS -- TRO Y PAI 136

LISTA DE GRAFICAS

Gráfica 1: Peligro de la Diarrea 54

Gráfica 2: Causas de Diarrea 55

Gráfica 3: Prevención de Diarrea 56

Gráfica 4: Prevención de Deshidratación 57

Gráfica 5: Preguntas a Hacer a la Madre 60

Gráfica 6: Signos Importantes de Deshidratación 61

Gráfica 7: Síntomas para Referencia a un Servicio 62

Gráfica 8: Lactancia Materna -- Consejos durante Diarrea . 65

Gráfica 9: Administración de Líquidos durante Diarrea . . . 66

Gráfica 10: Alimentación durante Diarrea 67

Gráfica 11: Alimentación después Diarrea 68

Gráfica 12: Tratamiento de Diarrea sin Deshidratación . . . 71

Gráfica 13: Tratamiento de Diarrea con Deshid. Leve-Mod. . . 72

Gráfica 14: Tratamiento de Diarrea con Deshid. Severa . . . 73

Gráfica 15: Preparación de Suero Casero 75

Gráfica 16: Preparación de SRO en Sobre 81

Gráfica 17: Cantidad de SRO a Administrar 86

Gráfica 18: Frecuencia de Administración de SRO 87

Gráfica 19: Tareas y Responsabilidades del Promotor 93

Gráfica 20: Vacunación -- Factores para el Exito 94

Gráfica 21: Enfermedades Prevenibles por Vacunación 95

Gráfica 22: Enfermedades Prevenibles por BCG y DPT 96

Gráfica 23: Signos y Síntomas de la Tuberculosis 99

Gráfica 24: Signos y Síntomas de Tos Ferina 100

Gráfica 25: Signos y Síntomas de Tétano 101

Gráfica 26: Signos y Síntomas de Polio 102

Gráfica 27: Signos y Síntomas del Sarampión 103

LISTA DE GRAFICAS (continuación)

Gráfica 28: Toxoide Tetánico durante el Embarazo 106

Gráfica 29: Edad Correcta para las Primeras Vacunas 107

Gráfica 30: Número de Dosis durante el Primer Año 108

Gráfica 31: Intervalo de Tiempo entre Dosis 109

Gráfica 32: Razones para NO Vacunar 110

Gráfica 33: Consejos -- Baño para Niños Vacunados 113

Gráfica 34: Consejos -- Alimentación después Polio 114

Gráfica 35: Vacunas -- Posibles Reacciones 115

Gráfica 36: Consejos -- Tratamiento de Reacciones 116

Gráfica 37: Reacciones -- Cuando Llevar al Servicio 117

ACRONIMOS

AID	=	Agencia Internacional para el Desarrollo
CRS	=	Catholic Relief Services
DGSS	=	Dirección General de Servicios de Salud, Ministerio de Salud
DIGESA	=	Dirección General de Servicios Agrícolas
PAI	=	Programa Ampliado de Inmunización
INCAP	=	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
CAP	=	Conocimientos, actitudes y prácticas
MSPAS	=	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
PRINAPS	=	Proyecto de Investigación de Adiestramiento de Promotores Rurales de Salud
SRO	=	sales/solución de rehidratación oral
TRO	=	terapia de rehidratación oral
DS	=	desviación estándar
UDRI	=	Unidad de Desarrollo Rural Integral
USAID	=	Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos
PMA	=	Programa Mundial de Alimentos

I. RESUMEN EJECUTIVO

Se realizaron estudios de casos en ocho comunidades rurales de cuatro distritos de salud del país para ayudar a determinar hasta qué punto la estrategia de adiestramiento en cascada en TRO y PAI del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha sido efectiva para llegar a nivel comunitario. El enfoque principal de este estudio fue evaluar el nivel de conocimientos de los promotores rurales de salud en estas dos áreas programáticas, y su efectividad en la función como un enlace vital en la red de comunicación entre los servicios de salud de distrito y la comunidad.

La investigación de campo consistió en la permanencia de equipos de investigadores durante una semana en cada una de las comunidades seleccionadas. En cada equipo había por lo menos un miembro del distrito o área de salud local. Los datos se obtuvieron a través de técnicas etnográficas de estudio, como observaciones participativas, entrevistas individuales, sesiones de tipo grupo focal, y revisión de archivo para obtener información sobre actitudes y prácticas locales en relación a TRO y PAI. Los datos sobre el nivel de conocimientos de los promotores y del personal de salud responsable de su adiestramiento y orientación en estas dos área programáticas se obtuvieron a través de exámenes escritos.

A. Resultados de la Investigación de Campo:

Sin excepción, los investigadores de campo reportaron haber observado muy buenas relaciones entre los promotores y los miembros de la comunidad en las ocho comunidades de estudio, a pesar del hecho que la mayoría de estas comunidades no participaron en el proceso de selección de los promotores. En general, los habitantes de las comunidades estaban conscientes de las grandes limitaciones de recursos que tienen los promotores para la realización de sus actividades, y expresaron su aprobación y apoyo unánime para los esfuerzos que realizan los promotores. En contraste, el nivel de colaboración y apoyo entre los promotores, comadronas y personal de salud del distrito no era tan bueno, a excepción del caso de San Lorenzo, San Marcos.

Solamente uno de los cuatro distritos de salud de la muestra de estudio había tenido un curso de capacitación formal y completo en los últimos años. Los nuevos promotores, que se han incorporado en el transcurso, han recibido su adiestramiento y orientación iniciales en cursos de recapacitación cortos que se realizan anualmente. En general, los investigadores consideraron que la orientación de estos cursos se enfocaba más a los aspectos de atención en salud de tipo curativo que a los preventivos. La metodología de adiestramiento consistió principalmente en charlas, con poco tiempo dedicado a demostraciones y práctica.

También se encontró que la disponibilidad de manuales de capacitación para promotores variaba por distrito. En un distrito, los promotores no habían recibido ninguna clase de material de referencia escrito; en el distrito donde se efectuó la capacitación de un nuevo grupo de promotores a medio año, los promotores recibieron manuales de capacitación, que actualmente son obsoletos e inconsistentes en algunos aspectos importantes con los nuevos manuales publicados a finales de 1987. En un tercer distrito de salud bajo estudio, donde estos nuevos manuales se habían distribuído, el personal de campo encontró que el nivel de presentación del material presenta dificultades para la mayoría de promotores, quienes hablan predominantemente lengua y tienen un bajo nivel de escolaridad, y, por lo tanto, es un obstáculo para su efectividad.

Hubo un consenso casi completo entre todos los entrevistados en cuanto a las limitaciones que confrontan los promotores: falta de equipo, material y medicinas necesarios para atender las necesidades de los pacientes; poco adiestramiento, apoyo, y, en particular, supervisión; y la falta o escasez de material de referencia escrito, técnicamente adecuado y actualizado.

En particular, los promotores consideraron que podrían ser más efectivos en su papel -- tanto cualitativa como cuantitativamente -- si recibieran el apoyo técnico (y en algunos casos, moral) y supervisión necesarios del personal del distrito. El establecimiento de reuniones mensuales y/o visitas de supervisión fue una de las soluciones comúnmente propuestas. Muchos de los promotores específicamente solicitaron la participación de las comadronas en las reuniones y otras actividades de adiestramiento para poder aumentar el nivel de colaboración y apoyo técnico entre ambos.

Los promotores también insistieron que equipo, material y medicinas básicas facilitarían enormemente la ejecución de las actividades que se esperan de ellos. Muchos sugirieron que el MSPAS regresara a la política anterior de dotarlos de maletines, que era equipo estándar para todos los promotores rurales de salud. Otras estrategias claves para aumentar la efectividad de los promotores rurales de salud podrían ser mejorar la distribución de los materiales de adiestramiento/referencia, adaptar la presentación de los mismos a las necesidades locales y fortalecer la claridad y exactitud técnica de los mensajes educativos. Se notó que en un distrito en especial, la disponibilidad de manuales de adiestramiento sirvió como estímulo importante para los promotores -- algunos que habían estado inactivos reiniciaron su labor específicamente por esta razón.

El personal del MSPAS de los distritos también sintió que los promotores necesitan y merecen más y mejores incentivos por su trabajo -- si no un pago compensatorio, que les permita dedicarse más tiempo a atender las necesidades de salud de sus comunidades. Algunas de las sugerencias incluyen proporcionarles raciones de alimentos, como los distribuídos por CARE; pago regular y oportuno de viáticos más altos por su participación en las

actividades de adiestramiento; y la provisión de un estipendio mínimo. El personal de los distritos también reconoció que un mayor apoyo en adiestramiento, supervisión y equipo serían estímulos importantes para los promotores.

B. Resultados de los Exámenes sobre TRO

Este examen escrito de 18 preguntas fue administrado a una muestra de 90 promotores. Usando las normas actuales del MSPAS como base para calificar los exámenes, la muestra de los promotores tuvo un promedio total de 59.4%. Solamente dos promotores obtuvieron calificaciones arriba de 80%.

No hubo diferencia estadísticamente significativa entre los promedios obtenidos entre los promotores de los diferentes distritos. Este hallazgo sugiere que, en general, el impacto del adiestramiento es relativamente uniforme en los cuatro distritos.

Como se muestra en el siguiente cuadro, las calificaciones variaron considerablemente por sub-tema. Es importante notar que aunque hubo diferencias significativas entre los distritos en algunas áreas del examen, ningún grupo de promotores fue uniformemente mejor o peor que cualquier otro grupo.

Resultado Promedio por Sub-Sección del Examen (%)

Peligros, Causas y Prevención	82.5
Diagnóstico y Referencia	77.5
Alimentación y Líquidos	41.9
Historias de Caso	54.2
Preparación de SRO	65.0
Administración de SRO	23.8

Las dos secciones de mayor preocupación son las que se relacionan con el manejo nutricional del niño durante y después de un episodio de diarrea y la administración de líquidos, incluyendo SRO. Muchos de los problemas se podían solucionar aquí revisando los mensajes educativos de los manuales de capacitación de los promotores. También se encontró inconsistencia en los manuales de normas del MSPAS, lo que puede explicar los punteos bajos de los promotores que fueron capacitados utilizando estas normas. En especial, la diferencia entre "continuar" y "aumentar" la administración de lactancia materna/líquidos/alimentos requiere que se clarifique. Esto es crítico en el caso de ingesta de líquidos, ya que un aumento en la administración de líquidos es la estrategia principal para evitar la deshidratación. Este concepto toma mayor importancia dado que casi el 15% de los promotores no reconoció que la diarrea puede producir deshidratación, el enfoque principal de los esfuerzos del control de enfermedades diarréicas.

Además, entre un cuarto a un tercio de los promotores recomendó "reducir" o "quitar" la lactancia materna, líquidos y alimentos durante un tiempo como un tratamiento adecuado durante un episodio de diarrea. Más del 10% dijo que era necesario darle menos alimentos al niño después de un episodio de diarrea. Dada las altas tasas de morbilidad y mortalidad debidas a deshidratación y desnutrición en Guatemala, es necesario que el MSPAS proporcione guías claras y consistentes en relación a la prevención de estas complicaciones como consecuencia de enfermedades diarréicas.

Es preocupante que un alto porcentaje de los participantes respondió que SRO debe administrarse en cantidades fijas y de acuerdo a un régimen rígido, en lugar de ofrecerlo según la demanda del niño. Puede ser frustrante y crear confusión a la madre tratar de seguir las instrucciones detalladas de administración de líquidos dadas por un promotor o profesional de salud. También puede aumentar el riesgo de sobre o subhidratar al niño si los cálculos no concuerdan con las verdaderas necesidades.

También se encontraron deficiencias en los conocimientos sobre la preparación de SRO, especialmente el suero casero, donde los resultados son 50% menores que los de la preparación de SRO en sobre (calificación promedio de 45.0% comparada con 87 5%). En relación con el suero casero, lo más notable es la variación de respuestas recibidas en relación a la cantidad de ingredientes a añadir, dado que algunas de las preparaciones resultantes podrían ser una mezcla potencialmente fatal para un niño. Otra fuente de error común es la confusión entre cucharadita y cucharada. Esta fuente de error se ve aumentada por una confusión aparente entre las normas anteriores y actuales, debido a que las medidas expresadas en una unidad anteriormente se expresan actualmente en otra o en cantidades totalmente diferentes.

Además, aparentemente hay un grado de confusión significativo en esta muestra en relación a la preparación de suero casero y SRO en sobre. Casi un cuarto de los promotores indicó que un cantidad de jugo de naranja debería agregarse a la preparación del sobre. Un porcentaje menor, pero suficientemente alto para alarmarse, agregaría alguna cantidad de sal, azúcar o bicarbonato de soda a la preparación. Estos son serias equivocaciones que ameritan atención urgente.

En general, los promotores obtuvieron buenas calificaciones a las preguntas relacionadas con síntomas de diagnóstico y referencia cuando éstas se presentaban en una lista "fuera de contexto". Cuando éstas se presentaban en una situación "real" que requería decisiones de tratamiento, los punteos disminuyeron. Como se muestra en los resultados de las tres historias de caso presentadas, la tendencia general entre los promotores es ir un paso más adelante en el tratamiento indicado en cualquier etapa. Por lo tanto, un paciente con deshidratación leve-moderada es referido a los servicios de salud "lo más pronto posible. Esta

situación tiene serias implicaciones para un sistema de salud que ya se encuentra sobrecargado con limitados recursos humanos, financieros y materiales. Esto también sugiere la necesidad de proporcionar a los promotores con un marco teórico, como esquema del plan A/B/C de diagnóstico/tratamiento del MSPAS, lo que les permitirá hacer decisiones más eficientes en relación a los recursos existentes. El uso de historias de caso y experiencia práctica en el examen de pacientes puede ayudar a reforzar los aspectos de diagnóstico, tratamiento y referencia.

Las deficiencias detectadas en los conocimientos de los promotores sobre el control y manejo de las enfermedades diarréicas tendían a ser reflejadas en las respuestas de las madres que fueron entrevistadas en el transcurso del trabajo de campo. Es importante notar que mientras las calificaciones del examen sobre TRO estaban bajas en general, las áreas que causaron mayor dificultad son aquellas en que los manuales normativos y de capacitación del MSPAS tienen alguna deficiencia. Este hallazgo sugiere que el fortalecimiento del contenido técnico de estos materiales didácticos/de referencia puede tener un impacto significativo en los conocimientos de los promotores, y a la vez en el nivel de conocimientos de la comunidad que son transmitidos por el promotor. Esta explicación debe ser investigada más a fondo antes de catalogar los esfuerzos del MSPAS como ineficientes para alcanzar el impacto deseado a nivel de la comunidad.

C. Resultados del Examen sobre PAI

La calificación total de las 20 preguntas sobre PAI, dadas a 94 promotores de cuatro distritos de salud, fue alarmantemente baja lo que refleja una falta de conocimientos básicos que son vitales para la ampliación de las coberturas de inmunizaciones. La calificación promedio total fue de 67.4%, un poco mejor que el del examen de diarrea y deshidratación. Cuando se disgregaron los resultados por distrito, sexo, edad, estado civil, número de hijos, ocupación, tiempo de servicio como promotor, y la fecha de la última capacitación recibida, y se realizaron análisis de varianza, ninguno de los subgrupos definidos por estas variables independientes fueron significativamente diferentes ($p < .05$).

Sin embargo, hay diferencias en las calificaciones de las cuatro secciones de este examen:

Calificación Promedio por Subsección del Examen (%):	Promotores (n=94)
Conocimientos Generales	74.2
Enfermedades Prevenibles por Vacunación	78.9
Esquema de Vacunación	49.5
Mensajes Educativos para las Madres	66.2

Cuando se disgregaron por distrito, no hubo diferencias estadísticamente significativas en las calificaciones de las cuatro submuestras de los promotores.

Es importante que los promotores conozcan las actividades del programa de inmunización en que deben involucrarse, especialmente en lo que se refiere a la educación e información a los habitantes de las comunidades sobre la necesidad de que las mujeres embarazadas y los niños se vacunen, las reacciones de las vacunas, llevar un control de las madres y niños a riesgo y el reconocimiento de los signos y síntomas de las enfermedades prevenibles por vacunación. Casi un cuarto de los promotores no consideró que era importante llevar un registro de las mujeres embarazadas y niños, un quinto no reconoció la necesidad de enseñar a las madres sobre las reacciones que dan las vacunas y de visitar mujeres embarazadas y niños que no están vacunados. Entre 15-20% de los promotores no reconoció su función en la promoción y participación en las actividades de vacunación, casi el mismo número de promotores desconocía que deberían enseñar a los miembros de su comunidad con que frecuencia deberían ser vacunados los niños. Más del 90% de los promotores sabían que deberían enseñar a los habitantes de sus comunidades sobre las vacunas, las enfermedades y los riesgos que tienen los niños que no están vacunados.

Casi la mitad de los promotores no tenía conocimiento de las coberturas de vacunación, y casi un cuarto no reconoció la importancia de educar al personal que participa en las actividades de vacunación. Cerca de un 15% no reconoció la importancia del correcto manejo de las vacunas y un mismo número de promotores no reconocía la importancia de la participación comunitaria en las actividades de vacunación. Casi un quinto de los promotores no podían identificar las seis enfermedades prevenibles por vacunación y cuando se les pidió que mencionaran las enfermedades que se prevenían con la BCG y la DPT, cerca de la mitad de los promotores no pudo hacerlo.

Estos resultados apuntan hacia la necesidad real que existe hacia educación básica sobre vacunación y la función de los promotores. Puede ser posible, que estos sean aspectos que no fueron enfatizados en la capacitación inicial que recibieran, o la

capacitación recibida fue hace tanto tiempo y sin ningún curso de re-adiestramiento, que los promotores ya no lo recuerdan.

En las cinco preguntas sobre los signos de las cinco enfermedades del PAI, casi un quinto de los promotores no marcó las cuatro opciones correctas. Aunque los resultados de esta sección son los más altos, todavía debe ser preocupante el hecho que tantos promotores no tengan estos conocimientos básicos. Esto también puede tener implicaciones en el reconocimiento de posibles epidemias que requieran notificaciones rápidas a los servicios de salud y la referencia de pacientes que requieran tratamiento médico inmediato.

Para que los promotores de salud ayuden a aumentar las coberturas de vacunación, es vital que ellos eduquen y convenzan a las madres que es importante que los niños y ellas mismas, cuando estén embarazadas, sean vacunados en el tiempo adecuado y con el número correcto de dosis a intervalos apropiados. Desafortunadamente, los resultados de esta sección son los más bajos y se necesita hacer un examen cuidadoso para determinar qué acciones a seguir.

Los conocimientos sobre cuándo, el número de dosis, el tiempo mínimo entre dosis de toxoide tetánico que deben recibir las mujeres embarazadas son inaceptablemente bajos. De acuerdo a los resultados de una encuesta reciente[1], el hecho que la cobertura de esta vacuna sea la menor de todas las del grupo del PAI debe hacer el aumento de la cobertura de esta vacuna una alta prioridad. Las dos versiones más recientes de las normas para capacitadores indican que la madre debe recibir dos dosis, empezando en el quinto mes de embarazo, pero un manual reciente para capacitación de personal voluntario no contiene nada sobre el toxoide tetánico y las mujeres embarazadas. El hecho que casi la mitad de los promotores entrevistados desconocieran los procedimientos mínimos esenciales del toxoide tetánico, indica claramente que existen deficiencias en las normas de capacitación y/o falta de capacitación sobre las normas actuales.

Los conocimientos de los promotores sobre cuándo deberían aplicarse la BCG, DPT, polio y sarampión también son bajos, el número de promotores que no sabían que la BCG debe aplicarse al nacer y la DPT a los dos meses es casi un cuarto de la muestra; para polio y sarampión los promotores que no sabían era entre la mitad y un tercio de los que se entrevistaron.

---

[1] En una muestra de 4,567 mujeres que dieron a luz en los últimos cinco años, solamente el 13.6% había recibido la vacuna de toxoide tetánico. El porcentaje de madres mayenses era 6.9 comparado al 18.6 para las madres ladinas. Estas cifras son de Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 1987, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, INCAP y el Institute for Resource Development/Westinghouse Health Systems.

La confusión en esta área puede deberse a los cambios en las normas. Las normas de noviembre de 1987 indicaban que la BCG debería aplicarse a los niños menores de un año, pero la versión más reciente cambió a "desde el nacimiento". En el caso de la DPT, el cambio en las normas fue de 3 meses en las anteriores a 2 meses en las actuales. Debido a que el examen fue corregido utilizando como base las normas actuales, la explicación para las calificaciones bajas puede ser que los promotores aún no habían recibido cursos de re-adiestramiento. El análisis detallado de los resultados indica que esto sólo puede aplicarse para cierto número de promotores. Como lo muestra la Gráfica 40, el número de promotores que no respondieron las preguntas sobre BCG y DPT fue de 43.6% y 24.5%, respectivamente, lo que indica que no tenían idea de las respuestas y no quisieron adivinar. También, para polio y sarampión, el número que no respondió fue mayor que el que sí proporcionó respuesta. Por lo tanto, los datos indican, bajo nivel de conocimiento de las normas anteriores, así como de las normas actuales.

Es extremadamente importante asegurar que las madres sepan cúando y cuántas veces vacunar a sus niños, no lograrlo disminuye la cobertura de la vacunación. La reciente encuesta, citada anteriormente, muestra de el porcentaje de niños vacunados con DPT y polio baja 15% de la primera a la segunda dosis, y otro 15% de la segunda a la tercera dosis. Si los promotores deben ser agentes eficientes para asegurar una cobertura adecuada de estas vacunas, es necesario que sepan el número de dosis y el tiempo entre dosis. Tanto para DPT como para polio, el número de promotores que no respondieron correctamente fue sorprendentemente alto; menos que la mitad pero más que un tercio no sabía el número correcto de dosis, y la mitad no sabía el intervalo entre dosis.

Nuevamente, existen diferencias entre las normas anteriores y las actuales en relación a los intervalos entre dosis, tanto para DPT como para polio. En las anteriores, el tiempo mínimo era de 6 semanas hasta un máximo de un año, en comparación con las actuales que indican un tiempo de 1-4 meses para la DPT y la polio. El intervalo para la polio en las normas anteriores era de 6 semanas. El porcentaje de promotores que no respondió fue mayor de 40% del 50% con respuestas equivocadas, tanto para DPT como para polio.

Un tema de desacuerdo en el círculo de Salud Pública es la indicación de cúando no vacunar al niño. Parece ser que hay acuerdo general que no se debe vacunar a un niño enfermo de gravedad, pero, ¿qué significa enfermo de gravedad? De acuerdo al Dr. Robert Northrup, director técnico de PRITECH, el criterio que debería utilizarse en una fiebre arriba de 39 grados C ó 102 grados F. En la muestra de los promotores existe mucha confusión. Aproximadamente el 40% respondió que desnutrición, diarrea, catarro o gripe eran razones para no vacunar al niño, sólo 10% no incluyó además enfermedad grave.

Debido a que tantos promotores, y con seguridad otros trabajadores en salud, utilizan estos mismos criterios para no vacunar, ¿cuántos niños no son vacunados en las actividades rutinarias del PAI y cuál es el efecto de esto en las coberturas? Teniendo en cuenta las altas tasas de desnutrición y prevalencia de diarrea e infecciones respiratorias en Guatemala, el número de niños que no son vacunados pero que debieron y pudieron haber sido vacunados sin duda es significativo; los autores no conocen la existecia de datos cuantitativos y una estimación arriesgada de 10% pareceria ser un cálculo razonable en este contexto. Los dos juegos de normas que se citan anteriormente señalan que no se debe vacunar a niños que están seriamente enfermos, pero ninguno de ellos define lo que "seriamente" significa.

Uno de los problemas más serios para que la implementación de un programa de inmunización sea exitosa es la renuencia de las madres de vacunar a sus hijos. Encuestas recientes han demostrado una diversidad de razones, pero la más común es el temor a las reacciones adversas y la posibilidad de adquirir la enfermedad que la vacuna supuestamente debe prevenir. La función del promotor, por lo tanto, es sumamente importante para informar a la madre sobre las vacunas y lo que puede hacer cuando el niño tiene una reacción adversa, indicarle que puede bañar a su hijo en cualquier momento antes y después de la vacunación, y en el caso de la vacuna oral contra la polio, darle instrucciones respecto al período de tiempo que debe esperar antes de amamantar o alimentar a su hijo.

En general, los signos de reacciones adversas eran bien conocidos, salvo por la sensación generalizada de cansancio y pérdida de apetito. Existen problemas en relación con la dosis de aspirinitas que debe darse al niño por reacciones febriles. Más de tres cuartas partes de los interrogados dijo que debería darse una aspirinita cada cuatro horas en lugar de cada 6-8 horas como lo dictan las normas actuales. Este es quizás el mejor ejemplo de la persistencia de la norma antigua de 4 horas, según fue demostrado por igual número de promotores que marcaron incorrectamente la norma antigua y no pudieron reconocer la nueva; casi todos los promotores incluídos en la muestra dieron respuesta a esta pregunta.

Existen aún malos entendidos de consideración alrededor de la práctica adecuada relacionada con el baño antes y después de la vacunación. Casi la mitad de los promotores ignoraba que no es necesario observar precauciones en este sentido. Sería útil corregir esta creencia para convencer a las madres que las vacunas en realidad no son nada fuera de lo normal y que no tienen que hacer nada especial.

Al presentárseles cuatro razones válidas para llevar a un niño recién vacunado al servicio de salud, 10-25% de los promotores no pudo reconocerlas. Es preciso que se preste más énfasis a la capacitación, la supervisión, las reuniones mensuales y los materiales de referencia. Debe tenerse en mente que un número minúsculo de reacciones pueden ser fatales, pero la noticia de un

acontecimiento tal puede regarse con mucha rapidez. La publicidad adversa puede y en realidad da lugar a que muchas familias dispongan no correr el riesgo con sus hijos.

D. Recomendaciones

Se considera que la dirección y administración del Proyecto PAI/TRO debería reconsiderar la función que desempeña el promotor de salud como parte de las actividades programadas. Los programas de capacitación, materiales de referencia y apoyo institucional que reciben los promotores actualmente son inadecuados en cuanto a esfuerzos y compromisos financieros. Los autores creen que para que los promotores reciban apoyo continuo del proyecto, se debe asignar una mayor proporción del presupuesto a la capacitación, suministro y supervisión de promotores. Si la elección es no incrementar esfuerzos con promotores, quizás sería financieramente más aconsejable dejar la capacitación de promotores y comprometer los fondos en otras actividades del proyecto tales como el mantenimiento de la cadena de frío, la producción de SRO, o la promoción a través de los medios de comunicación masiva.

Estudios realizados en otros países[2] durante mucho tiempo han establecido la potencial efectividad del trabajador voluntario de la comunidad para implementar actividades de TRO y PAI. El factor más importantes en estos primeros estudios fue la cuidadosa selección, capacitación, suministro, y supervisión de trabajadores comunitarios. Si se carece de la integración y continuidad que implican estas actividades, el impacto beneficioso que los voluntarios pueden ejercer sobre el comportamiento de las madres, es mínimo.

Suponiendo que los promotores voluntarios continuarán desempeñando una función importante para implementar las actividades del proyecto y como consecuencia de los hallazgos, deseamos presentar las siguientes recomendaciones:

1. Deben establecerse las funciones y responsabilidades específicas de los promotores para las actividades de TRO y PAI. La prioridad que se asigne a las funciones deberá relacionarse con todas las demás actividades necesarias para determinar si el promotor puede cumplirlas efectivamente. Es preciso prestar atención a limitar las actividades a la

---

[2] Informe del Programa de Rehidratación Oral de Bangladesh, J. Chakraborty, ICDRR 1980; Tratamiento en el Hogar del Niño con Diarrea en Aldeas de Punjab, Kielman y McCord, Johns Hopkins 1977, Efectos Beneficiosos de las Soluciones de Azúcar-Electrolitos en el Tratamiento de la Diarrea Infantil -- Estudios en Siete Comunidades Rurales (Filipinas), Grupo Internacional de Estudio, Grupo de Salud Pública de John Snow, 1977.

obtención de objetivos prácticos que puedan alcanzarse sin interferir con los medios de vida de los promotores.

2. La capacitación de los promotores debe ser objeto de revisión para dar más énfasis a experiencia práctica y actividades preventivas. Los manuales de capacitación deberán ser re-diseñados y actualizados para que en ellos se reflejen las normas actuales. Además, todos los instructores deben entender claramente todas las normas y procedimientos actuales.

3. Es preciso que se dé consideración a sostener sesiones de adiestramiento en el idioma materno de los promotores, en ciertas regiones lingüísticas. De esta manera, el promotor podrá entender mejor las funciones que debe desempeñar y al mismo tiempo podrá ofrecer explicaciones más claras a los padres de familia que no hablan español.

4. Deben diseñarse nuevos materiales de referencia y actualizar las normas adecuadamente, y distribuirlas entre todos los promotores activos. La elaboración de una carta informativa para los promotores, aunque costosa, podría ofrecer un medio adicional para comunicar los procedimientos y serviría como un vínculo con el Ministerio de Salud.

5. La reunión mensual de los promotores a nivel de distrito deberá llevarse a cabo con todos los promotores que se encuentran involucrados en las actividades del proyecto. El personal del Ministerio de Salud que organice las reuniones deberá ser capaz de conducir las sesiones de manera interactiva y productiva para fortalecer temas específicos sobre procedimientos y normas. Por ejemplo, cada mes se podría enfatizar un tema o aspecto diferente de TRO/PAI en forma de cursos de refuerzo estructurados y segmentados. Este también sería el momento apropiado para distribuir y discutir el contenido de la carta informativa que se propone y/o de la actualización de normas.

6. Aunque admitimos que bajo las condiciones económicas actuales el Ministerio de Salud se encuentra imposibilitado de pagar una "remuneración" a los promotores, éstos deberían recibir una suma adecuada de viáticos para cubrir los gastos en que incurran cuando asisten a las sesiones de capacitación, cursos de refuerzo y reuniones mensuales. El incremento en el costo de vida de Guatemala podría inferir una carga indebida para los promotores si ellos tienen que pagar su propio pasaje; muchas personas potencialmente buenas y dedicadas sencillamente no podrían recibir la capacitación.

7. A partir de nuestras entrevistas y grupo de enfoque con las madres de familia, sugerimos que el Ministerio de Salud investigue la posibilidad de implementar metodologías educativas complementarias para apoyar los esfuerzos actuales de capacitación. El uso de técnicas de "mercadeo

social" podría ser una alternativa efectiva. Muchos de los mensajes educativos que deben ser transmitidos se prestan a que sean acompañados por melodías musicales. Se podrían componer canciones cortas o "jingles" para traer ideas a la memoria de los miembros de la comunidad al igual que de los promotores y personal del Ministerio de Salud. Dado el gran talento musical con que cuenta el país, no debería ser difícil identificar a un grupo o a una persona que pueda componer temas musicales con atractivo popular --o quizás se podria auspiciar algún tipo de concurso nacional.

8. Dado lo inaccesible de innumerables y pequeñísimas comunidades en Guatemala, quizás valdría la pena tener cierta comunicación con las redes que llegan hasta ellas. Las empresas embotelladoras, por ejemplo, cuentan con extensos sistemas de distribución. Muchas de estas empresas auspician concursos regularmente que se basan en las "tapitas" usadas. Si se pudiera convencer a estas empresas para que usaran una estrategia similar para transmitir mensajes de salud, sin duda el impacto sería significativo. Los alimentos para refrigerios y los cereales también gozan de amplia distribución, y con frecuencia, el empaque de estos productos lleva impresos juegos o mensajes educativos.

9. De acuerdo con los informes que se han recibido, los vecinos de San Lorenzo, San Marcos, demostraron un nivel significativamente más alto de conocimientos al comparárseles con los de otras comunidades, especialmente en relación con el PAI --más altos, en realidad, que los mismos promotores. El uso de la estrategia de canalización y el haber pintado mensajes de salud sobre las paredes de las viviendas en todo el departamento, podría ser parte de la explicación. Quizás sería adecuado para obtener información, investigar cuáles son los demás factores que podrían estar contribuyendo a esta situación, y estudiar la aplicabilidad de los mismos en otras comunidades.

10. También se recomienda que se realice una investigación operativa adicional sobre el tiempo que tanto promotores como madres de familia invierten en la administración de SRO. Esto es especialmente importante para determinar cuántas familias pueden ser cubiertas por un promotor a fin de asegurar que las madres cumplan con el uso de TRO. Tomando en cuenta la variación estacional que sufren las tasas de diarrea, debería ser posible estimar el número de niños en una población que padecen diarrea en cierta época. El número de promotores por casos probables se debería ajustar, entonces, para que se encuentre dentro de los límites prácticos del tiempo que se requiere para instruir y demostrar el uso correcto de TRO.

11. Deben realizarse más estudios etnográficos de caso para investigar la efectividad de la capacitación, re-adiestramiento, y la difusión de las nuevas normas debe llevarse a cabo por la Unidad de Investigación de la

División de Recursos Humanos del MSPAS. Personal de esta Unidad estuvo involucrado en el presente estudio y fue adiestrado en el uso de metodologías cualitativas. Estos participantes demostraron buenas habilidades para la observación y con mayor adiestramiento podrían participar en todas las actividades de investigación del proyecto; con experiencia adecuada, la Unidad podría diseñar y realizar la recolección y análisis de información.

II. INTRODUCCION

A. Antecedentes y Objetivos

El Proyecto de Inmunización y Rehidratación Oral para Supervivencia Infantil empezó oficialmente en agosto de 1985, como un programa ampliado de inmunizaciones para niños menores de cinco años y mujeres embarazadas que viven fuera del Departamento de Guatemala. El objetivo fundamental radica en incrementar hasta un 80% la cobertura de las vacunas BCG, polio, DPT y sarampión. En julio de 1986, el proyecto fue objeto de enmiendas mediante las cuales se agregó la Terapia de Rehidratación Oral (TRO) a las actividades originales de inmunización, y, al mismo tiempo, se establecieron objetivos adicionales para incrementar al 80% el uso de TRO para el tratamiento de enfermedades diarréicas agudas.

Las actividades del Proyecto, cuya base es la comunidad, se han desarrollado conforme a las experiencias obtenidas en el área rural durante los últimos 15 años. Uno de los logros más importantes durante la década de 1970 fue la capacitación de un gran número de Técnicos en Salud Rural o TSR. Los TSR fueron capacitados durante dos años aplicando un curriculum novedoso que incorpora un conjunto de actividades curativas, preventivas y de desarrollo comunitario; otorgando especial énfasis a las dos últimas. Los TSR deberían trabajar a nivel local en las comunidades, y una de sus tareas más importantes era la de ayudar a seleccionar y capacitar a voluntarios de la comunidad o promotores de salud. Como resultado de los esfuerzos invertidos a partir de la década de 1970, existe una amplia red de promotores que han trabajado durante diversos periodos de tiempo, y muchos de ellos continúan prestando servicios de atención primaria en salud en sus comunidades.

Dos proyectos de investigación llevados a cabo en Baja Verapaz y El Progreso han rendido muchos datos sobre la mejor manera de prestar servicios de salud a nivel de comunidad. Uno de ellos, el Proyecto de Investigación sobre el Adiestramiento de Promotores de Salud Rural (PRINAPS), capacitó y utilizó a 400 promotores para prestar atención primaria en salud y vender medicinas por una utilidad nominal. El otro, conocido como el Proyecto para el Sistema Integrado de Nutrición y Atención

Primaria en Salud (SINAPS), fue diseñado para fortalecer la atención comunitaria en salud mediante el mejoramiento de los sistemas de apoyo y fortalecimiento de vínculos con servicios los fijos, Centros y Puestos de Salud. Estas experiencias sirvieron para convencer a AID y al Ministerio de Salud que el desarrollo de la participación comunitaria a través de promotores voluntarios era posiblemente la mejor manera para ampliar y mejorar la prestación de servicios de salud.

En 1980, con base en los resultados de estos estudios, el Ministerio de Salud y AID decidieron implementar un proyecto piloto en el altiplano (San Marcos, Totonicapán y Sololá) conocido como el Sistema Comunitario Integrado de Salud y Nutrición (SCISN) que consta de tres componentes básicos -- atención primaria en salud, saneamiento ambiental y sistemas de apoyo. El proyecto continúa en la actualidad, pero sólo en lo referente al componente de saneamiento ambiental. Buena parte del personal del Ministerio de Salud de los tres proyectos, especialmente del SCISN, trabajan actualmente en el Proyecto de Inmunización/TRO.

Las evaluaciones del SCISN demostraron que la estrategia rendía buenos resultados, pero las condiciones políticas que prevalecían en el altiplano a principios de la década de 1980 no eran favorables para implementar el proyecto. Sin embargo, la participación comunitaria para apoyar el proyecto fue excelente. La principal lección que se derivó fue que en el futuro el diseño de los proyectos debe ser sencillo, y con un campo de actividades claramente definidas. Asimismo, también debe tomarse en cuenta la responsabilidad administrativa al igual que la capacidad gerencial a todos los niveles del sistema de salud pública.[3]

Durante los últimos dos años se realizaron estudios para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas tanto de madres de familia como de los proveedores de atención en salud sobre inmunización y enfermedades diarréicas. En primer lugar, se hizo una encuesta nacional que incluyó a más de 9,000 familias y, en segundo lugar, se realizó un estudio detallado de 303 médicos, enfermeras y personal auxiliar. Estos estudios proporcionaron mucha de la información que se utiliza para diseñar los curricula de capacitación para personal del Ministerio de Salud y para planificar las estrategias promocionales.

En casi todas las regiones, el personal de los Distritos y de las Areas de Salud ha recibido adiestramiento sobre los procedimientos de canalización, PAI y TRO. Además, en algunas Areas y Distritos también se han sostenido sesiones de

---

[3] La información histórica de los proyectos y de su impacto se deriva de la Actualización de 1987 de la Evaluación del Sector de Salud de 1986, y del Estudio de la Continuidad de Proyectos de Salud en Guatemala con Financiamiento del Gobierno de los EE.UU.

capacitación para adiestrar a parte de los 7,650[4] promotores y voluntarios que participan actualmente en las actividades del proyecto o que lo harán en el futuro. En las Areas y Distritos restantes se tiene planificado completar todos los niveles de capacitación durante los dos primeros trimestres de 1989.

En el proceso de observación de la capacitación y mediante conversaciones sostenidas con personal local del Ministerio de Salud durante los meses de junio, julio y agosto de 1987 y enero de 1988, se hizo evidente que existe consenso respecto al valor y función de importancia vital que desempeñan los promotores voluntarios de salud para ampliar la cobertura de la inmunización, promover TRO y, principalmente, convencer a las madres para que administren SRO a sus niños. Aparte de estos sentimientos básicos, pocos tenían idea alguna de lo que en realidad estaba enseñándose y lográndose a nivel comunitario.

Este estudio ha sido diseñado para desarrollar una metodología y adiestrar al personal del Ministerio de Salud respecto a los procedimientos adecuados para recopilar datos sobre la efectividad de los promotores de salud rural, el valor y la suficiencia de su adiestramiento, así como para identificar los problemas que surgen a nivel comunitario. La estrategia empleada tuvo dos fases, utilizando pruebas cuantitativas formales sobre los conocimientos de los promotores, en combinación con observaciones etnográficas y mediciones cualitativas de las intervenciones técnicas con madres y niños.

B. Diseño y Metodología del Estudio

Los datos requeridos para los ocho estudios de caso que se presentan en este informe fueron recopilados por cuatro equipos de observadores que permanecieron en cada comunidad alrededor de una semana. Se empleó una metodología etnográfica y cualitativa, diseñada para obtener información sobre el comportamiento, actitudes y problemas que realmente se encuentran a nivel local. Buena parte de la información se obtuvo a través de entrevistas abiertas y utilizando listas de verificación de observaciones.

Este estudio tenía por objeto examinar el contenido de los cursos de capacitación que se imparten a los promotores, la función que los promotores desempeñan en actividades específicas relacionadas con inmunización y TRO, por lo menos en tres comunidades, la actitud de las madres en las comunidades seleccionadas respecto a las intervenciones del PAI/TRO, y la opinión de las madres de familia sobre el trabajo que desarrollan los promotores en sus comunidades.

---

[4] No está claro cuántos promotores están activos en Guatemala actualmente; el Proyecto Original de PAI reportó 7,650, mientras que la Enmienda de Rehidratación Oral reportó 5,400. Los autores consideran que no se conoce con seguridad cuántos promotores están trabajando actualmente en Guatemala.

El propósito no fue investigar una muestra estadísticamente representativa de promotores de salud de Guatemala, sino más bien recopilar datos sobre diversos grupos de promotores, en un período de tiempo más largo que el que permiten las encuestas. Para poder incluir la diversidad económica, social, geográfica y lingüística de Guatemala, se decidió llevar a cabo ocho estudios de caso en distintas comunidades; específicamente, dos comunidades por Distrito en cuatro Areas de Salud.

Los criterios empleados para seleccionar las Areas de Salud fueron intencionales a fin de garantizar la diversidad necesaria. Se deseaba incluir comunidades indígenas (tanto monolígües como bilingües), al igual que comunidades de ladinos; comunidades que tienen fácil acceso a los servicios que presta el Ministerio de Salud, así como las que se encuentran más distantes; y se deseaba incluir a promotores recientemente adiestrados así como aquellos que no habían recibido ningún tipo de capacitación durante los dos últimos años o más.

Empleando la etnicidad y lenguaje como criterios, se eligieron las Areas de Salud de Alta Verapaz, Quiché, San Marcos y Escuintla. En cada una, se consultó con el personal local para averiguar cuándo se había impartido capacitación en cada uno de los Distritos y solicitamos sugerencias en cuanto a los Distritos que, en su opinión, deberían incluirse en el estudio. En cada uno de los Distritos seleccionados se elaboraron dos listados de comunidades --uno para las comunidades más próximas y otro para las más distantes. Luego, a partir de cada listado, y al azar, se eligieron las comunidades para el estudio.

Comunidades Incluídas en el Estudio

Area de Salud	Distrito	Comunidad	Distancia al Puesto de Salud	Idioma	Fecha de última Capacitac.
Alta Verapaz	S. Pedro Carchá	Chilatz	5 Km.	Kekchí	Mayo 1988
		Sto. Domingo	30 Km.	Kekchí	Mayo 1988
El Quiché	Sacapulas	Pasaúl Central	4 Km.	Bilingüe	1980
		Río Blanco	< 1 Km.	Bilingüe	1980
San Marcos	San Lorenzo	Santa Rosa	< 1 Km.	Bilingüe	1987
		El Porvenir	1.5 Km.	Bilingüe	1987
Escuintla	S. Lucía Cotz.	Las Cruces	25 Km.	Español	Ago. 1988
		Belice	33 Km.	Español	Ago. 1988

Los estudios de caso fueron realizados por ocho equipos de dos a cinco observadores; cada uno de ellos encabezado por personal de PRITECH o de la DGSS/Recursos Humanos del Ministerio de Salud. Los líderes de cada equipo fueron asistidos por personal de cada una de las Areas y Distritos de Salud locales.

Al finalizar cada una de las investigaciones de campo, los equipos se reunieron con personal interesado de las áreas y distritos, para discutir los hallazgos e implicaciones para las actividades locales de planificación, supervisión y seguimiento.

Además de hacer observaciones en la comunidad, se diseñaron exámenes escritos para medir los conocimientos de los promotores sobre conceptos y procedimientos básicos de inmunización, enfermedades diarréicas y rehidratación oral. Los exámenes fueron administrados a los promotores en las comunidades del estudio, y a la mayoría de los demás promotores que se encontraban en cada uno de los cuatro Distritos de Salud. Un total de 184 promotores fueron sometidos a los exámenes, y los resultados se presentan en el Capítulo IV. Es preciso señalar que los exámenes no tenían la intención de ser representativos de los promotores de salud en general, sino más bien fueron diseñados para complementar y ayudar en la interpretación de los estudios etnográficos de caso.

III. INVESTIGACIONES DE CAMPO

Se llevaron a cabo estudios de caso en ocho comunidades rurales de cuatro distritos de salud del país para tratar de establecer si la estrategia de capacitación tipo "cascada" que utiliza el Ministerio de Salud para TRO y PAI ha sido efectiva para llegar hasta el nivel comunitario. El enfoque principal de este estudio consistió en evaluar el nivel de conocimientos que tienen los promotores de salud rural en estas dos áreas programáticas, y la efectividad de los mismos para servir como eslabones vitales de la red de comunicaciones entre los servicios de salud del distrito y la comunidad.

Para realizar las investigaciones de campo, los equipos de estudio permanecieron una semana en cada una de las comunidades seleccionadas. En cada equipo se contó cuando menos con un miembro del distrito o área de salud del Ministerio de Salud. Los datos se obtuvieron mediante varias técnicas etnográficas de estudio, incluyendo observación de los participantes, entrevistas individuales, discusiones de grupo y revisión de archivos, para poder obtener información sobre las actitudes y prácticas locales en cuanto a TRO y PAI. Además, se aplicaron exámenes escritos para establecer el nivel de conocimientos que tienen los promotores de salud rural sobre ambas áreas programáticas.

Los resultados de la investigación de campo se presentan en esta sección, empezando con una breve descripción de las ocho comunidades del estudio. Luego se discuten los hallazgos de los equipos respecto a temas de apoyo institucional para el promotor de salud rural; expectativas y relaciones entre los promotores, sus comunidades y el personal de salud local, y las actividades que se desarrollan en la actualidad; conocimientos, actitudes y prácticas de los miembros de la comunidad en cuanto a inmunizaciones y manejo de enfermedades diarréicas; y opiniones sobre la efectividad del promotor en salud rural, tanto desde su propia perspectiva como desde el punto de vista de la comunidad y del personal de salud del distrito. Los resultados de los exámenes escritos se presentan en los dos capítulos siguientes.

A. Las Comunidades del Estudio

1. Sacapulas, El Quiché

La municipalidad de Sacapulas se encuentra a 206 kilómetros al noroeste de la ciudad de Guatemala, y a 50 kilómetros, casi dos horas de camino, al norte de Santa Cruz del Quiché, cabecera departamental. A pesar de que El Quiché es famoso por sus espectaculares montañas (se encuentra a unos 3,700 pies sobre el nivel del mar), esta región del departamento es relativamente baja y plana; el clima es caluroso. Los productos que se cultivan en el área son principalmente: maíz, frijol, maní, cítricos, caña de azúcar y un poco de café en las partes más

altas. Debido a la sequía del año anterior, buena parte de la población sufrió pérdidas considerables en sus cosechas.

Pasaúl Central es un caserío de 4 kilómetros cuadrados de extensión, con una población de 555 habitantes, localizada a 13 kilómetros al oeste de Sacapulas en una de las secciones más montañosas del municipio. Aunque se desconoce la fecha exacta de su fundación, se cree que los primeros pobladores llegaron en 1788. Toda la población se clasifica como indígena; alrededor del 70% es bilingüe (Quiché/Español). La mitad de los hombres y aproximadamente tres cuartas partes de las mujeres son analfabetas. La única escuela que existe ofrece clases hasta el cuarto grado. Noventa por ciento de la población es Católica y 10% es Evangélica; se considera que las relaciones entre los feligreses de las dos religiones son "muy distantes."

Noventa y cinco por ciento de los habitantes son minifundistas que desarrollan actividades agrícolas de subsistencia. Es costumbre común celebrar una misa al principio de la estación de siembra para bendecir los cultivos y obtener altos rendimientos. No hay ninguna industria local. El ingreso per cápita asciende en promedio a unos Q2.5 por día (menos de US$1.00). Alrededor del 10% de la población emigra a las plantaciones de la costa sur durante las estaciones de siembra y cosecha cada año, en busca de trabajo para complementar sus escasos ingresos.

En Pasaúl hay una escasez casi total de servicios públicos: no hay carretera, ni sistema de agua potable, ni electricidad, ni sistema de comunicaciones, ni servicios de salud. El medio de transporte público más cercano se encuentra 4 kilómetros montaña abajo, en Río Blanco, en donde se pueden abordar autobuses para ir a Sacapulas y otros lugares de occidente. El alcalde auxiliar se encarga de llevar y traer el correo a la cabecera municipal una vez por semana. No hay ni una sola institución --pública o privada-- que trabaje en esta comunidad. La única fuente de asistencia para el desarrollo con que cuenta el caserío procede de sus 6 promotores de salud rural y 4 comadronas capacitadas por el Ministerio de Salud.

La aldea de **Río Blanco** ocupa un área de 6 kms. cuadrados y tiene una población estimada de 4,110 habitantes, incluyendo la de sus seis caseríos. Esta población también es predominantemente indígena (90% bilingüe), y la mayoría de las mujeres continúan usando su traje tradicional. En la aldea hay dos escuelas que ofrecen clases hasta el séptimo grado (primaria y primer año de básico). Noventa y ocho por ciento de la población es Católica.

Al igual que en otras localidades del municipio, la mayoría de la población se dedica a la agricultura, y una minoría a las artesanías. La tasa de migración estacional se ha ido reduciendo establemente durante los últimos cuatro años desde que DIGESA (Ministerio de Agricultura) instalara un sistema de irrigación. El incremento resultante en la producción ha convertido a Río Blanco en un centro económico importante del municipio.

Localizado a un costado del camino de terracería que conduce hacia el Departamento de Huehuetenango al oeste, los residentes tienen fácil acceso al servicio de autobuses y vehículos privados que transitan de y hacia Sacapulas que se encuentra 9 kilómetros al este, facilitándose así la comercialización de los productos de la localidad. Los servicios de electricidad y el sistema de agua potable llegan hasta algunas secciones de la aldea. Se cuenta con conexión telefónica a la cabecera municipal, y se dispone de servicio de correo de y hacia la aldea dos veces por semana. Cinco agencias públicas, religiosas e internacionales prestan servicios de extensión agrícola, reforestación, alimentación complementaria y otros servicios de desarrollo, incluyendo la reciente formación de una cooperativa de mujeres que trabaja una panadería. Además, Río Blanco tiene su propio puesto de salud del Ministerio de Salud, que cuenta con una enfermera auxiliar, 5 promotores de salud rural y 3 comadronas capacitadas.

2. San Lorenzo, San Marcos

La municipalidad de San Lorenzo se encuentra a unos 275 kms al oeste de la ciudad de Guatemala, y a una distancia de 25 kilómetros de la cabecera departamental de San Marcos, sobre un camino de terracería que puede ser transitado todo el año, pero con dificultades en la estación de lluvias. A una altura de más de 8,000 pies sobre el nivel del mar, el clima es frío, y la topografía es típica del altiplano occidental del país. Los principales cultivos incluyen maíz, frijol, trigo y papa. Según datos del censo de 1987, el municipio tiene una población de 7,015 habitantes.

La aldea de **Santa Rosa** ocupa un área de 10 kilómetros cuadrados, incluyendo sus tres caseríos, y es responsable del 35% de la población de San Lorenzo. Ochenta y cinco por ciento de sus residentes son ladinos que hablan español y el 20% restante son indígenas bilingües que hablan Mam y Español. Entre la población ladina, 90% de los hombres y 85% de las mujeres saben leer y escribir: la tasa de analfabetismo es bastante más alta entre los indígenas. Se cuenta con una escuela primaria (1o. a 6to. grados), y en 1988 se empezaron a impartir clases nocturnas para grados superiores. Las clases de alfabetización también son impartidas por un promotor del Ministerio de Educación. Cincuenta y cinco por ciento de la población es Católica, y el 45% restante es Evangélica; las relaciones entre las religiones aparentemente son armoniosas.

La agricultura constituye la base económica de esta comunidad. Las famosas "trancas de mayo", durante las cuales se preparan tamales rellenos con frijol, representan una costumbre que se practica por creerse que ayuda a aportar abundantes cosechas y a evitar el hambre. Noventa porciento de los pobladores son minifundistas que devengan en un ingreso promedio de Q90 al mes (alrededor de US$33.33) -- suma que se considera adecuada para cubrir las necesidades básicas. La gran mayoría de la población

de los caseríos, sin embargo, se ve obligada a emigrar a la región cafetalera en las costas del departamento o a Chiapas, México, de agosto a noviembre de cada año, para complementar sus ingresos.

Debido a la falta de transporte público en Santa Rosa, para llegar hasta San Lorenzo los residentes deben caminar o ir a caballo. El servicio de agua potable con conexion intradomiciliar llega al 80 por ciento de la población. No hay electricidad. El correo es llevado y traído de la cabecera municipal por alcaldes auxiliares y hay conexión telefónica con la aldea. El programa Alimentos por Trabajo de CRS/Cáritas brinda asistencia para el desarrollo, la cual también es ofrecida por representantes de agencias gubernamentales que visitan la aldea periódicamente. La comunidad tiene también su propio puesto de salud, el cual cuenta con una enfermera auxiliar, 6 promotores de salud rural, un "colaborador voluntario" y 6 comadronas capacitadas.

La aldea de **El Porvenir Talquichó** tiene un área de 4 kilómetros cuadrados y una población de 1,173 habitantes -- o sea el 17% de la población de San Lorenzo. Cincuenta y cinco por ciento de los residentes son ladinos que hablan español; el 45% restante son indígenas bilingües que hablan Mam. Noventa por ciento de los hombres y 60% de las mujeres saben leer y escribir; aquí también las tasas de analfabetismo son más altas entre la población indígena. La única escuela de la localidad ofrece clases durante la mañana hasta el sexto grado; las instalaciones de la escuela se utilizan para clases de alfabetización de adultos en las tardes. Noventa y tres por ciento de la población es Católica y 7% es Evangélica. Los miembros y los líderes de la comunidad señalaron, en el transcurso de las entrevistas, que la religión no representa una barrera para el logro de metas en común.

La mayoría de los residentes son minifundistas que se dedican a la agricultura y ganadería. El principal cultivo es el trigo y los rendimientos han incrementado significativamente durante los últimos años con la introducción de técnicas mejoradas de cultivo y el uso de fertilizantes. La mayoría de las mujeres se dedican a actividades domésticas y elaboran tejidos hechos a mano los cuales son muy populares en toda la región. El ingreso promedio per cápita se estima en Q90 al mes (alrededor de US$33.33). Una pequeña minoría (10%) complementa sus bajos ingresos emigrando durante la cosecha de café, de agosto a noviembre, y retornando a tiempo para cultivar su propia cosecha de maíz.

Tres líneas de autobuses privados ofrecen transporte hacia la municipalidad vecina de Comitancillo y partes de San Lorenzo. El servicio telefónico, telegráfico y de correos más cercano se encuentra en una aldea a 2 kms. de distancia. Aunque actualmente en la comunidad no hay electricidad, ya se hicieron los estudios de factibilidad necesarios y la instalación de las líneas deberá realizarse en el futuro cercano. Todas las viviendas cuentan con agua potable desde 1976.

El Ministerio de Desarrollo ha trabajado en Talquichó durante 12 años, ofreciendo servicios de salud y agrícolas y apoyando a los artesanos de la localidad. DIGESA (Ministerio de Agricultura) ha prestado servicios de extensión agrícola durante 15 años. El servicio de salud más cercano se encuentra en el Centro de Salud en San Lorenzo, a 1.6 kms. de distancia. La comunidad cuenta con 6 promotores de salud rural y 3 comadronas capacitadas.

3. San Pedro Carchá, Alta Verapaz

La municipalidad de San Pedro Carchá se encuentra a 217 kilómetros al norte de la ciudad de Guatemala, y a 6 kilómetros de Cobán, la cabecera departamental. El distrito de salud de Carchá cubre una población de más de 60,000 habitantes, de los cuales el 96% son indígenas de habla Kekchí. La aldea en sí, cuenta con una población de 4,465 habitantes, sirve como centro de trueque para esta gran municipalidad, en la que las fincas de café y ganado representan la fuente principal de empleo.

La aldea de **Esperanza Chilatz** en la actualidad tiene una población total de 650 habitantes, casi el doble de la población que tenía tres años atrás. Los habitantes más ancianos señalan que la aldea fue fundada en 1854, pero se podría decir que la comunidad actual se estableció en 1982, cuando el propietario de la finca en donde se encuentra, vendió pequeñas parcelas a las personas interesadas que vivían alrededor del área. Hoy día, Chilatz es un asentamiento muy disperso que ocupa unos 3 kilómetros cuadrados de terreno montañoso y rocoso, a unos 3,000 pies sobre el nivel del mar. Un sendero escabroso conecta la aldea con Carchá, a unas dos horas de distancia a pie. Chilatz en realidad está más cerca y más accesible a Cobán, que se encuentra 9 kilómetros al suroeste sobre un camino de terracería que corre a 2 kilómetros de la aldea.

Al igual que en otros lugares de la municipalidad, la población se compone casi completamente de indígenas monolingües de habla Kekchí, y muy pocos son bilingües o alfabetos. Las mujeres continúan usando una adaptación de los hüipiles estilo Cobán. La producción, a pequeña escala de maíz, frijol y un poco de café y cardamomo ofrece un medio de vida marginal a estas personas. La mayoría de los residentes se ven obligados a emigrar, con frecuencia por largos períodos de tiempo, para buscar un medio complementario a sus escasos ingresos.

La "Unidad de Desarrollo Rural Integrado" (UDRI) --proyecto conjunto de los Ministerios de Salud, Educación y Agricultura -- sirve como punto focal para los esfuerzos de desarrollo en la aldea. Casi todas las decisiones a nivel comunitario son hechas por el comité de la UDRI. Los miembros promueven activamente proyectos locales de salud y agricultura, incluyendo la instalación de letrinas, la organización de una cooperativa de cardamomeros, y la construcción de un acueducto y del camino para conectar la aldea con la carretera que conduce a Cobán. El comité también tuvo la responsabilidad de nombrar a los primeros

dos promotores de salud rural que se encargan de la pequeña clínica de la UDRI, la cual se encuentra abierta dos horas al día, excepto los domingos.

La comunidad en la actualidad cuenta con tres promotores de salud que comparten sus responsabilidades en la clínica; uno de ellos sale de la aldea cada mes en busca de trabajo asalariado, en tanto que los otros dos se alternan atendiendo a los pacientes y haciendo visitas domiciliares. Uno de los promotores originales se encuentra inactivo -- decidió "desertar" para trabajar como promotor con el Ministerio de Agricultura que paga a sus voluntarios una pequeña remuneración.

Santo Domingo Secaj se encuentra en la cumbre de una de las montañas más altas de San Pedro Carchá. Se puede llegar a esta aldea por una ruta que consiste en un sendero de 30 kilómetros que deben ser recorridos a pie o por un camino escabroso de 46 kilómetros hasta la municipalidad de Tamahú, y luego recorriendo 8 kilómetros montaña arriba a pie (unas 3 1/2 horas para la segunda parte del viaje). Esta diminuta y aislada comunidad cuenta en total con 615 habitantes.

Debido al clima frío y suelos muy pobres, la producción agrícola es muy baja, pero aún así constituye la fuente principal de ingresos para los residentes, que deben recorrer una larga y difícil jornada hasta Tamahú o aldeas vecinas para vender su maíz, frijol o tomate. Al igual que Chilatz, Santo Domingo tiene una UDRI que sirve también como centro para los esfuerzos de desarrollo. El edificio consiste en una sala para reuniones comunitarias, un aula y una pequeña clínica de salud con equipo y medicinas básicas, el cual está a cargo de dos promotores de salud rural de la aldea.

En la comunidad no existe comadrona "oficial" ya que el nacimiento de un niño se considera como asunto familiar, y son las madres, parientes femeninas e incluso los cónyuges o padres quienes atienden el parto. Alrededor de la mitad de la población tiene acceso a agua potable. La única escuela que existe en la localidad ofrece clases hasta el tercer grado.

4. Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla

La municipalidad de Santa Lucía Cotzumalguapa se encuentra sobre la carretera a la costa sur, a 88 kilómetros al suroeste de la ciudad de Guatemala y a 33 kilómetros de la cabecera departamental de Escuintla. La producción de caña de azúcar y de algodón ofrecen buenos ingresos a los propietarios de las grandes plantaciones de esta región.

La aldea de **Las Cruces Esfuerzo de Cerezo** fue fundada el 22 de diciembre de 1987. El terreno anteriormente fue una finca, cuyo propietario no pudo cumplir con las amortizaciones bancarias. El gobierno expropió la tierra, la dividió en 140 parcelas familiares y empezó a distribuirlas entre los campesinos

necesitados de la porción sur del país, desde San Marcos hasta Jutiapa. Sesenta y cuatro parcelas se habían entregado cuando se realizó el estudio de campo a mediados de septiembre de 1988. La comunidad fue nombrada en honor del principal organizador y presidente del Comité Pro-Desarrollo de la aldea, Sr. Alfonso Cruz Vivas, y del Presidente de la República, Marco Vinicio Cerezo Arévalo.

El único camino de acceso que llega hasta la aldea empieza cerca de las oficinas del Area de Salud en Escuintla y se dirige hacia el norte a lo largo de la vieja carretera que conduce hacia Antigua Guatemala, del departamento de Sacatepéquez. Estos primeros 10 kilómetros están pavimentados. Luego, un camino de tierra se dirige hacia el oeste otros 15 kilómetros. Este camino con frecuencia es intransitable durante la estación lluviosa, ya que las lluvias acumuladas al norte corren montaña abajo hacia la costa sur, inundando las márgenes de diversos ríos que deben atravesarse sobre el camino que conduce a Las Cruces.

Debido al reciente establecimiento de la comunidad, aún no ha habido ninguna cosecha. Se espera cultivar maíz, frijol, café y legumbres en este cálido clima costero. Mientras tanto, la mayoría de los agricultores tienen que trabajar en las fincas de los alrededores hasta que sus propias parcelas empiecen a producir. La única escuela de la comunidad empezó a funcionar en una casa privada a principios de junio de de 1988 y ofrece clases hasta el tercer grado. No se ha instalado aún, sistema alguno de agua potable. La religión que predomina es la Evangélica y, aunque los residentes proceden de varios departamentos, el idioma de la comunidad es el Español.

Los servicios de salud más cercanos incluyen un puesto de salud en una aldea vecina y el centro de salud y hospital en Escuintla. Actualmente la comunidad cuenta con 8 promotores de salud rural recién adiestrados y 3 comadronas. Además, desde su fundación, la aldea regularmente recibe a representantes de diversas agencias gubernamentales de desarrollo que la visitan alrededor de dos veces por mes.

La aldea de **Belice** se encuentra a más de dos horas a pie de Las Cruces, 33 kilómetros al noroeste de Escuintla, y pertenece a la municipalidad de Siquinalá. Estos terrenos, también originalmente constituían una finca. La aldea, como tal, se estableció hace unos 25 años, cuando el propietario de la finca empezó a vender pequeñas parcelas a "invasores" que ya ocupaban la tierra. Hoy, la comunidad está poblada por 260 habitantes que son agricultores de subsistencia. El terreno rocoso está sujeto a mucha erosión y el rendimiento de las pequeñas parcelas de maíz, frijol y café es muy bajo. La mayoría de los residentes también trabajan como peones en las plantaciones de los alrededores durante la cosecha de café y azúcar, o arriendan pequeñas parcelas en las fincas vecinas para complementar la producción de sus propias parcelas.

La escuela de la comunidad se estableció hace 15 años y ofrece clases hasta el tercer grado. La religión que predomina es la Católica y todos los residentes son ladinos que hablan español. En la aldea vecina de El Níspero se dispone de servicio de correo; no existe otro medio de comunicación, y la aldea tampoco recibe asistencia de desarrollo del gobierno u otra institución. El servicio de salud más cercano es el puesto de salud en Siquinalá, en el cual trabaja una enfermera auxiliar y un estudiante de sexto año de medicina. La aldea tiene 3 comadronas y 5 promotores de salud rural nuevos (uno de ellos también es comadrona), capacitados durante el verano pasado junto con los que trabajan en Las Cruces. La comunidad no tiene sistema de agua potable.

B. Necesidades Sentidas de las Comunidades

La información para esta sección se obtuvo mediante entrevistas individuales y reuniones sostenidas en toda la comunidad, durante las cuales se pidió a los residentes que indicaran las necesidades que a su criterio eran prioritarias para sus comunidades. En términos generales, las respuestas se adaptaban notablemente a las necesidades percibidas por los investigadores, y se podrían clasificar en las siguientes categorías de desarrollo:

Desarrollo de Infraestructura

* electricidad
* construcción/mejoramiento de caminos de acceso, puentes, y/o servicios de transporte público
* salón para reuniones comunitarias (Las Cruces)

Servicios de Salud y de Nutrición

* agua potable (iniciar, ampliar o completar la cobertura comunitaria)
* letrinas (iniciar, ampliar o completar la cobertura)
* programa de alimentación complementaria para mujeres embarazadas y niños desnutridos (Santo Domingo)
* establecer un puesto de vacunación en la comunidad (Belice)
* establecer centro o puesto de salud en la comunidad (o, en el caso del distrito de salud de San Pedro Carchá, extender las horas de trabajo de las UDRI)
* comadrona capacitada (Santo Domingo)

Servicios de Educación

* construir y/o procurar personal para las escuelas primarias de la localidad y/o extender las clases hasta el sexto grado

* establecer escuelas secretariales y escuelas secundarias por cooperativa en la comunidad (Las Cruces)

Servicios de Extensión Agrícola

* incrementar la asistencia agrícola en general
* introducir variedades de cultivos resistentes al frío (Santo Domingo)

C. Expectativas: Promotor - Comunidad - Personal de Salud

También se sostuvieron entrevistas y reuniones en grupo para determinar las expectativas de los promotores, de sus comunidades y del personal de salud del distrito en cuanto a la función que desempeñan y el apoyo que proveen los promotores de salud. A continuación se presenta un resumen de los hallazgos de los equipos de estudio:

1. Expectativas de los Promotores

Los promotores esperan:

* ganarse la confianza y el respeto de los miembros de la comunidad

* trabajar en beneficio de sus vecinos y familias con el fin de prevenir enfermedades, ofrecer atención curativa y, en general, promover el desarrollo integral de sus comunidades

* esforzarse constantemente para mejorar sus conocimientos sobre atención de salud preventiva y curativa con el fin de proveer un servicio más efectivo;

* compartir los conocimientos adquiridos con sus colegas y con los miembros de la comunidad;

* apoyar los esfuerzos de sus colegas;

* dedicar más tiempo a sus comunidades y a la función que desempeñan como promotores de salud;

* no abandonar sus esfuerzos a pesar de las frecuentes y difíciles limitaciones que tienen que afrontar.

Los promotores esperan que sus comunidades:

* les brinden apoyo moral en sus esfuerzos;

* compartan sus preocupaciones y participen activamente en la búsqueda de soluciones apropiadas y factibles para los problemas de la comunidad;

* colaboren en la implementación de actividades de desarrollo comunitario;

* sean receptivas para aprender lo que ellos pueden enseñarles, y también para enseñarles a ellos.

Los promotores esperan que el personal de salud:

* los adiestre, apoye, oriente y supervise mejor y adecuadamente, para poder estar mejor preparados para desempeñar sus funciones;

* les proporcione el equipo básico necesario, así como los suministros y medicinas requeridas para prestar atención a las necesidades del paciente;

* les mantenga informados respecto a cambios en las normas y políticas del Ministerio de Salud que puedan afectar sus labores;

* promover relaciones de trabajo más estrechas entre los promotores y las comadronas;

* les proporcione algún tipo de incentivo económico (gratificación, salario u otro tipo de compensación) que les permita dedicar más tiempo a atender las necesidades de salud de sus comunidades;

* reconozcan el valor de sus esfuerzos y les traten con cortesía y respeto.

2. Expectativas de la Comunidad

Las comunidades esperan que los promotores:

* tengan acceso a medicamentos básicos para tratar enfermedades comunes;

* asesoren y brinden atención médica conforme a su capacidad;

* reconozcan y respeten sus propias limitaciones, y sepan cuándo, a dónde y cómo referir a un paciente;

* asuman papel de liderazgo para resolver problemas de salud de la comunidad;

* apoyen y participen en esfuerzos de desarrollo comunitario en general;

* funjan como representantes de salud de la comunidad ante otras instituciones;

* reconozcan el alto nivel de aprecio y consideración que la comunidad siente en relación a sus esfuerzos, y que no abandonen sus tareas que son tan necesarias.

Las comunidades esperan que el personal de salud:

* capacite, visite y supervise regularmente a sus promotores;

* ofrezca a los promotores cursos de "re-adiestramiento" para que puedan actualizar sus conocimientos y destrezas;

* proporcionen a los promotores el apoyo material necesario para el desempeño de sus funciones;

* apoyen a los promotores en la solución de problemas comunitarios;

* reciban a los pacientes que refieren los promotores y les ofrezcan atención adecuada para que los promotores sientan que cuentan con el apoyo institucional para sus esfuerzos;

* proporcionen a los promotores incentivos para que continúen con su trabajo;

* atiendan al público de manera cordial.

3. Expectativas del Personal de Salud

El personal de salud espera que los promotores:

* coordinen con ellos las acciones de salud;

* sirvan como agentes "multiplicadores" para los servicios locales de salud, ampliando la cobertura y prestando atención médica a sus comunidades;

* organicen a sus comunidades y sirvan como "eslabón" entre ellas y los servicios locales de salud;

* proporcionen información, orientación y promoción sobre los programas de salud del distrito;

* participen directamente en la implementación de la estrategia de canalización (en los lugares en donde se aplique);

* refieran a los pacientes que no puedan atender, al servicio de salud adecuado;

* realicen actividades preventivas de salud, ofrezcan a sus vecinos información sobre salud y nutrición, y, en general, ayuden al desarrollo integral de sus comunidades.

El personal de salud espera que las comunidades:

* se organicen;

* desarrollen y tomen acción sobre sus propias ideas para mejorar la salud de la comunidad;

* colaboren con las actividades de salud auspiciadas por los promotores o por el distrito.

El personal de salud, espera realizar lo siguiente:

* ofrecer más y mejor apoyo a sus promotores para tratar de incrementar su efectividad;

* ofrecer cursos de "re-adiestramiento" con más frecuencia;

* involucrar a todo el personal del distrito en las actividades que se desarrollen con los promotores, tratando de establecer relaciones laborales más estrechas;

* establecer un mecanismo para que haya intercambio de información entre los promotores y los servicios de salud;

* trabajar arduamente para obtener el apoyo requerido/mejorado de las autoridades del Ministerio de Salud de nivel central.

D. Actividades del Promotor de Salud Rural

1. Actividades Generales

* examinar, diagnosticar y prestar atención a pacientes que padecen enfermedades comunes;

* tratar y recetar medicinas conforme a las instrucciones que se encuentran en los manuales de capacitación (cuando se disponga de ellos);

* referir a los pacientes al servicio de salud adecuado cuando sea indicado, y cumplir con las instrucciones de contra-referencia (cuando se ofrezcan);

* aplicar las inyecciones que sean recetadas por el personal de los servicios de salud;

* registrar los datos relativos al paciente y las medicinas que le sean recetadas;

* participar en las actividades de canalización (en aquellos lugares en donde se esté implementando la estrategia);

* monitorear el cumplimiento del tratamiento de tuberculosis prescrito por el personal de los servicios de salud;

* realizar visitas domiciliares con regularidad, especialmente para dar seguimiento y observar el progreso en los pacientes de alto riesgo que se encuentren a su cuidado;

* proporcionar orientación sobre la prevención de accidentes;

* ofrecer primeros auxilios y asistir en el transporte de los pacientes que deben ser referidos a los servicios de salud;

* realizar un censo en su sector de trabajo y elaborar un croquis;

* colaborar en las campañas de vacunación de caninos;

* prestar servicios en comités locales de desarrollo;

* coordinar sus actividades con instituciones de desarrollo, públicas, privadas, religiosas e internacionales;

* promover proyectos de infraestructura;

* sostener reuniones en la comunidad para promover proyectos de salud y ofrecer educación para la salud en general.

Problemas Identificados

* por lo general, los promotores pueden identificar las causas principales de morbilidad y mortalidad en sus comunidades; sin embargo, con excepción de las enfermedades diarréicas, sus conocimientos sobre las

causas y/o proceso de transmisión --y por consiguiente sobre medidas preventivas adecuadas-- son deficientes;

* el trabajo de los promotores tiende a enfatizar acciones curativas más que acciones preventivas;

* algunos promotores no se sienten capacitados para diagnosticar o tratar padecimientos comunes como sarna, tuberculosis, amigdalitis, malaria, etc.;

* se observó la aplicación de inyecciones sin receta;

* no siempre se lleva ni se dispone de un registro de casos (de diagnóstico y tratamiento proporcionado); cuando se dispone del mismo, los promotores muchas veces desconocen sus propósitos, cómo llenarlo, etc.;

* con frecuencia no se cuenta con los suministros básicos para prestar primeros auxilios;

* muchos promotores no han comprendido la tarea de elaborar un croquis de la comunidad, el propósito del mismo, etc.;

* los promotores no siempre comprenden cómo están organizados los servicios del Ministerio de Salud, y mucho menos el concepto de distrito de salud y las funciones respectivas del puesto/centro de salud y del hospital nacional o regional.

2. Actividades de TRO

* diagnosticar casos de diarrea y deshidratación; proporcionar el tratamiento y observar el progreso del paciente; referir a los pacientes a los servicios de salud, cuando sea indicado;

* distribuir sobres de SRO; adiestrar a las madres sobre la preparación y administración de suero casero y SRO en sobre, y explicar la importancia de las mismas para que el plan de tratamiento sea efectivo;

* asesorar a las madres sobre la administración de líquidos (incluyendo leche materna), y alimentación durante y después de un episodio de diarrea;

* orientar/instruir a las madres sobre medidas importantes para prevenir la diarrea (hábitos de higiene personal, saneamiento ambiental, preparación adecuada de alimentos y prácticas de almacenamiento);

* participar en campañas escolares de desparasitación;

Problemas Identificados:

* en general, los promotores conceden más énfasis al aspecto curativo que a la prevención de las enfermedades diarréicas y deshidratación;

* los promotores mismos no siempre practican las medidas preventivas que predican;

* se informó que muchos promotores creen que las sales de rehidratación oral (SRO) sirven para parar la diarrea;

* no siempre se dispone de sobres de SRO;

* los promotores siempre no hacen demostraciones sobre la preparación de SRO ni explican la administración adecuada de las mismas;

* algunos promotores confunden la preparación del suero casero y del suero empacado, indicando que al contenido de los sobres debe agregársele sal, azúcar y/o jugo de naranja;

* algunos promotores no examinan a sus pacientes para buscar signos de deshidratación;

* los promotores no hacen siempre un seguimiento de sus pacientes para observar el progreso;

* los consejos sobre tratamiento en ocasiones son inadecuados, y algunas veces peligrosos (e.g., un promotor receta lavados y otro cree que si el niño no acepta las SRO, la madre las puede ingerir ya que de todas formas "pasarán" al niño a través de su propia leche);

* regularmente se refiere prematuramente a los pacientes al servicio de salud (e.g., un caso de diarrea sin signos de deshidratación) lo cual puede indicar falta de confianza clínica de su parte, y ciertamente tiene serias implicaciones para el sistema de salud que ya está sobrecargado.

3. Actividades del PAI

* educar a los vecinos sobre la importancia de vacunar a sus hijos y promover en sus comunidades actividades relacionadas con la vacunación;

* tratar de involucrar a otros líderes comunitarios en las actividades de vacunación;

* participar en las campañas nacionales de vacunación;

* ayudar a preparar el local/puesto de vacunación para adecuarlos a requerimientos de la cadena de frío, etc.;

* ayudar al personal de salud del distrito en la aplicación de vacunas (principalmente polio);

* asesorar a las madres en relación al tratamiento de posibles efectos secundarios;

* ayudar a llenar la papelería que necesita el Ministerio de Salud;

* monitorear la cobertura de niños y mujeres embarazadas en los sectores en donde laboran, y referir o de otra forma informar al personal de salud respecto a las personas que deben ser objeto de seguimiento.

Problemas Identificados:

* muchos promotores no entienden el concepto de "vacuna", aunque sepan que la misma sirve para prevenir alguna enfermedad;

* aunque muchos promotores saben cuáles son las enfermedades prevenibles por vacunación, no saben cuál es la vacuna contra cada enfermedad;

* la mayoría de los promotores que trabajan en las ocho comunidades incluídas en el estudio no están familiarizados con el esquema de edades recomendado para la aplicación de las vacunas;

* no se ha rebatido ni se ha dado consideración adecuada a la creencia común en algunas comunidades de que la vacunación da lugar a la esterilización;

* en algunas comunidades (especialmente en las que no se está implementando la estrategia de canalización), los registros de censos --si es que existen-- se limitan a conteos poblacionales; no se llevan registros del número de mujeres embarazadas o niños menores de 5 años y, por consiguiente, tampoco existen datos sobre la tasa de cumplimiento con los esquemas de vacunación.

4. Actividades de Nutrición y Salud Materno-Infantil

* ofrecer orientación sobre planificación familiar;

* promover/coordinar actividades con comadronas locales para identificar y referir a las mujeres embarazadas al control prenatal, y a los recién nacidos para atención infantil; establecer sistemas funcionales de referencia y contra-referencia con las comadronas;

* implementar actividades de monitoreo del crecimiento (en los lugares en donde se disponga del equipo necesario);

* proporcionar educación nutricional;

* promover el establecimiento de huertos familiares y comunales y el uso de abono;

Problemas Identificados:

* los promotores mismos, por lo general, no ofrecen atención pre-natal ni orientación alguna sobre prácticas de nutrición o lactancia materna, por considerar que estas actividades son de la exclusiva incumbencia de la comadrona;

* no existe coordinación ni sistema de referencia y contra-referencia entre los promotores y las comadronas, o bien, el mismo no es funcional en las comunidades, con excepción de San Lorenzo.

5. Actividades de Saneamiento Ambiental

* proporcionar orientación sobre prácticas de higiene personal.

* promover condiciones mejoradas de saneamiento ambiental, incluyendo la adecuada disposición de basura y la instalación de letrinas sanitarias, prácticas adecuadas para la preparación y almacenamiento de alimentos, y proyectos para el mejoramiento de viviendas (e.g., construcción de estufas);

* participar en la introducción de sistemas de agua potable.

Problemas Identificados

* se observó que los promotores en ocasiones hacen caso omiso de sus propios consejos sobre la materia, y por consiguiente, la validez del ejemplo que transmiten a sus comunidades es dudosa (e.g., construcción y uso y/o mantenimiento inadecuado de sus propias letrinas; permitir que los cerdos y otros animales deambulen en y alrededor de la vivienda; no hervir el agua que se saca de pozos y ríos, etc.).

E. Apoyo Institucional para los Promotores de Salud

1. Capacitación

Santa Lucía Cotzumalguapa es el único distrito de la muestra de cuatro distritos de salud del estudio, que informó haber impartido un cursos inicial de capacitación durante los últimos años.[5] Los promotores de las dos comunidades de estudio, capacitados por este distrito de salud, recibieron un curso de dos meses de duración en Las Cruces, el cual concluyó en el mes de agosto de de 1988.

El técnico en salud rural del distrito sirvió como coordinador de la capacitación. Dos médicos colaboraron en la presentación de algunas sesiones (el director del distrito y el Jefe del Area de Salud en Escuintla), así como el inspector de saneamiento del distrito, una enfermera graduada y el trabajador social a nivel de área. Además, se contó con la participación de tres estudiantes universitarios de agronomía, medicina y nutrición que estaban realizando su práctica rural, quienes aportaron sus conocimientos y experiencia para la realización de este evento.

Según los informes recabados, la metodología empleada consistió principalmente de pláticas, presentando por lo general el contenido de las versiones adaptadas de los manuales de PRINAPS de 1983. Se ofrecieron demostraciones y se hicieron prácticas sobre las técnicas adecuadas de lavado las manos y aplicación de inyecciones. Es interesante señalar, en este contexto, que los investigadores de campo observaron que apenas un mes después de concluir la capacitación, los promotores con quienes tuvieron la oportunidad de compartir las horas de comida, no se lavaban las manos antes de comer. No se ofrecieron demostraciones ni se realizaron prácticas sobre cómo preparar el suero casero ni el suero de sobre. En general, los investigadores de campo consideran que la orientación de la capacitación se enfocó sobre aspectos curativos más que sobre temas preventivos de atención en salud.

El último curso de capacitación formal de San Pedro Carchá se realizó en 1985, y en 1980 en Sacapulas; los promotores que se han incorporado en el transcurso recibieron las instrucciones y

---

[5] El informe del equipo de investigadores de San Lorenzo solamente indicó que los promotores reciben apoyo de los servicios de salud en: capacitación, recapacitación, seguimiento para evaluar sus actividades y apoyo logístico de acuerdo a las posibilidades del Distrito de Salud. La fecha del último curso de capacitación inicial no se especificó. Sin embargo, al discutir el historial de los promotores en las comunidades bajo estudio, se informó que cursos de recapacitación de tres días de duración se realizan una vez al año, y también se realizan reuniones mensuales con los promotores.

orientación iniciales en breves sesiones anuales de re-adiestramiento --las más recientes tuvieron lugar en agosto de de 1988. Durante el último año, más o menos, estas sesiones han prestado especial atención a aspectos de inmunización, enfermedades diarréicas e infecciones respiratorias.

Los principales instructores durante estos eventos de re-adiestramiento en Sacapulas han sido el técnico en salud rural del distrito y la enfermera graduada. Se informa que las enfermeras auxiliares a nivel de centro y puesto de salud han expresado interés en participar en estas sesiones, pero hasta la fecha no se les ha incluído. La enfermera auxiliar en el puesto de salud de Río Blanco ha señalado que por excluírsele de las actividades de capacitación muchas veces no puede asesorar a los promotores en su comunidad debido a que no está familiarizada con las instrucciones impartidas por personal del centro de salud. En este distrito se dice también que la metodología de capacitación consiste principalmente de pláticas, aunque se han impartido demostraciones sobre cómo preparar suero casero.

Los intentos del Jefe de Area de Salud en El Quiché para obtener nuevos manuales de capacitación en la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud fracasaron debido a la escasez de copias. En ausencia de los mismos, para el curso de re-adiestramiento que se impartió en el mes de agosto, se usaron rotafolios que fueron elaborados por el Ministerio de Salud como material didáctico. Sin embargo, sí se obtuvieron manuales para los promotores del distrito de San Pedro Carchá.

Estas sesiones anuales de re-adiestramiento han sido complementadas con reuniones mensuales regulares de un día de duración en las que participan alrededor de 80 promotores del distrito de San Pedro Carchá. Los temas que se presentan varían conforme a las necesidades (e.g., preparativos para actividades programadas de vacunación, o enfocar deficiencias técnicas detectadas durante la supervisión). Estas reuniones mensuales no tienen lugar en Sacapulas. Sin embargo, después del curso de re-adiestramiento de tres días que se realizó en agosto, los promotores específicamente solicitaron que se instituyera dicho mecanismo, y el técnico en salud rural del distrito convino en dar seguimiento a esta recomendación.

2. Supervisión

Como se observa en los registros de supervisión que se llevan en las UDRIs de la aldea en las dos comunidades estudiadas en San Pedro Carchá, el técnico en salud rural del distrito visita mensualmente a los promotores en Chilatz y Santo Domingo, para supervisar las actividades que desempeñan. (Esto implica un compromiso de tres días en el caso de Santo Domingo, debido a la distancia que debe recorrerse y el difícil acceso para llegar al centro de salud.) También se informó que el director/médico e inspector sanitario del distrito han visitado Chilatz una vez al año, en promedio, desde que se capacitó al primer promotor en

1985. Ambos habían visitado Santo Domingo cuando menos en una ocasión.

De acuerdo con los once promotores de salud que se encuentran en las dos comunidades de estudio en Sacapulas, ninguno había recibido visitas de supervisión del personal del distrito por lo menos durante los últimos cinco años. Las enfermeras auxiliares entrevistadas sostuvieron esta afirmación, agregando que el seguimiento que se da a las actividades de los promotores en general, es inadecuado. El que ambos miembros del equipo a nivel de distrito fueran considerados como "extraños" en sus respectivas comunidades también parecería sustanciar este argumento. En realidad, los miembros de la comunidad reportaron al comandante militar de Sacapulas la presencia del equipo.

Quizás debido a su reciente "graduación" del curso de capacitación, los promotores de Belice y Las Cruces estaban aún por recibir la visita de personal de distrito cuando se llevó a cabo el estudio de campo. Lamentablemente, estos promotores consideraban que debían esperar esta visita para ser presentados oficialmente ante sus comunidades previo al inicio de sus labores. Estas presentaciones se hicieron en el transcurso del estudio de campo, y en ambos casos, los miembros de la comunidad manifestaron su aceptación en cuanto a los promotores y su interés en colaborar con ellos para el desarrollo de sus actividades. Los promotores expresaron su deseo de recibir como mínimo una visita por mes, para que se les oriente en sus nuevas funciones y se les preste asistencia en la resolución de problemas.

3. Recursos

En todos los casos en los que se presentaron datos, se dijo que los promotores habían recibido viáticos durante el último curso de capacitación o re-adiestramiento, así como para las reuniones mensuales en el caso de San Pedro Carchá. Los promotores en Sacapulas también recibieron pequeñas cantidades de productos aportados por el Programa Mundial de Alimentos (PMA) durante el último curso de re-adiestramiento. En ambas comunidades de Carchá, los promotores se quejaron de que los viáticos recibidos no eran suficientes para cubrir el costo de hospedaje, alimentación y transporte; en Sacapulas, los promotores indicaron que "casi nunca" reciben viáticos y que cuando los reciben los pagos generalmente se atrasan hasta un mes o más.

En comparación con otras áreas de salud, los promotores en San Pedro Carchá cuentan con muchos más recursos materiales que la mayoría. Dada la existencia de UDRIs, los promotores en Alta Verapaz, además de tener un local en el cual pueden trabajar, reciben también equipo, suministros y medicinas básicas necesarias. Debe señalarse que estos materiales generalmente se reciben como donaciones de UNICEF o de otras fuentes; sin embargo, la cantidad de los mismos no siempre es adecuada y muchas veces no se adaptan a las necesidades terapéuticas de la

población objetivo. El técnico en salud rural del distrito en Santa Lucía Cotzumalguapa también ha obtenido donaciones de empresas privadas, en suficiente cantidad para dar a cada promotor cuadernos, lápices, jeringas, gaza y esparadrapo.

Los promotores en Sacapulas reciben sobres de SRO, pero señalan que la disponibilidad y distribución de los mismos ha sido irregular. La enfermera auxiliar en Río Blanco considera que como los promotores "no tienen nada que ofrecer" a la gente, la situación ha afectado la fé que la comunidad podría tener en ellos. Los promotores convienen que existe un problema y consideran que la gente "espera" que ellos les suplan las medicinas. En épocas anteriores recibían maletines médicos y sienten que eran un recurso sumamente valioso para su trabajo.

Los investigadores de campo en Las Cruces observaron que las condiciones de las rústicas instalaciones de capacitación utilizadas (consistentes en una galera de cuatro postes con techo de palma) eran "inadecuadas para ofrecer un ambiente apropiado para el aprendizaje", y que hacían falta suministros para la debida ejecución de las actividades de capacitación. El personal de distrito en Sacapulas también se quejó de lo inadecuado del espacio disponible en el centro de salud para cubrir las necesidades de adiestramiento.

En cuanto a la existencia de materiales escritos de referencia, las condiciones son muy diferentes entre los distritos. Los once promotores entrevistados en las comunidades de Sacapulas insisten no haber recibido manuales de capacitación, material didáctico u otros materiales técnicos de referencia --excepto un folleto de una página sobre infecciones respiratorias. Cada uno de los promotores capacitados durante el pasado mes de agosto en Las Cruces, recibió un juego completo de la versión adaptada del manual de capacitación de promotores de PRINAPS 1983, únicamente después de haber completado el curso.

En San Pedro Carchá, los promotores del distrito recibieron copias de los nuevos manuales de capacitación impresos en 1987, durante la sesión de re-adiestramiento que tuvo lugar en agosto de 1988. Las UDRI en Chilatz y Santo Domingo también tienen copias de la publicación de David Werner titulada "Cuando no hay Doctor" y dos guías terapéuticas de auto-estudio. Lamentablemente, en Chilatz el personal de campo descubrió que estos manuales, escritos en idioma español, presentan dificultades para los indígenas de habla Kekchí que han tenido poca oportunidad de asistir a la escuela. Los promotores en este distrito identificaron tanto la barrera del idioma como el nivel de presentación de los materiales como obstáculos para el uso efectivo de estos manuales. El equipo de campo en Santo Domingo llegó a una conclusión semejante. Curiosamente, a pesar de los obstáculos, la disponibilidad de materiales de referencia aparentemente ha servido para estimular a los promotores. Se informó que un número de promotores previamente inactivos, han reiniciado sus actividades específicamente como consecuencia de esta fuente de apoyo técnico. Sería necesario emprender

investigaciones adicionales para determinar si dicho apoyo podría dar lugar a resultados similares en otras comunidades.

F. Relaciones con los Promotores: Comunidad y Personal de Salud

Sin excepción, los investigadores de campo reportaron haber observado muy buenas relaciones entre los promotores y los vecinos de las ocho comunidades estudiadas en los cuatro distritos de salud. Los promotores son aceptados y se les considera líderes comunitarios y, como tales, son objeto del respeto, confianza y apoyo comunitario que tradicionalmente se otorga a los líderes locales. Quizás no es sorprendente que estos promotores también tengan la tendencia de gozar de una situación económica y nivel educativo superior al promedio, en comparación con sus vecinos. En varias comunidades se informó que los residentes colaboran activamente en todas las actividades auspiciadas por el promotor. En el caso de Chilatz, San Pedro Carchá, específicamente se señaló que la comunidad considera que la presencia de sus promotores es una "fuente permanente de estímulo para el desarrollo". Tanto en Chilatz como en Santo Domingo, la presencia de las clínicas de salud de UDRI atrae a pacientes --y por consiguiente, el apoyo activo de la gente para las funciones de los promotores-- de lugares fuera de los límites de las aldeas.

En tanto que los promotores son aceptados en las comunidades y la motivación mencionada para convertirse en promotores de salud rural es casi exclusivamente altruista, es notable, desde el punto de vista programático, que con excepción de San Lorenzo, casi todos estos promotores son auto seleccionados o elegidos por personal del distrito de salud. Por lo tanto, aún cuando es importante reconocer el valor que tiene la motivación personal como criterio de selección, la ausencia de participación comunitaria activa en el proceso de selección indica que por lo general en estas comunidades no se han observado las normas establecidas por el Ministerio de Salud en este sentido.

Las relaciones entre los promotores y demás miembros de la comunidad o representantes de las agencias de desarrollo, también han sido positivas, habiéndose dado una buena coordinación de actividades en la mayoría de los casos. En Las Cruces, por ejemplo, el maestro de la escuela local ya había invitado a los promotores para que impartieran pláticas a los alumnos sobre temas de salud, a pesar de ser nuevos y sin experiencia.

No se detectaron conflictos o rivalidades interpersonales entre los mismos promotores --por el contrario, se observó que los promotores se respetan y se apoyan mutuamente. Debido a que muchos de los promotores en estas comunidades son parientes o buenos amigos, el trabajo que desempeñan muchas veces es considerado como "asunto familiar", y evidentemente, ello contribuye a la positiva relación laboral de cooperación mutua que existe entre ellos. Las Cruces es quizás un caso especial,

ya que como comunidad recién organizada, los residentes en general están luchando juntos para construir su futuro.

El nivel de colaboración entre promotores y comadronas por lo general no es tan estrecho, con la notable excepción de las dos comunidades en San Lorenzo, San Marcos. En los otros lugares, las relaciones personales son amistosas y existe cierta cooperación, se informó que la interacción en una "base profesional" es muy poca, e.g., referencia de pacientes entre uno y otro, consultas o compartir conocimientos técnicos y destrezas. Por ejemplo, en Pasaúl, Sacapulas, durante una reunión de promotores y comadronas, estas últimas indicaron que no reconocían un sobre de SRO y que no sabían cómo prepararlo ni cómo utilizarlo. Tanto en Chilatz como en Pasaúl, las comadronas y los promotores específicamente solicitaron que sus distritos de salud auspiciaran reuniones regulares entre ellos para tratar de mejorar sus relaciones y ayudarlos a superar sus deficiencias en relación al nivel de conocimientos técnicos.

Juzgando por los informes de campo, la comunicación entre los promotores y el personal de salud varía conforme al distrito tanto en calidad como en cantidad. En San Lorenzo se informó que las relaciones son muy estrechas, especialmente entre los promotores y el técnico en salud rural del distrito, inspector sanitario y médico, así como con el personal que participa en las actividades de canalización. En San Pedro Carchá, se sostienen reuniones mensuales en todo el distrito para los 80 o más promotores de salud; el técnico en salud rural regularmente visita a los promotores en sus comunidades; y varios empleados del distrito son bilingües y hablan Kekchí y español, incluyendo al técnico en salud rural y el inspector sanitario.

En Santa Lucía Cotzumalguapa, en donde la relación es relativamente nueva y se ha limitado por lo general al contexto del recién concluído curso de capacitación, las relaciones fueron descritas como "cordiales" con expectativas de que continúen siendo positivas. En el caso de Sacapulas, los cuatro promotores que han servido a sus comunidades durante 14 años, señalan que los contactos con el personal de distrito han disminuído durante los últimos años. Los once promotores que se encuentran en las dos comunidades estudiadas en este distrito expresaron el deseo de mejorar estas relaciones y el nivel de atención recibida, especialmente en cuanto a orientación y supervisión.

G. Sistema de Referencia de Pacientes

Asimismo, también se reportó que la efectividad del sistema de referencia y contra-referencia de pacientes varía conforme al distrito de salud. Los investigadores del equipo de estudio de San Lorenzo no reportaron problema alguno en esta área, con excepción de la escasez de los cupones de referencia/contra referencia que son suministrados por la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud. Los promotores de ambas comunidades estudiadas en este distrito como rutina refieren a

los pacientes cuya condición estiman fuera de su nivel de competencia clínica --ya sea al puesto de salud en el caso de Santa Rosa, o al centro de salud en San Lorenzo, conforme lo amerite la situación. Estos promotores expresaron satisfacción sobre la atención que reciben los pacientes que ellos refieren, así como respecto a las instrucciones de contra referencia que ofrece el personal médico. Debido a las dificultades de acceso entre el centro de salud del distrito y las comunidades estudiadas en San Pedro Carchá, el sistema de referencias es mucho menos conveniente para los pacientes, quienes por lo consiguientemente confían mucho en sus promotores y en los recursos disponibles en las clínicas de UDRI. Es más común, por ejemplo, que los promotores se refieran a los pacientes entre sí en una base informal. Cuando se utiliza, sin embargo, se informa que el sistema es funcional, aunque también aquí los promotores reportaron una escasez de cupones para referencia.

Los promotores capacitados por el personal de distrito en Santa Lucía Cotzumalguapa recibieron cupones cuando terminaron su adiestramiento en agosto. Los de Las Cruces, según informes recibidos, ya han utilizado estos cupones para referir pacientes al puesto de salud en una aldea vecina y al centro de salud en Escuintla. Señaló, sin embargo, que a la fecha de la investigación de campo no se habían recibido instrucciones de seguimiento de ninguno de los servicios de salud. Asimismo, los promotores tampoco habían tomado la iniciativa de hacer visitas domiciliares de seguimiento. En Belice, los promotores aún no habían emprendido actividades formales en la época en la cual se desarrolló el estudio de campo. Sólo la comadrona-promotora había referido pacientes al puesto de salud en Siquinalá y al centro de salud en Escuintla, pero en su capacidad como comadrona y no como promotora de salud.

En el pasado, los promotores trabajando en las dos comunidades en Sacapulas referían a los pacientes con notas escritas a mano. Ahora que han recibido los cupones de referencia, éstos han reemplazado las notas para referir a los pacientes al centro de salud. No se utilizan, sin embargo, para referir pacientes al puesto de salud de Río Blanco, y según se informó, en este caso, el sistema no funciona adecuadamente. Incluso a nivel del centro de salud, los promotores señalan que sólo reciben instrucciones de contra-referencia cuando el paciente necesita tratamiento de seguimiento que involucra la aplicación de inyecciones. No se ofrece información a los promotores respecto al tratamiento que ha recibido el paciente referido a cualquiera de los servicios de salud. Asimismo, se han reportado varios casos en los que los pacientes referidos por el promotor se han quejado de la deficiente atención prestada por el personal de salud. Los promotores consideran que esta situación los coloca en una posición difícil ante sus pacientes y ante sus comunidades en general, y recomiendan que se sostenga una reunión con todo el personal del distrito para tratar de solucionar este problema.

H. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Madres

En cada una de las comunidades de estudio se sostuvieron entrevistas individuales y discusiones en grupos de enfoque con un número de mujeres a fin de explorar cuáles eran sus conocimientos, actitudes y prácticas respecto a las causas, síntomas, tratamiento y prevención de la diarrea, deshidratación y enfermedades prevenibles por vacunación. Las guías de discusión que fueron provistas a cada equipo de estudio sirvieron de base para las preguntas, y el contenido de éstas es similar al de los exámenes escritos que fueron administrados a los promotores de salud en cada distrito. En los casos en los que el idioma constituyó barreras, los promotores locales o personal de salud del distrito sirvieron como intérpretes. A continuación se presenta un resumen de los resultados de estas entrevistas:

1. Diarrea y Deshidratación

La mayoría de las mujeres entrevistadas en las ocho comunidades demostraron tener buenos conocimientos sobre los signos y síntomas de diarrea --lo cual no es sorprendente, debido a la naturaleza endémica de la enfermedad en Guatemala. Asimismo, casi todas las madres reconocen que la falta de hábitos adecuados de higiene personal y prácticas de saneamiento ambiental son la causa principal de la enfermedad. Sin embargo, muchas también atribuyen la enfermedad a causas supernaturales o de conducta tales como el "mal de ojo", el susto, o los enojos. La dentición también es considerada por muchos como factor causal, pero no "peligroso", y, por lo tanto, "no requiere tratamiento". Estas ideas sobre la etiología de la enfermedad diarréica son notablemente similares a las que fueron reportadas por Elena Hurtado (INCAP) y la Dra. Susan Scrimshaw (UCLA) en un estudio realizado hace pocos años.

Los planes de tratamiento recomendados por estas madres fueron mucho menos consistentes entre los grupos de estudio. Por ejemplo, las madres entrevistadas en Las Cruces y en Belice dijeron que ellas dan a sus niños "Santemicina", "Aeureomicina", o "Yodoclorina" que son drogas populares.[6]

---

[6] "Santemicina" es un preparado con sabor a chocolate que contiene 50 mg. de tetraciclina -- un antibiótico que está contraindicado en niños, debido a que causa daño permanente en el esmalte de la dentadura en formación. Además, la dosis de 50 mg. no es suficiente para tener efecto terapéutico sobre la infección (la dosis recomendada para niños mayores de 8 años es de 25050 mg./kg). Una dosis de "Aureomicina" contiene menor cantidad, 15 mg. "Yodoclorina" contiene 250 mg. de diyodohidroxiquinina, una droga utilizada en el tratamiento de amebiasis, es especial para eliminar los quistes. Su administración requiere cuidado y la dosis debe ser calculada cuidadosamente y controlada de acuerdo al peso del niño.

Las mujeres en Santo Domingo indicaron que comúnmente dan a sus niños "alguna medicina" para "parar la diarrea"; es muy probable que se trate de algún antidiarréico común como el Kaopectate que contiene kaolina y pectina. En Río Blanco, se considera comúnmente que las SRO sirven para este fin, así como para "fortalecer" al niño.

Todas las madres indicaron que continúan dando el pecho a sus niños pequeños cuando padecen de diarrea, y en algunos casos "un poco más de lo normal" porque ayuda a que "el niño no llore." Además, todas indicaron que continúan o aumentan la administración de líquidos disponibles en el hogar, incluyendo tés de hierbas, jugo de frutas frescas, atoles, agua hervida y, en muchos casos, suero casero o SRO de sobre.

La mayor parte de las madres entrevistadas reconocieron los sobres de SRO; casi todas los habían utilizado en alguna ocasión y dijeron saber cómo prepararlos adecuadamente. Estos sobres por lo general se obtienen de los promotores o personal local de salud, quienes se dijo ofrecen instrucciones sobre la preparación y uso de los mismos. Por otro lado, las mujeres en Las Cruces y Belice desconocían por completo cómo preparar una solución de SRO en casa. Las de San Lorenzo y Santo Domingo estaban familiarizadas con su preparación, aunque la receta que utilizan se basa en la "antigua" versión y contiene bicarbonato de soda y jugo de naranja.

Todo lo relacionado con la alimentación del niño durante y después de un episodio de diarrea es causa de preocupación. Se informó que varios alimentos se retiran de la dieta intencionalmente, tales como el arroz, los frijoles y la papa, en el caso de San Lorenzo, ya que éstos se clasifican como alimentos "fríos" que supuestamente dan lugar a flatulencia ("se embotan más"). Esta creencia, por supuesto, tiene su base en cierto hecho científico; sin embargo, debido a que éstos constituyen la alimentación básica en la región, el impacto nutricional de retirar lo que con frecuencia es la fuente principal de proteínas y calorías del niño puede ser grande. En general, se informó que cuando las madres observan que sus hijos "pierden el apetito", no los obligan a comer. Sólo en San Lorenzo se informó que las madres administran a sus niños una dieta normal y sin restricciones después de un episodio de diarrea, aunque no se mencionó que se aumentara la alimentación --tanto en cantidad como en frecuencia-- durante este período. En general, la combinación de estas prácticas tienen implicaciones serias en un país en el que el 80% de los niños menores de cinco años sufren cierto grado de desnutrición.

Se reportó que el reconocimiento por parte de la madre de signos de deshidratación era adecuado únicamente en San Lorenzo. En otros lugares, es probable que las madres simplemente no

comprendan el término "deshidratación" como tal, ya que la mayoría sí reconoce muchas de los signos que indican que la condición es seria y tratan de obtener atención médica tan pronto como les sea posible cuando la condicion del niño se deteriora o si no mejora en el término de pocos días con algún tratamiento doméstico. Sería interesante y valdría la pena, sin embargo, investigar más profundamente la precisión y adecuación de los criterios de referencia que utilizan estas madres.

2. Inmunización

En San Lorenzo se hicieron entrevistas sobre inmunización a 136 mujeres en las dos comunidades (48 visitas domiciliares y cinco grupos de enfoque con comadronas, madres y clubes 4-S, y un grupo de mujeres organizado por un promotor) --semejante a los números que fueron entrevistadas sobre TRO. Los resultados son sorprendentes. Todas las entrevistadas informaron saber que es "bueno vacunar" a sus niños porque con ello se "previene la enfermedad". Respondieron correctamente la edad y frecuencia con que se debe administrar cada vacuna, incluyendo el toxoide tetánico durante el embarazo. Identificaron los efectos secundarios comunes de cada vacuna (incluyendo el hecho de que las reacciones a la vacuna oral contra la polio son sumamente raras), y señalaron conocer medidas apropiadas de tratamiento. Las mujeres también conocían el nombre común de cuatro de las siete vacunas. En cuanto a dos de las tres vacunas que no conocían, pudieron diferenciar entre ellas por el sitio de aplicación u otra característica distintiva (i.e., la BCG deja una cicatriz; las gotitas de polio se administran oralmente). Sólo el nombre de la vacuna contra la difteria (DPT) --la enfermedad menos común-- las dejaba perplejas. Sin embargo, sabían que esta vacuna (conocida mejor como la "triple") protege contra el tétano y la tos ferina. Además, pudieron enumerar correctamente varios de los síntomas de todas las enfermedades, con excepción de los del tétano y la difteria.

Los resultados en otros lugares fueron mucho menos espectaculares. La mayoría de las madres entrevistadas sabían que debían vacunar a sus niños para "prevenir ciertas enfermedades" --siendo las más conocidas el sarampión,y la tos ferina (que ocupan un alto lugar entre las diez causas principales de mortalidad infantil en el país), y polio. En Pasaúl, sin embargo, aún es común la creencia de que las vacunas pueden conducir a la esterilidad; y en Belice, la mayoría de las madres no vacunan a sus niños por la inconveniencia ya que los puestos de vacunación más cercanos "siempre se encuentran en fincas a más de 4 kms de distancia". La mayoría de las madres también indicaron saber que ciertas vacunas pueden ocasionar reacciones que son normales tales como "dolor" o "fiebre" que pueden ser tratadas con aspirinitas. Muchas creen que aunque se puede bañar al niño antes de que sea vacunado, no es bueno hacerlo durante dos o tres días después de la vacunación.

Las madres en Santo Domingo tenían ciertas nociones vagas pero en general adecuadas del programa de vacunación recomendado, aunque no conocían los detalles respecto a la edad de aplicación. En general, la mayoría de las madres entrevistadas no tenían idea de la edad en que deben ser vacunados sus hijos, cuáles son las vacunas que deben ser aplicadas, ni cuántas dosis deben administrarse para que el niño esté adecuadamente protegido. Algunas madres señalaron haber sido vacunadas dos veces durante el embarazo, pero no sabían cuál era la vacuna que habían recibido ni porqué, sólo sospechaban que era para ayudar a que el niño "naciera sano".

Además, ninguna de las madres entrevistadas en estas comunidades estaba familiarizada con los signos y síntomas de tuberculosis, difteria o tétano --y en algunos casos, tampoco sabían que estas son enfermedades prevenibles. Los signos ineludibles de sarampión y tos ferina, las enfermedades más comunes, eran ampliamente conocidas. Los primeros signos para el diagnóstico de polio se desconocen por completo, aunque en Las Cruces y en Belice, casi todas las mujeres conocen a alguna persona que haya sufrido la enfermedad y, por lo tanto, están familiarizadas con las secuelas.

I. Conclusiones e Implicaciones para Acción

Se solicitó a los miembros de la comunidad, personal de salud y a los mismos promotores que opinaran sobre la "efectividad" del promotor en salud rural en cada una de las comunidades de estudio. Los investigadores no definieron lo que para ellos significaba el término "efectivo"; más bien, le pidieron a cada grupo que discutiera su propia interpretación del término y los criterios mediante los cuales evaluarían el desempeño del promotor. Asimismo, se solicitó a los entrevistados que identificaran las limitaciones que en su opinión restringían el mejoramiento de la efectividad del promotor y que sugirieran algunas soluciones. A continuación se presenta un resumen de los resultados de estas entrevistas.

Definición de "Efectividad"

Los criterios aplicados para definir este término se basaron en lo siguiente: tener éxito en cuanto al trabajo propuesto; tratar de mejorar --y compartir-- los conocimientos de cada uno; ofrecer liderazgo a la comunidad; mantener estrechas comunicaciones con el personal de salud del distrito y con los representantes de otras instituciones de desarrollo; apoyar y colaborar con las actividades de la comunidad; lograr un alto nivel de apoyo y aceptación por parte de los miembros de la comunidad; la existencia de conscientización comunitaria respecto a las funciones de los promotores; y una participación activa en las actividades de desarrollo comunitario en general.

Es interesante notar que ninguna persona hizo mención específica alguna respecto a reducir las tasas de morbilidad y mortalidad, o mejorar de alguna manera las condiciones de salud y saneamiento ambiental de la comunidad.

Nivel de Efectividad:

Con base en los criterios mencionados, las comunidades y el personal de salud al igual que los mismos promotores consideraron que el trabajo de éstos en las cuatro comunidades estudiadas en San Lorenzo y en San Pedro Carchá era "efectivo". En general, los residentes de estas comunidades conocen a fondo las estrictas limitaciones de recursos bajo las cuales trabajan los promotores y expresaron su apoyo unánime y aprobación de sus actividades. El personal del Ministerio de Salud de estos distritos considera que los promotores son una "gran fuente de apoyo" para el sistema de salud, y reconocen que sin ellos, el progreso para la consecución de sus propios objetivos sería mucho más lento y, probablemente, menos efectivo.

En Belice y Las Cruces, todos consideraron que los promotores son demasiado nuevos en sus puestos para poder evaluar con justicia su efectividad. Los que trabajan en Belice estaban por empezar sus labores a la fecha de la investigación de campo. Sin embargo, en el caso de Las Cruces, la novedad y organización de la misma comunidad han servido para facilitar el inicio de actividades y ayudar a los promotores a establecerse en sus nuevos cargos. Otra ventaja que han disfrutado estos promotores es la riqueza de instituciones de desarrollo que trabajan en la comunidad con la que coordinan sus actividades. Por ejemplo, el monitoreo del crecimiento ya está realizándose en colaboración con un estudiante de nutrición, y para sembrar huertos de legumbres se cuenta con la ayuda de un estudiante de agronomía; ambos están realizando su práctica rural.

En Sacapulas, el personal de distrito, los miembros de la comunidad y los mismos promotores consideran que éstos aún no han alcanzado su pleno potencial de efectividad, principalmente debido a falta de apoyo y supervisión, al igual que a la escasez de materiales y recursos educativos que necesitarían para trabajar. Por otra parte, el personal del distrito indicó que los promotores son un recurso importante, especialmente en regiones como Sacapulas que se considera "área de conflicto", ya que estas personas son conocidas por sus vecinos y, por tanto, sirven como intérpretes y en general ayudan al personal de salud a comunicarse con los residentes de la localidad.

Limitaciones:

Se dio virtualmente un consenso entre todos los entrevistados respecto a las limitaciones que tienen que afrontar los promotores. Estas se pueden resumir en tres categorías básicas: falta de equipo, suministros y medicinas necesarias para atender las necesidades de los pacientes; insuficiente adiestramiento,

apoyo y, especialmente, supervisión; y escasez/carencia de materiales de referencia técnicamente adecuados y actualizados. Los promotores también mencionaron falta de tiempo para dedicarse más a sus comunidades.

Soluciones:

Los promotores consideran que podrían desempeñarse con más efectividad, tanto cualitativa como cuantitativamente, si pudieran recibir apoyo técnico y moral al igual que la supervisión necesaria de parte del personal del distrito. La institución de reuniones mensuales y/o visitas mensuales de supervisión fue una de las soluciones propuestas con más frecuencia.

Asimismo, todos insistieron que hasta el equipo, suministros, medicinas y materiales educativos más básicos facilitarían enormemente la ejecución de las actividades que se espera que los promotores desarrollen. Algunos propusieron que el Ministerio de Salud aplique nuevamente la política de los maletines médicos que en épocas anteriores eran distribuídos rutinariamente a todos los promotores de salud rural.

El personal del Ministerio de Salud también consideró que los promotores necesitan y merecen más y mejores incentivos para su trabajo, aunque no se trate de una compensación directa. Entre las sugerencias se mencionó que se les proporcionaran raciones de alimentos tales como los que son distribuídos por CARE; el pago oportuno y regular de viáticos, y a tasas más altas, por su participación en todas y cualesquiera de las actividades de capacitación; y que se les proporcionara un estipendio mínimo. Este último punto fue apoyado fuertemente por la mayoría de los promotores. El personal de los distritos también reconoce que más supervisión y apoyo material servirían como estímulo importante para los promotores, pero, en general, se sienten restringidos por las propias limitaciones de sus instituciones en cuanto a recursos materiales, humanos y financieros.

IV. CONOCIMIENTOS SOBRE EL CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS E INMUNIZACION: RESULTADO DE LOS EXAMENES ESCRITOS

A. Los Exámenes:

Dos exámenes escritos fueron elaborados para analizar el nivel de conocimientos de los promotores sobre inmunización (PAI) y el control de enfermedades diarréicas (TRO). Estos instrumentos fueron preparados en parte en base a cuestionarios similares que ya habían sido utilizados en Guatemala, teniendo cuidado en ajustar el idioma y presentación de las preguntas al nivel educativo de la población estudiada. Todo el equipo de PRITECH, al igual que los participantes del nivel central del Ministerio de Salud, Drs. Reina y Orellana, contribuyeron en la revisión final del contenido técnico y presentación de las preguntas. La calificación de los exámenes se hizo en base a las normas actuales del Ministerio de Salud.

Ambos instrumentos consistieron principalmente de preguntas de selección múltiple, complementadas por un número limitado de preguntas de completación, para tener un total de 18 a 20 preguntas, los cuestionarios sobre TRO y PAI, respectivamente.

B. Logística:

Los instrumentos fueron validados con una pequeña muestra de promotores en San Martín Jilotepeque, Chimaltenango. Subsiguientemente, los exámenes revisados fueron administrados durante el período de investigación de campo en los distritos de salud de Sacapulas, San Lorenzo y San Pedro Carchá, y antes de las investigaciones de campo en Santa Lucía Cotzumalguapa. Cada uno de los distritos de salud asumió la responsabilidad de reunir a sus promotores en la fecha que les fue asignada.

Debido a lo extenso de estos instrumentos, se decidió administrar cada uno de los exámenes únicamente a la mitad de cada uno de los cuatro grupos de promotores incluidos en la muestra. Por lo tanto, aunque los participantes se sentaron con libertad, no se dieron exámenes con el mismo contenido técnico a dos personas sentadas una a la par de la otra. Este sistema además de permitir que el personal del proyecto obtuviera una muestra al azar de los resultados para ambos exámenes en cada uno de los cuatro distritos, también evitó todo intento de copiar como ocurrió durante la validación de los instrumentos.

Asimismo, se había anticipado que la barrera del idioma y bajo nivel de alfabetismo entre los promotores de salud rural en el distrito de San Pedro Carchá podría afectar indebidamente los resultados del examen. No se sabe en qué proporción ello se aplica. Los promotores que eligieron que las preguntas y respuestas fueran traducidas al idioma Kekchí pudieron disponer de traductores.

C. Análisis de Datos:

Para poder establecer una línea de base a partir de los datos iniciales y tener ciertos lineamientos para determinar el formato más apropiado, se hicieron cálculos manuales de los resultados de varias preguntas. Todos los datos crudos de ambos exámenes se ingresaron al sistema que utiliza el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) que funciona en un sistema computarizado Hewlett-Packard HP3000. Luego se hizo una doble revisión visual para controlar errores que pudiera haber cometido el operador, y se produjeron conteos de frecuencia para ambos juegos de datos para garantizar el ingreso completo de los datos. Estos conteos también facilitaron la formación de puntos de corte lógicos para la presentación de los resultados y datos sobre los antecedentes generales de los promotores.

Los subprogramas SPSS que fueron utilizados incluyeron tabulaciones cruzadas, pruebas-t y análisis de varianza de una vía. Según el caso, se usaron valores chi-cuadrados, F y t para probar la significancia estadística (empleando un nivel alfa de 0.05). También se realizó un análisis de varianza de una vía usando la prueba de rangos múltiples de Scheffé para permitir comparaciones post-hoc de promedios.

D. Presentación de Resultados:

La presentación de los resultados del examen se divide en tres secciones: un resumen de datos sobre los antecedentes generales de los promotores en salud rural incluídos en cada muestra; los hallazgos más relevantes a partir de cada examen --primero como resumen de los resultados generales y luego divididos en secciones conforme a sub-temas.

Cada una de las subsecciones de "hallazgos de mayor relevancia" incluye dos tipos de ilustraciones gráficas. En primer lugar, se presentan los resultados generales de la sección, comparando las calificaciones obtenidas por los promotores incluídos en las muestras. Luego, la discusión general de resultados sobre preguntas específicas, se adjunta a cada pregunta una gráfica que ilustra la fuente de error por ítem, presentado como porcentaje de promotores.

Al interpretar las gráficas que se refieren específicamente a las preguntas, es importante recordar que las mismas representan la <u>fuente de error</u>. Se eligió esta metodología para tratar de identificar áreas específicas que deben ser reforzadas en los cursos de capacitación. Por lo tanto, la altura de las barras indica <u>el porcentaje de interrogados que marcaron incorrectamente</u> un ítem que debió haberse dejado en blanco (indicado por una X), y por otra parte, <u>los que no marcaron correctamente</u> los ítems que debieron haberse incluído en la respuesta. "N/A" representa el porcentaje de participantes que no dieron respuesta a la pregunta.

1. Examen sobre TRO

a. Perfil de los Promotores (n=90)

distrito de salud

Este examen escrito de 18 ítems fue administrado a 22 promotores en salud rural del distrito de Sacapulas, El Quiché; 20 de San Lorenzo, San Marcos; 36 de San Pedro Carchá, Alta Verapaz; y 12 de Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla, para obtener una muestra de 90.

sexo

Los hombres constituyeron el 69% de la muestra de estudio, y las mujeres el 31%.

edad

La edad osciló entre 14 y 59 años (promedio = 30). Las personas menores de 18 años, que técnicamente no son elegibles para fungir como promotores en salud rural conforme a las normas actuales del Ministerio de Salud, constituyen el 8% de esta muestra.

Casi el 25% de la muestra se encuentra entre los 18 y 25 años de edad; más del 40% es de 26-35 años; 17% de 36-45; y 7% tiene más de 45 años de edad. No se dispuso de los datos de tres personas (3.3% de la muestra) que se sometieron al examen.

estado civil

Sesenta y siete por ciento de la muestra están casados (61) o viven unidos; 30% son solteros. No se dispuso de datos sobre el 3% de la muestra de estudio.

 # de hijos

El número de hijos osciló entre 0 y 10; 32% de las personas incluídas en la muestra no tenían hijos, lo que corresponde aproximadamente a la población soltera. Veinte por ciento tenían de 1 a 3 hijos; alrededor de una cuarta parte 4-5 hijos; y casi el 15% tenía de 6 a 7 hijos. Siete por ciento de las personas incluídas en la muestra tenían más de 7 hijos. No se dispuso de datos para el 3% de la muestra.

ocupación

Casi el 60% de la muestra se dedica a la producción agrícola en pequeña escala; otro 4% está constituído por 3 comerciantes y un ministro evangélico. Casi todas las mujeres que respondieron a esta pregunta se clasificaron como amas de casa, con excepción de una comadrona soltera. No se dispuso de datos para 7 individuos (8% de la muestra).

Años de servicio

El tiempo de servicio osciló entre un mes y 16 años. Precisamente la mitad de los individuos incluídos en la muestra han trabajado como promotores en salud rural durante 5 años o menos, y el 8% inició sus actividades durante el último año. Una cuarta parte de la muestra habían trabajado de 6 a 12 años. Casi todos los que tienen más de 12 años de experiencia (15%) viven en Sacapulas o en San Pedro Carchá. No se dispuso de datos para 10 individuos (11% de la muestra de estudio).

última capacitación

Casi la mitad de las personas en la muestra indicaron haber recibido adiestramiento un mes antes de que se administrara el cuestionario; una cuarta parte indicó haber recibido adiestramiento en los últimos once meses. Cuatro participantes (4.4%) respondieron no haber asistido a ningún curso de capacitación durante dos o tres años.

Una porción considerable del grupo (más del 20%) no dió respuesta a esta pregunta, y se podría especular que muchos de estos 20 individuos no han sido objeto de re-adiestramiento alguno, o bien el mismo tuvo lugar hace tanto tiempo que no recuerdan las fechas exactas.

b. Resultados de los Exámenes (Preguntas #1-18)

Las normas del Ministerio de Salud fueron la base para calificar los exámenes. Los resultados señalaron que alrededor de dos terceras partes de la muestra calificó en el rango de 50-74%; 18 promotores (20.0%) obtuvieron calificaciones inferiores a 50%. Sólo dos calificaron por encima del 80%.

Calificación Total (%):	**Promedio**	**DS**	**Rango**
Promotores de Salud (n=90)	59.4	11.3	31.9-81.9

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p \leq .05$) en el promedio de los resultados de este examen, entre los promotores de los distintos distritos. Tampoco se detectó asociación alguna entre el resultado total obtenido por los promotores y su edad, sexo, ocupación, estado civil o número de hijos. Aún más importante, no se encontró diferencia alguna entre estos resultados y los años de experiencia que tenían los interrogados como promotores (oscilando entre un mes y 16 años) o por la última vez que fueron capacitados. Del 80% aproximadamente que respondió a este último ítem, casi el 75% indicó haber recibido adiestramiento durante el último año.

Sin embargo, en el promedio de resultados obtenidos en algunas subsecciones de esta examen sí surgieron algunas diferencias estadísticas entre los promotores por distrito, conforme lo indican los asteriscos (*) en el cuadro que aparece a continuación.

Resultado Promedio por Sub-Sección del Examen (%)

Peligros, Causas y Prevención	82.5*
Diagnóstico y Referencia	77.5*
Alimentación y Líquidos	41.9*
Historias de Caso	54.2*
Preparación de SRO	65.0
Administración de SRO	23.8*

c. **Peligros, Causas y Prevención de Diarrea y Deshidratación** (Preguntas 1-2, 17-18)

El mejor punteo promedio se obtuvo en este grupo de cuatro preguntas que formaron parte del examen de seis sub-secciones. Tres cuartas partes de los promotores obtuvieron resultados superiores al 75%, y más del 10% obtuvieron 100%. Sólo un promotor obtuvo una calificación inferior a 50%.

No se encontraron diferencias significativas entre los distintos grupos de promotores.

Peligros, Causas y Prevención	**Promedio**	**DS**	**Rango**
Promotores de Salud (n=90)	82.5	14.4	43.8 -100

A pesar de los buenos resultados obtenidos, en términos generales en esta subsección de preguntas, se detectaron algunas áreas débiles conforme se señala en las gráficas que se refieren a preguntas específicas y que representan la fuente de error que se presenta para concluir la siguiente discusión.

Pregunta #1: Más del 20% de los promotores no consideraron que la desnutrición o muerte fueran posibles complicaciones de la diarrea. Es interesante observar que casi el 15% de los promotores no admitió que la diarrea puede conducir a la deshidratación --enfoque primordial de los esfuerzos para controlar las enfermedades diarréicas. Un porcentaje similar indicó que no consideraban que la diarrea fuera peligrosa. Estos errores fueron más pronunciados entre los promotores del distrito de San Pedro Carchá. Un promotor no respondió a la pregunta.

Pregunta #2: En relación a las causas de diarrea, el rango de respuestas incorrectas por ítem se encontró alrededor del 10% o menos, salvo por el "mal de ojo" que es considerado como una razón por casi una tercera parte de todos los promotores, indicando, por consiguiente, que la creencia prevalece entre una porción significativa de esta muestra.

Casi el 40% de los promotores consideraron que la "dentición" es una posible causa de diarrea. Esta respuesta merece consideración, ya que la dentición en realidad puede ser causa indirecta de diarrea en aquellos casos en que el niño que está en el período de dentición introduce a su boca todo lo que encuentra en el camino --esté o no contaminado-- para aliviar la incomodidad que siente. Dos promotores no respondieron a esta pregunta.

Pregunta #17: En general, los conocimientos sobre medidas preventivas para la diarrea eran adecuados, aunque siete promotores (7.8%) omitieron señalar la opción relativa a "higiene personal". Los 36 promotores del distrito de San Pedro Carchá respondieron correctamente.

Alrededor del 5% de los promotores incluídos en la muestra omitieron responder a los ítems relacionados con saneamiento ambiental, preparación adecuada de alimentos y prácticas de almacenamiento. Estos errores fueron más comunes entre los promotores del distrito de Santa Lucía Cotzumalguapa.

Pregunta #18: En general, el nivel de conocimientos sobre medidas para prevenir la deshidratación también fue alto, con excepción de la persistencia de la creencia que la madre debe sobar el estómago del niño y darle medicinas para "parar" la diarrea (alrededor de una tercera parte de los promotores). Seis promotores (6.7%) también respondieron que debe interrumpirse la lactancia hasta que haya pasado el episodio de diarrea.

Es importante observar que sólo dos promotores (2.2%) omitieron indicar que la madre debe dar a su hijo muchos líquidos como medida apropiada para prevenir la deshidratación. Dos promotores no respondieron la pregunta.

NOTA: Al interpretar las gráficas que siguen, es importante observar que ellas representan la fuente de error. Por consiguiente, la altura de las barras indica el porcentaje de participantes que marcaron incorrectamente un ítem que debió haberse dejado en blanco (indicado por una X), y por otra parte, los que omitieron marcar los ítems correctos que debieron incluirse en la respuesta. "N/A" representa el porcentaje de participantes que no dieron respuesta a la pregunta.

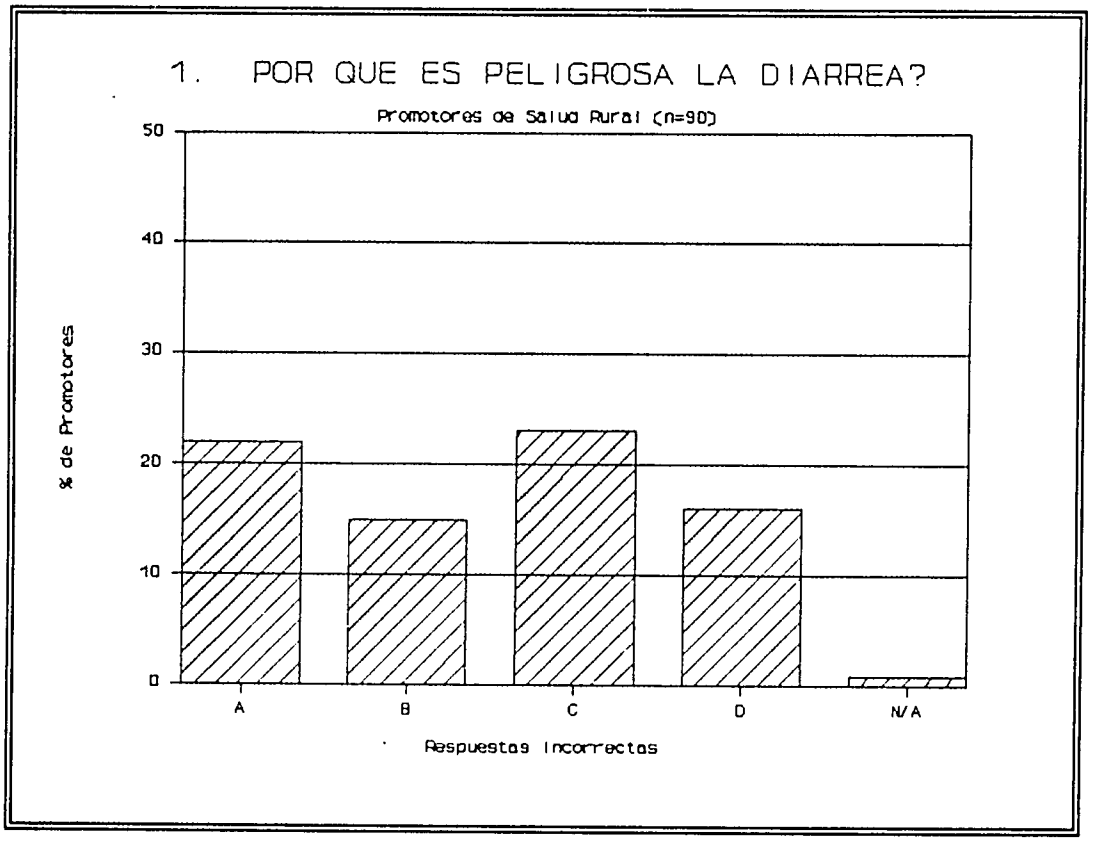
1. ¿Porqué piensa usted que los asientos pueden ser peligrosos? (Subraye la o las respuestas correctas.)

a) Los asientos son peligrosos porque pueden causar desnutrición.

b) Los asientos son peligrosos porque pueden causar deshidratación (hacen que se seque el cuerpo).

c) Los asientos son peligrosos porque pueden causar la muerte.

X d) Los asientos NO son peligrosos, ya que son comunes y corrientes tanto entre los niños pequeños como entre las personas grandes.



Gráfica 1: Peligro de la Diarrea

2. ¿Cuáles de las siguientes situaciones pueden causar asientos? (Subraye la o las respuestas correctas.)

a) La madre no se lava las manos antes de preparar la comida de su hijo.

b) El niño gateó por el suelo, junto con los animales de la casa.

c) La madre no tapa la comida, y las cucarachas y moscas andan por ella.

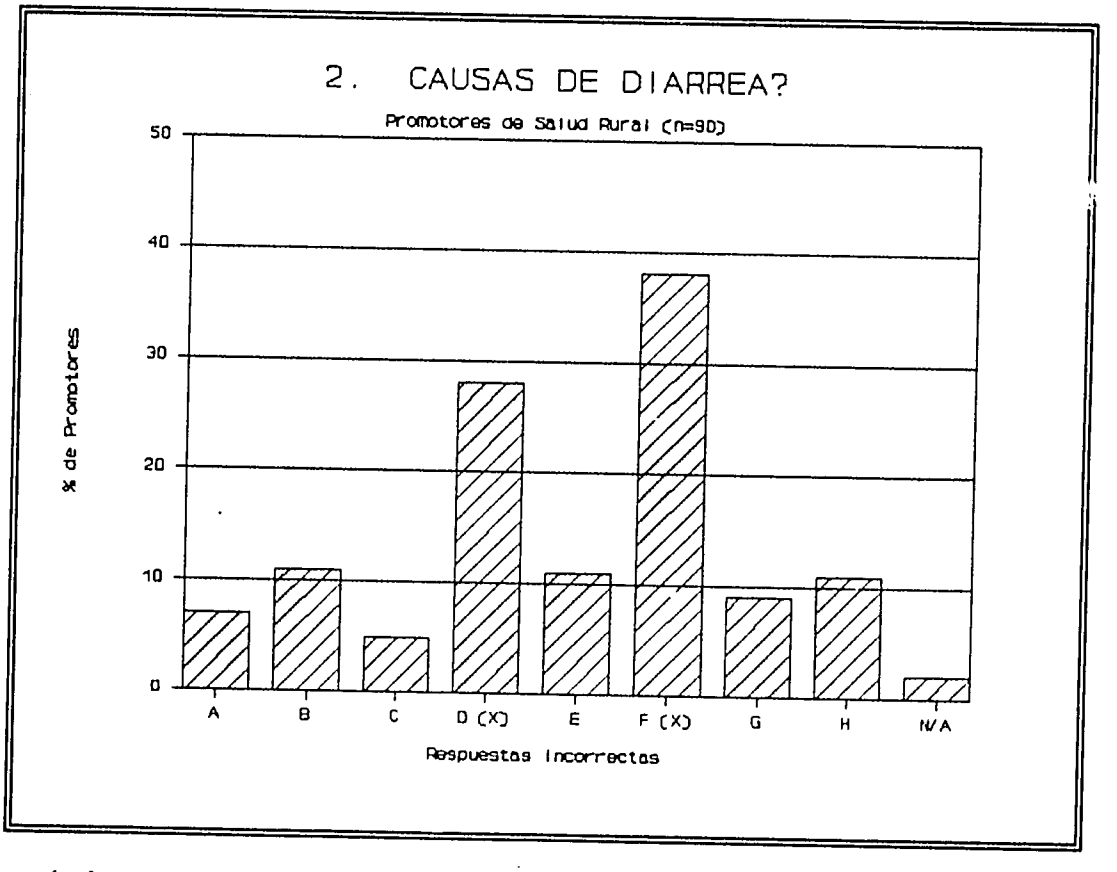
X d) Le pegan al niño mal de ojo.

e) La madre prepara la comida del niño con agua sucia.

X f) Al niño le están saliendo los dientes.

g) La madre no lava las frutas y verduras que come el niño.

h) El niño se mete los dedos sucios en la boca.



Gráfica 2: Causas de Diarrea

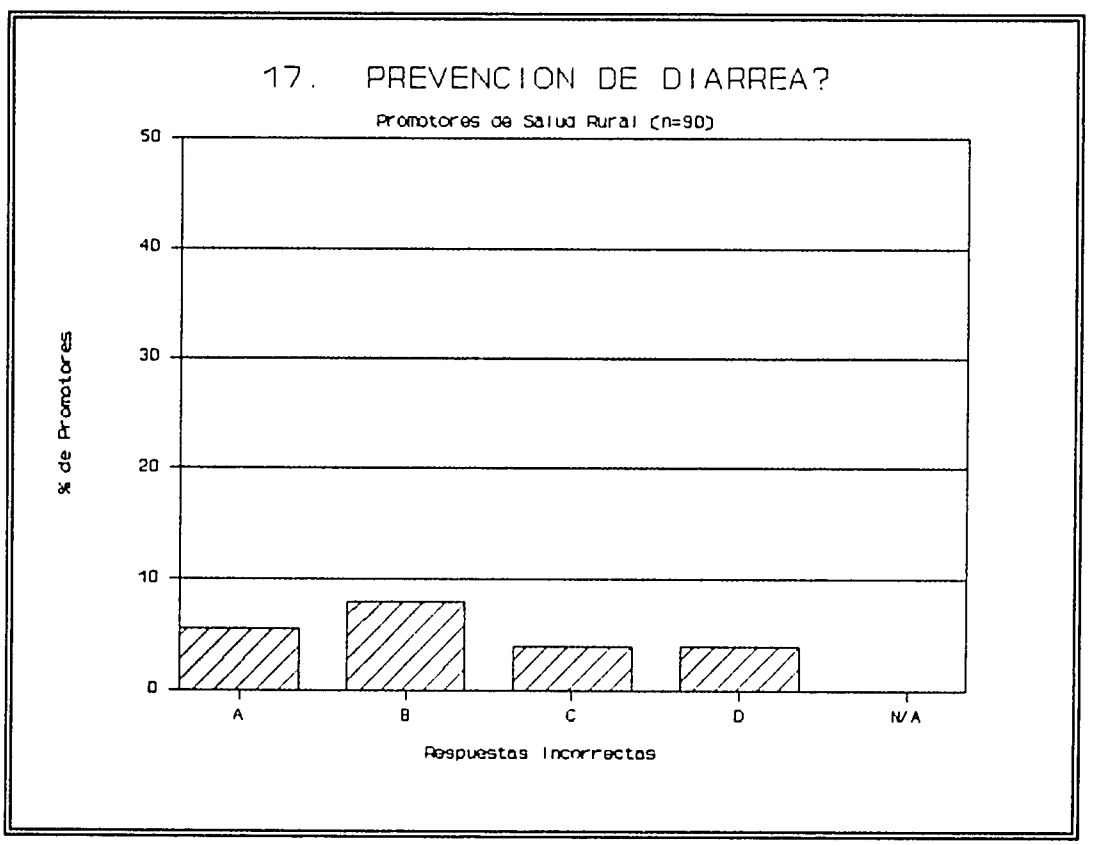
17. ¿Qué debe aconsejarle a una mamá que haga para ayudar que sus hijos no se enfermen tan seguido de asientos? (Subraye la o las respuestas correctas.)

a) La mamá debe mantener la casa bien limpia, y los animales fuera de ella.

b) La mamá debe tener mucho cuidado en el aseo de toda la familia.

c) La mamá debe mantener una buena higiene en la preparación de los alimentos.

d) La mamá debe mantener los trastos y la comida tapados.



Gráfica 3: Prevención de Diarrea

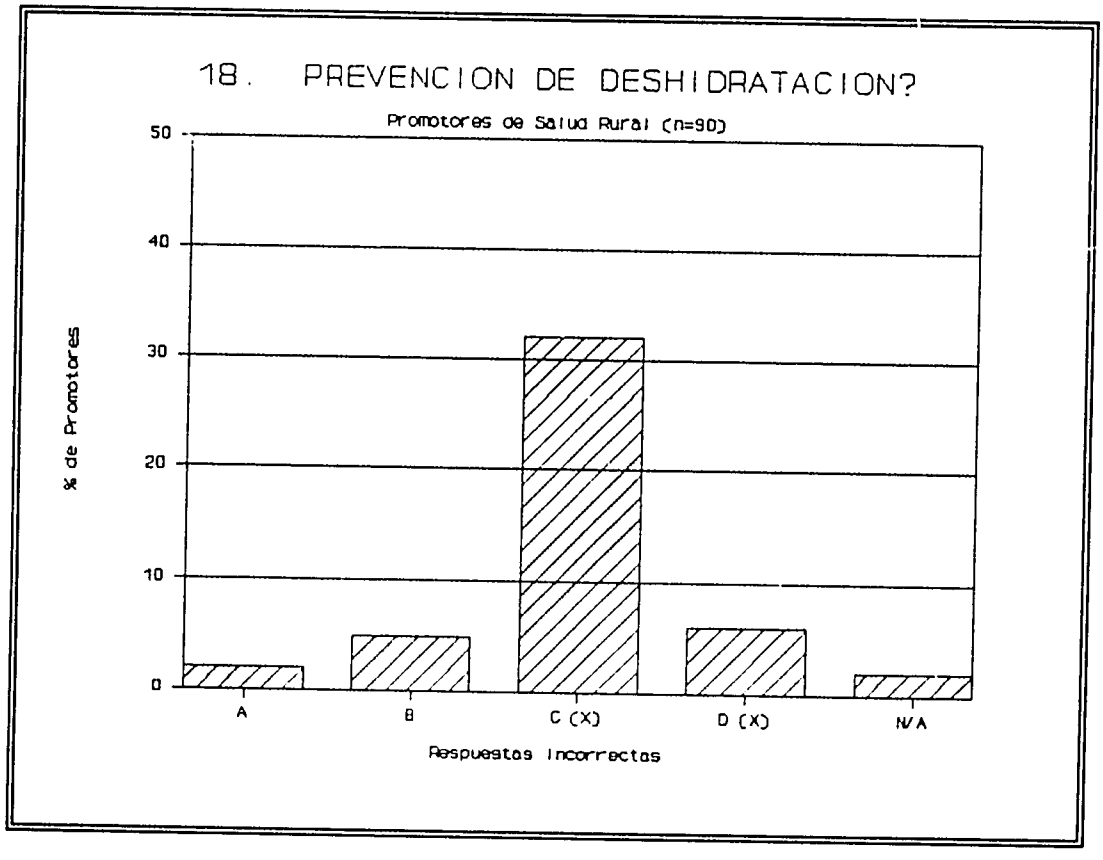
18. ¿Qué debe hacer una madre para evitar que su hijo se deshidrate cuando tiene asientos? (Subraye la o las respuestas correctas.)

a) Debe darle al niño muchos líquidos desde que le empiezan los asientos.

b) Si el niño está mamando, debe seguir dándole de mamar

X c) Debe sobarle el estómago, y darle medicina para parar los asientos.

X d) No debe darle de mamar al niño hasta que se le quiten los asientos.



Gráfica 4: Prevención de Deshidratación

d. **Diagnóstico y Referencia** (Preguntas #3-4, 12)

Aunque hay una gran variación en los punteos individuales para esta sección, la calificación promedio de los promotores como grupo es relativamente alta. Más de dos tercios obtuvo punteos arriba de 75% en estas tres preguntas. Un cuarto obtuvo un punteo de 100% -- el punteo modal para este grupo -- y es el más alto porcentaje de promotores que obtuvieron este punteo en todas las sub-secciones del examen. Sólo siete promotores (7.8%) obtuvieron punteos menores de 50%. Hay una diferencia estadísticamente significativa entre las calificaciones de los promotores por distrito.

Diagnóstico y Referencia (%)		**Promedio**	**DS**	**Rango**
Promotores de Salud	(n=90)	77.5	20.8	8.3-100
Sacapulas	(n=22)	77.5	15.8	41.7-100
San Lorenzo	(n=20)	65.0	25.0	8.3-100
San Pedro Carchá	(n=36)	86.7	17.5	41.7-100
Santa Lucía Cotz.	(n=12)	73.3	17.5	33.3-100

Pregunta #3: Aunque el nuevo manual de capacitación[7] para promotores no presenta específicamente un plan de diagnóstico que se pueda observar para analizar los casos de diarrea y grado de deshidratación, parece ser que la mayoría de los promotores conocen bastante bien la clase de preguntas que deben hacer para poder dar un diagnóstico tentativo.

El ítem que dió lugar a las mayores dificultades entre los promotores fue el que preguntaba si el niño estaba "mojando sus pañales menos que de costumbre" (opción D). Este ítem se incluyó con el fin de identificar una disminución en la orina como signo de deshidratación, pero la redacción de la misma pudo haber sido demasiado vaga para que los participantes pudieran hacer la relación que se deseaba. Más del 50% de los promotores de los cuatro distritos omitieron marcar este ítem.

Pregunta #4: En general, el nivel de conocimientos sobre signos de deshidratación fue bastante alto entre los promotores. Sin embargo, tres de los ocho ítems en esta pregunta dieron lugar a ciertas dificultades. Más del 20% de los promotores omitió marcar la opción B ("el niño orina menos de lo acostumbrado")

---

[7] Guía para el Personal Voluntario en la Prevención y Tratamiento de las Diarreas. Div. de Vigilancia y Control de Enfermedades, Div. de Recursos Humanos/DGSS/MSPAS. Guatemala, Dic. 1987.

como signo de deshidratación. Este resultado es consistente con el hecho de que el mismo concepto también fue motivo de dificultad en la pregunta anterior.

Más del 30% no reconoció la irritabilidad (opción C) como posible signo de deshidratación. Esta es una de los signos que se enumeran en el nuevo manual para promotores, pero no se incluye en la versión PRINAPS utilizada anteriormente. Este resultado, por lo tanto, podría ser reflejo de la versión del manual --si existiera--utilizada para el adiestramiento. En realidad, entre los cuatro distritos, los promotores de Santa Lucía Cotzumalguapa (en donde se ha utilizado la versión "antigua" del manual hasta agosto de de 1988) fueron los más propensos a responder este ítem incorrectamente. Los de Sacapulas, en donde se indicó a los investigadores que durante el adiestramiento no se habían distribuído manuales, obtuvieron el segundo lugar en el porcentaje de respuestas incorrectas a este ítem.

La prueba de la piel (opción H) tampoco fue reconocida por muchos promotores (más del 35%) como medio útil para determinar la presencia de deshidratación, aunque se menciona en ambas versiones del manual. (Aquí también, los promotores de Sacapulas --en donde evidentemente no se han utilizado manuales-- obtuvieron la calificación más baja).

Otra explicación para estos resultados podría ser que entre los distintos signos y síntomas de deshidratación, esta parece ser la más difícil de conceptualizar cuando no se tiene experiencia personal. Si los promotores en la práctica no han podido examinar a un niño deshidratado, es posible que les sea difícil comprender este tipo de información más allá del nivel teórico del "libro de texto".

Pregunta #12: El reconocimiento de los síntomas para referencia también fue bastante bueno. El único ítem en el que las respuestas incorrectas superaron el 20% fue el que se relacionaba con "fiebre alta" --importante hallazgo en términos programáticos, debido a que ésta es un signo que debe dar lugar a referencia, sin importar su causa. También cabe señalar que ocho promotores no dieron respuesta a esta pregunta.

Los promotores de San Lorenzo tuvieron las mayores dificultades con los cuatro ítemes de esta pregunta, seguidos por los de Santa Lucía Cotzumalguapa; los de San Pedro Carchá, por lo general, obtuvieron las calificaciones más altas.

NOTA: Todas las opciones de respuesta que se presentan en las tres preguntas siguientes son correctas y, deben ser marcadas por los participantes. Por tanto, las gráficas que aparecen a continuación ilustran el porcentaje de participantes que omitieron marcar cierto ítem.

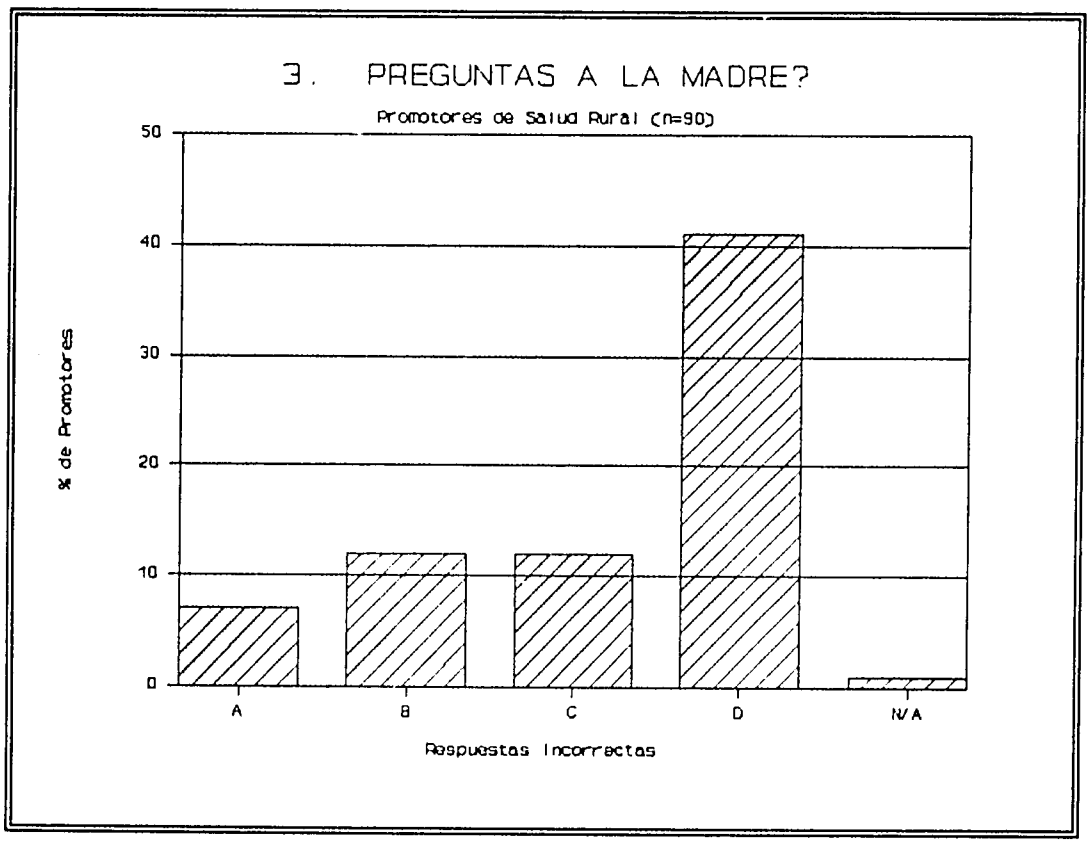
3. ¿Qué preguntas debe hacerle a una madre cuando su hijo tiene asientos? (Subraye la o las respuestas correctas.)

a) ¿Cuántos asientos hace el niño al día?

b) ¿Está vomitando el niño?

c) ¿Está tomando el niño más líquidos que de costumbre?

d) ¿Está mojando los pañales menos que de costumbre?



Gráfica 5: Preguntas a Hacer a la Madre

4. ¿Cuáles de las siguientes son señas de la deshidratación cuando un niño tiene asientos? (Subraye la o las respuestas correctas.)

a) El niño tiene más sed de lo normal.

b) El niño orina poca cantidad y oscura.

c) El niño está irritable o indispuesto.

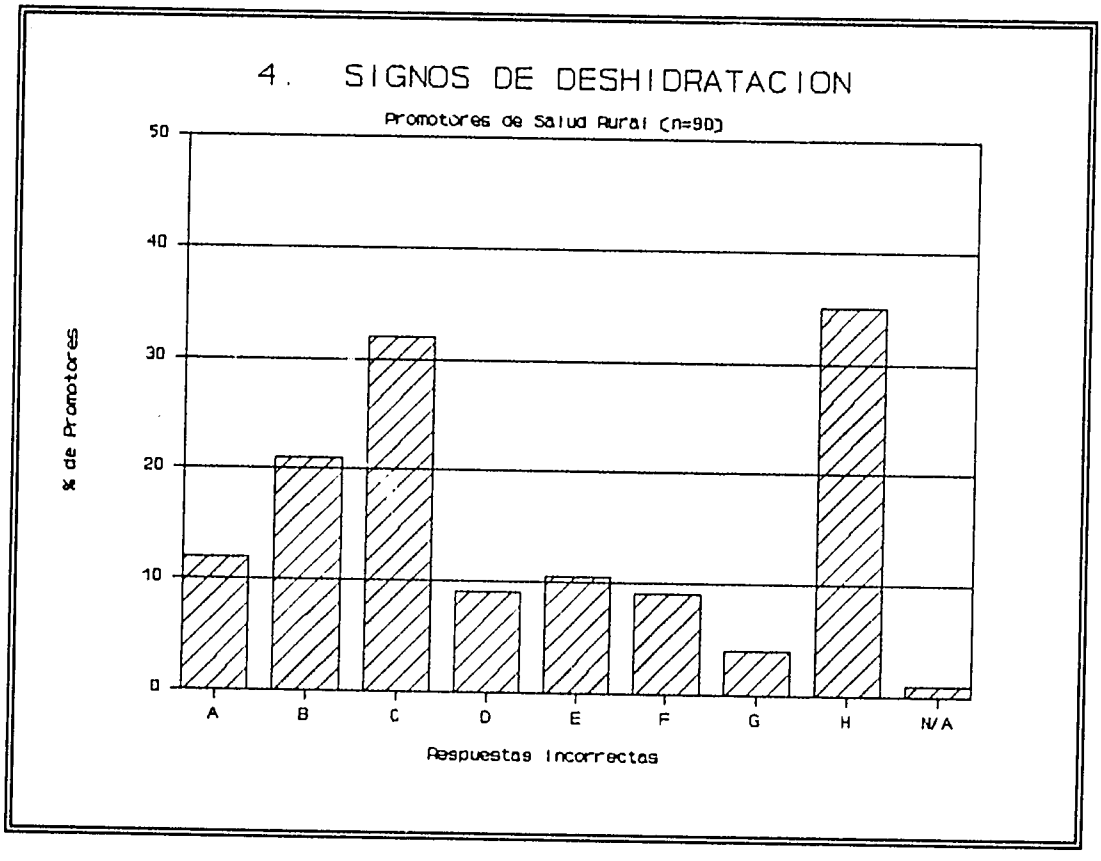
d) A los niños pequeños, se les hunde la mollera.

e) El niño llora sin lágrimas.

f) El niño tiene los ojos hundidos.

g) El niño tiene la boca y lengua secas.

h) Cuando se hace un pliegue en la piel del niño, la piel recupera su forma normal con lentitud.



Gráfica 6: Signos Importantes de Deshidratación

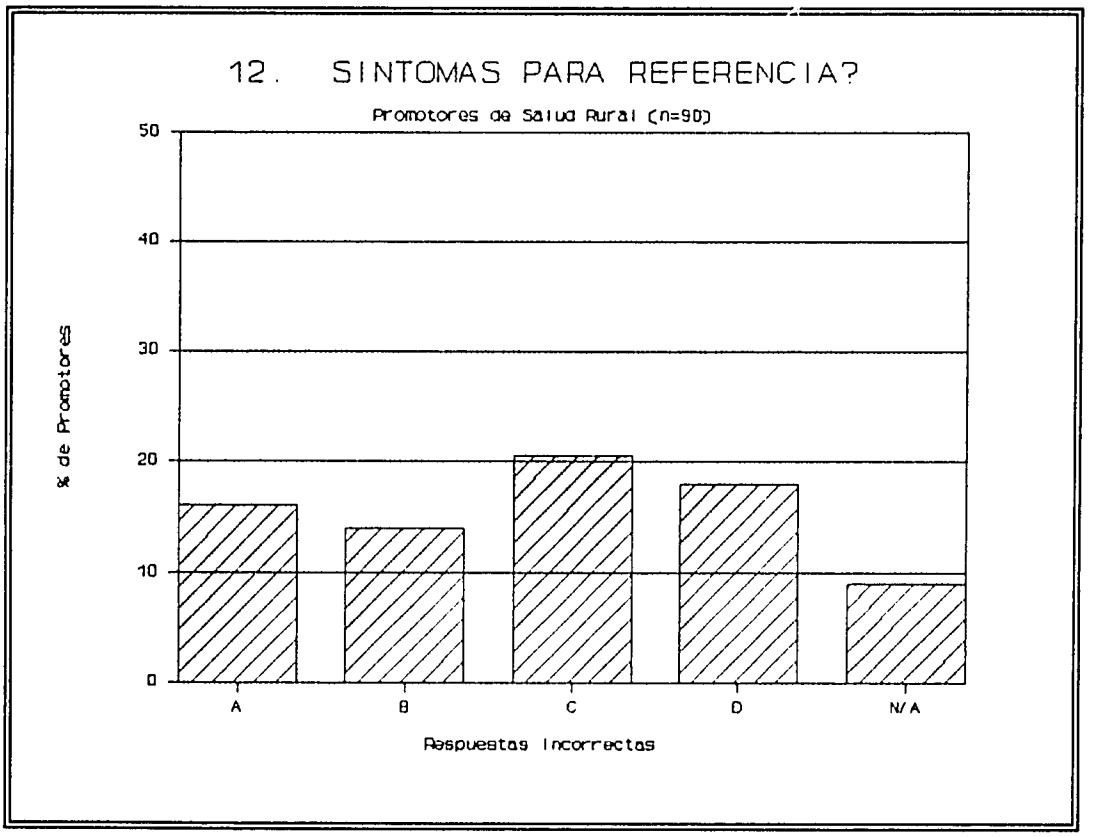
12. ¿Cuándo debe una mamá llevar a su hijo al servicio de salud si tiene asientos? (Subraye la o las respuestas correctas.)

a) Cuando el niño tiene vómitos muy seguidos.

b) Cuando el niño tiene moco o sangre en los asientos.

c) Cuando el niño tiene fuerte calentura.

d) Cuando el niño no puede o no quiere mamar o tomar líquidos.



Gráfica 7: Síntomas para Referencia a un Servicio

e. **Alimentación y Líquidos** (Preguntas #5-8)

Este conjunto de cuatro preguntas presenta la mayor causa de preocupación entre las seis sub-secciones del examen, debido a que la adecuación de conocimientos en relación a la administración de líquidos y prácticas de alimentación durante y después de un episodio de diarrea puede potencialmente tener un impacto serio y directo sobre el estado nutricional del niño. Casi la mitad de los promotores obtuvieron punteos por debajo de 50% en estas preguntas. Sólo tres promotores (3.3%) obtuvieron punteos de 100%.

Existe diferencia estadísticamente significativa entre los punteos promedio por distrito para esta sección.

Alimentación y Líquidos (%)		**Promedio**	**DS**	**Rango**
Promotores	(n=90)	41.9	31.3	0-100
Sacapulas	(n=22)	28.1	35.0	0-93.8
San Lorenzo	(n=20)	61.9	25.6	0-100
San Pedro Carchá	(n=36)	39.4	28.8	0-100
Santa Lucía Cotz.	(n=12)	41.3	23.8	0-75

Como ilustran las siguientes gráficas que representan la fuente de error, la mayoría de participantes respondieron que la madre debe dar de mamar, alimentación y otros líquidos como de costumbre cuando el niño tiene diarrea (Preguntas #5-7, respuesta opción A).

Esta respuesta, aunque incorrecta, es consistente con los mensajes educativos que aparecen en el nuevo manual de capacitación para promotores[8], que únicamente dice "no interrumpa la lactancia ni los alimentos"; "continúe dando el pecho a su niño y utilice los líquidos disponibles en casa"; y "continúe alimentando y dando líquidos". Los materiales de capacitación de PRINAPS utilizados anteriormente contienen mensajes similares. Ninguno de los manuales señala que durante un episodio de diarrea debe darse de mamar con más frecuencia, o que deba aumentarse el consumo de líquidos, o incrementar el número de comidas (aunque en porciones más pequeñas). Ninguno de los dos manuales enfoca la alimentación después de un episodio de diarrea (Pregunta #8).

---

[8] Guía para el Personal Voluntario en la Prevención y Tratamiento de las Diarreas. Div. de Vigilancia y Control de Enfermedades, Div. de Recursos Humanos/DGSS/MSPAS. Guatemala, Dic. 1987. pp. 3, 9-10.

Estos mensajes también se presentan inconsistentemente en los nuevos manuales de normas del Ministerio de Salud preparados para el personal institucional,[9] [10] e incluyen instrucciones que en ocasiones especifican un "aumento", y en otras oportunidades sólo dicen que se "continúe" o que "no se suspenda".

Aunque en las cuatro preguntas se dice explícitamente que sólo debe marcarse una respuesta, la mayoría de los promotores señalaron más de una --por lo general la combinación de opciones A y B ("continuar como siempre" y "aumentar", respectivamente). Este patrón parecería sugerir que cuando menos algunos de los promotores en realidad conocen las normas actuales del Ministerio de Salud que cubren este material, pero que existe también un nivel significativo de confusión entre lo que los manuales dicen y los mensajes que pueden haber recibido de otras fuentes.

El hallazgo más inquietante en esta sección es que entre una cuarta y una tercera parte de los promotores indicó que la "reducción" o "suspensión" de la lactancia, líquidos o alimentos era el tratamiento adecuado durante un episodio de diarrea. Además, más del 10% indicaron que después de un episodio de diarrea debe darse al niño menos alimentos para dejar que "el estómago descanse", y 40% indicaron que sólo deben ofrecerse sopas y atoles.

Tres (3.3%) de los promotores no respondieron a la Pregunta #6 relacionada con la administración de líquidos y uno no respondió a la Pregunta #7 respecto a las prácticas de alimentación durante un episodio de diarrea.

---

[9] Manual de Normas y Guías de Atención Materno-Infantil. Depto. Materno-Infantil, DGSS/MSPAS. Guatemala, 1988. pp.106, 109, 121, 212-213.

[10] Módulo Integrado de Supervivencia Infantil. MSPAS/INCAP. Guatemala, 1988. pp. 141, 143, 151.

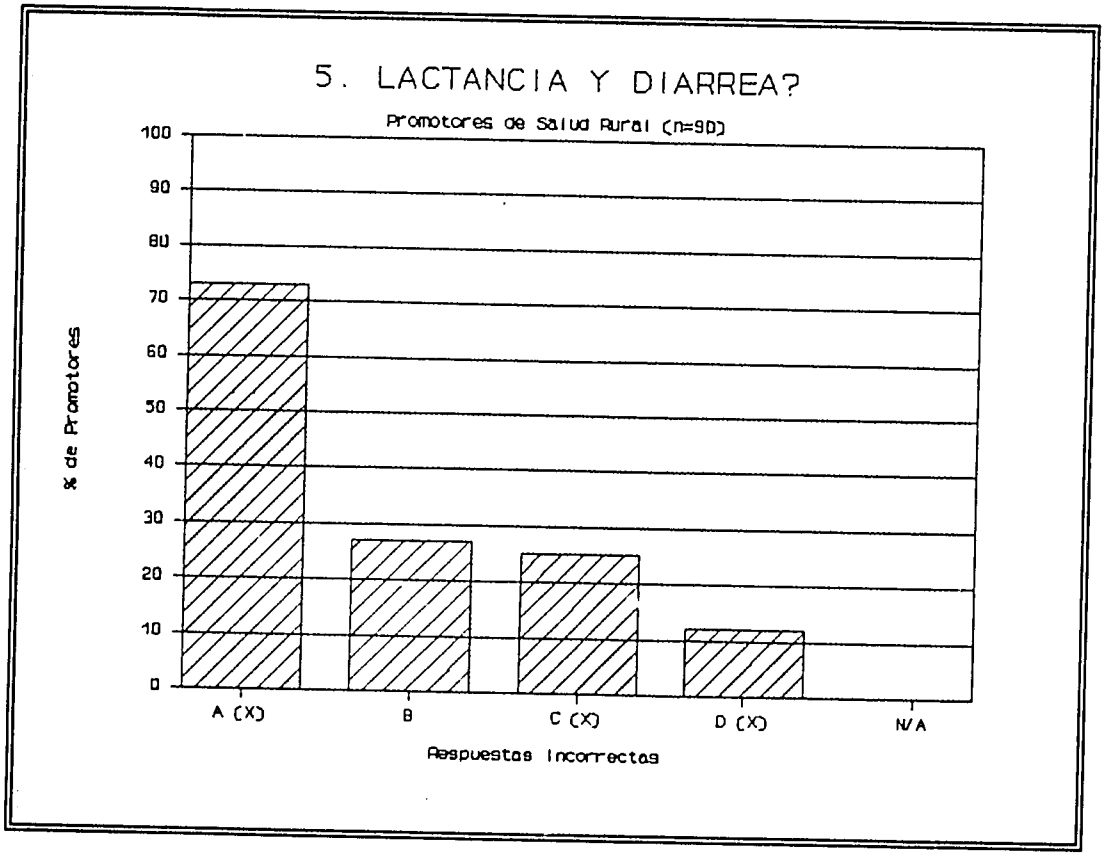
5. ¿Cuál de los siguientes consejos debe dar a una madre sobre la lactancia cuando su hijo tiene asientos? (Marque una sola respuesta.)

X a) Debe darle de mamar a su hijo igual que siempre.

b) Debe darle de mamar más que cuando el niño no tiene asientos.

X c) Debe darle de mamar a su hijo menos que de costumbre.

X d) Debe dejar de darle pecho al niño hasta que se le quiten los asientos.



Gráfica 8: Lactancia Materna -- Consejos durante Diarrea

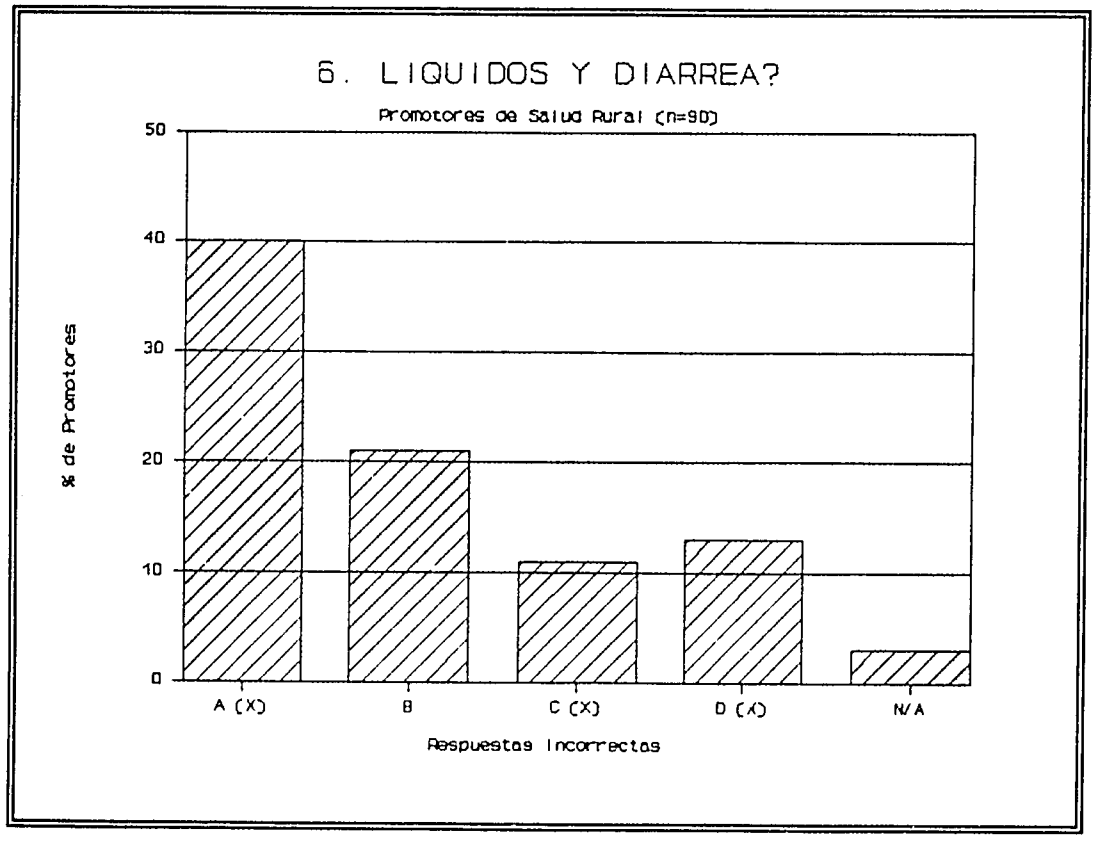
6. ¿Cómo debe una madre darle líquidos a su hijo cuando tiene asientos? (Marque una sola respuesta.)

X a) Debe darle la misma cantidad de líquidos que de costumbre.

b) Debe darle más líquidos que cuando no tiene asientos.

X c) Debe darle menos líquidos que de costumbre.

X d) Debe dejar de darle líquidos al niño hasta que se le quiten los asientos.



Gráfica 9: Administración de Líquidos durante Diarrea

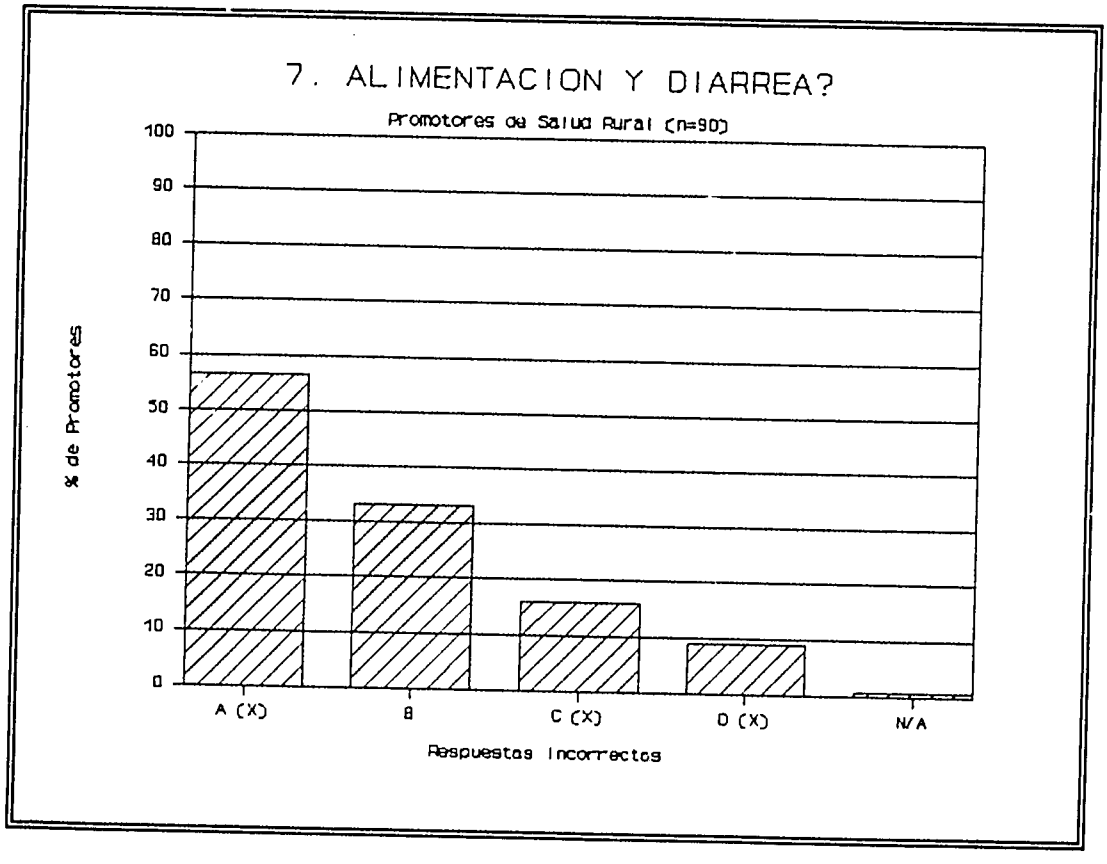
7. ¿Cuál de los siguientes consejos debe darle a una madre sobre la alimentación de su hijo cuando tiene asientos. (Marque una sola respuesta.)

X a) Debe darle de comer a su hijo igual que siempre.

b) Debe darle comida más pequeñas pero más seguidas.

X c) Debe darle menos comida que de costumbre.

X d) Debe dejar de darle de comer al niño hasta que se le quiten los asientos.



Gráfica 10: Alimentación durante Diarrea

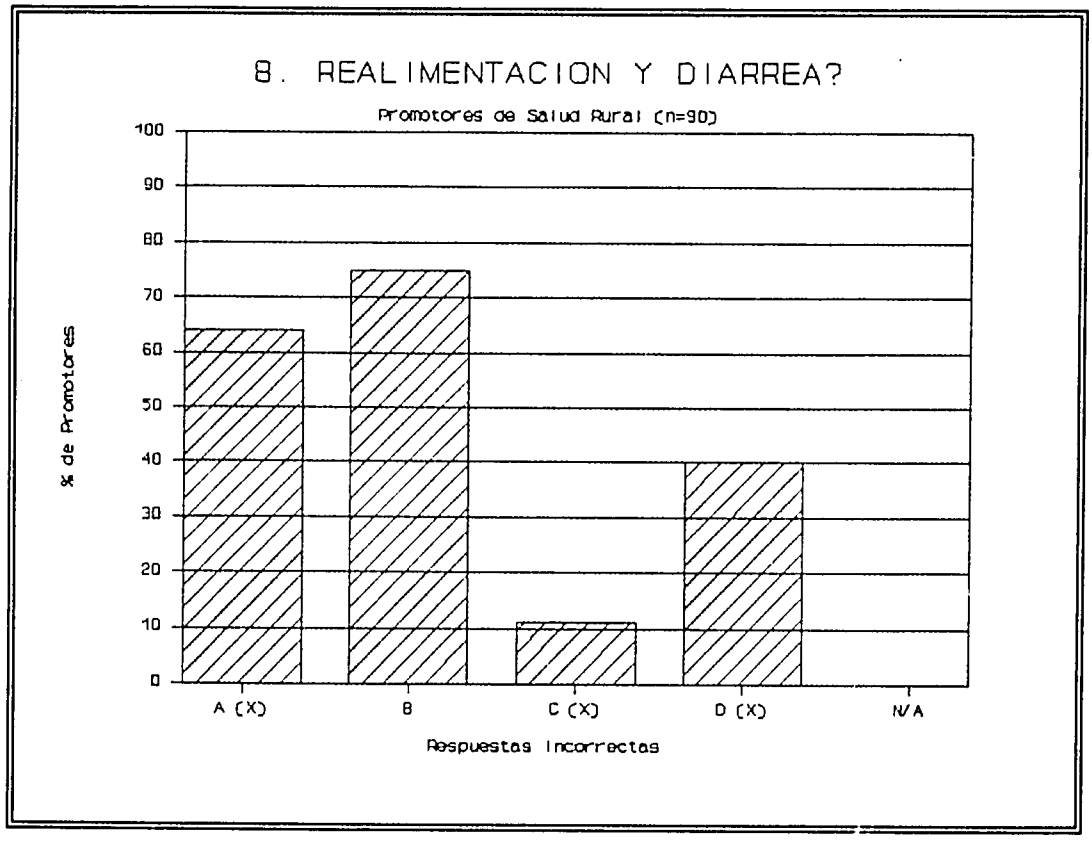
8. Cuando el niño ya no tiene asientos, ¿cómo debe la mamá darle de comer a su hijo? (Marque una sola respuesta.)

X a) Debe darle de comer en las cantidades acostumbradas.

b) Debe darle una comida extra durante 2 semanas.

X c) Debe darle de comer en menor cantidad que de costumbre para dejar descansar el estómago.

X d) Debe darle solamente sopitas y atoles.



Gráfica 11: Alimentación después Diarrea

f. **Historias de Caso** (Preguntas #9-11)

A través de estas preguntas se trataba de establecer hasta dónde podían hacer diferencias los participantes del estudio entre los grados de deshidratación y aplicar el plan de tratamiento más adecuado para cada caso. Las preguntas se redactaron tratando de simular situaciones de la "vida real" que podrían presentársele a un promotor en el curso de sus visitas domiciliares. Se especificó que sólo se marcara una respuesta para cada pregunta, según el interrogado considerara como el "consejo más apropiado" para la madre; las opciones eran idénticas para cada uno de los tres casos. Luego, la calificación se basó en las normas institucionales del MSPAS, utilizando el "Plan A/B/C" que vincula el tratamiento con la gravedad de la deshidratación.

Los resultados de esta sección con el sistema de calificación utilizado son bajos. Es importante observar que muchas de las respuestas incorrectas fueron por marcar más de una respuesta incorrecta y no por omisión. En realidad, los participantes se "adelantaban a ellos mismos" en el plan de tratamiento -- por ejemplo, refiriendo al servicio de salud "lo más pronto posible" a un paciente con signos de deshidratación leve-moderada.

Una gran mayoría de los interrogados marcaron más de una repuesta a pesar de las instrucciones. El hecho que muchos hayan marcado una combinación de "aumentar los líquidos" (opción A), "dar SRO" (opción C), y "referir" (opción D), sugiere que aunque estos individuos están familiarizados con medidas de tratamiento aceptables, no pueden hacer diferencias adecuadas según la gravedad del caso. Este resultado no fue sorprendente, debido a que el Plan A/B/C no se presenta en los manuales de capacitación para los promotores.

Por otra parte, varios participantes marcaron todas, o casi todas, las opciones que se presentaron. En comparación con el ejemplo anterior en el que los interrogados cuando menos parecían tener entendimiento de lo que sería el tratamiento aceptable bajo ciertas circunstancias, este segundo caso parece implicar que no existe comprensión clara en relación al manejo de un caso de diarrea, sin importar la presencia o gravedad de la deshidratación.

Como se ilustra a continuación en las gráficas de las respuestas incorrectas por pregunta y por ítem, también existen ciertos malos entendidos en relación al tratamiento adecuado, los cuales merecen que se les preste atención, en especial, la creencia de que se deben recetar antidiarréicos e inyecciones de vitamina B.

Casi el 20% de los promotores indicaron que debe suspenderse la lactancia a un niño con diarrea, cuando no tenga signos de deshidratación; alrededor del 10% indicó que aconsejaría que se le quitara el pecho a un niño que padezca cierto grado de deshidratación. Cinco de los promotores (5.6%) no recetarían tratamiento alguno para un niño que no presente signos de deshidratación. Por supuesto, algunas de estas respuestas

pertenecen a los individuos que marcaron todas o casi todas las opciones que se presentaron. Dos promotores (2.2%) no respondieron la pregunta #19 (diarrea sin signos de deshidratación).

Pregunta #9 (diarrea sin signos de deshidratación)

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de los promotores de los distintos distritos.

Historias de caso (%):		**Promedio**	**DS**	**Rango**
Promotores de salud	(n=90)	54.2	25.0	0.0-100
Sacapulas	(n=22)	44.2	20.8	0.0-100
San Lorenzo	(n=20)	47.5	20.0	16.7-100
San Pedro Carchá	(n=36)	65.8	26.7	16.7-100
Sta. Lucía Cotz.	(n=12)	51.7	17.5	33.3-75.0

9. Cuando Carlitos, el hijo de Marta tiene 9 meses, se enferma de los asientos. En la visita domiciliaria que usted hace a la casa de Marta, encuentra que Carlitos se ve bien activo. Su boca y lengua están húmedas como siempre. Sus ojos se ven normales, y cuando llora tiene lágrimas. Además, la mollera está normal, o sea, no está hundida.

¿Cuál de los siguientes es el mejor consejo que usted puede dar a Marta en este caso? (Marque una sola respuesta.)

a) Marta debe darle a Carlitos más líquidos que de costumbre.

X b) Marta debe dejar de darle pecho a Carlitos hasta que le pasen los asientos.

X c) Marta debe darle a Carlitos suero oral o suero casero.

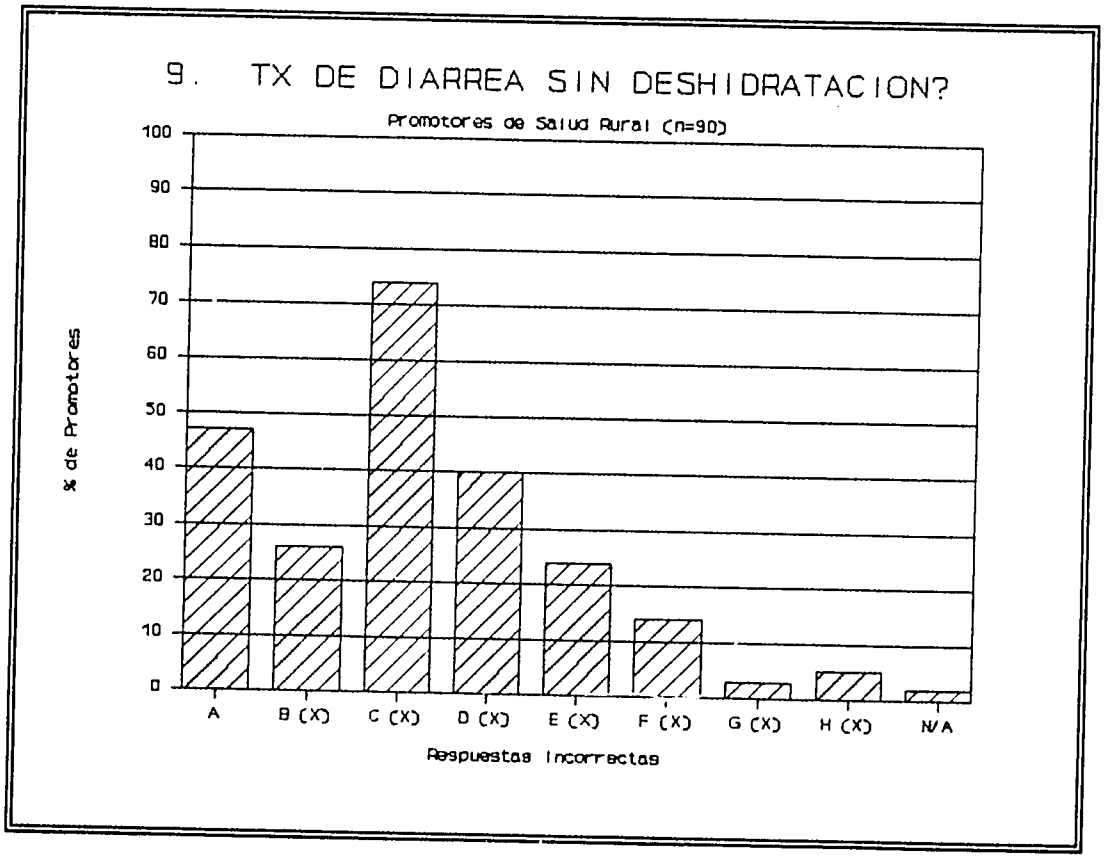
X d) Marta debe llevar a Carlitos al servicio de salud lo más pronto posible.

X e) Marta debe comprar medicinas para quitarle los asientos.

X f) Marta debe ponerle una inyección de vitamina B.

X g) Marta debe darle antibióticos (penicilina).

X h) Marta no debe hacer nada, ya que los asientos son muy comunes en niños pequeños y a veces se quitan solos.

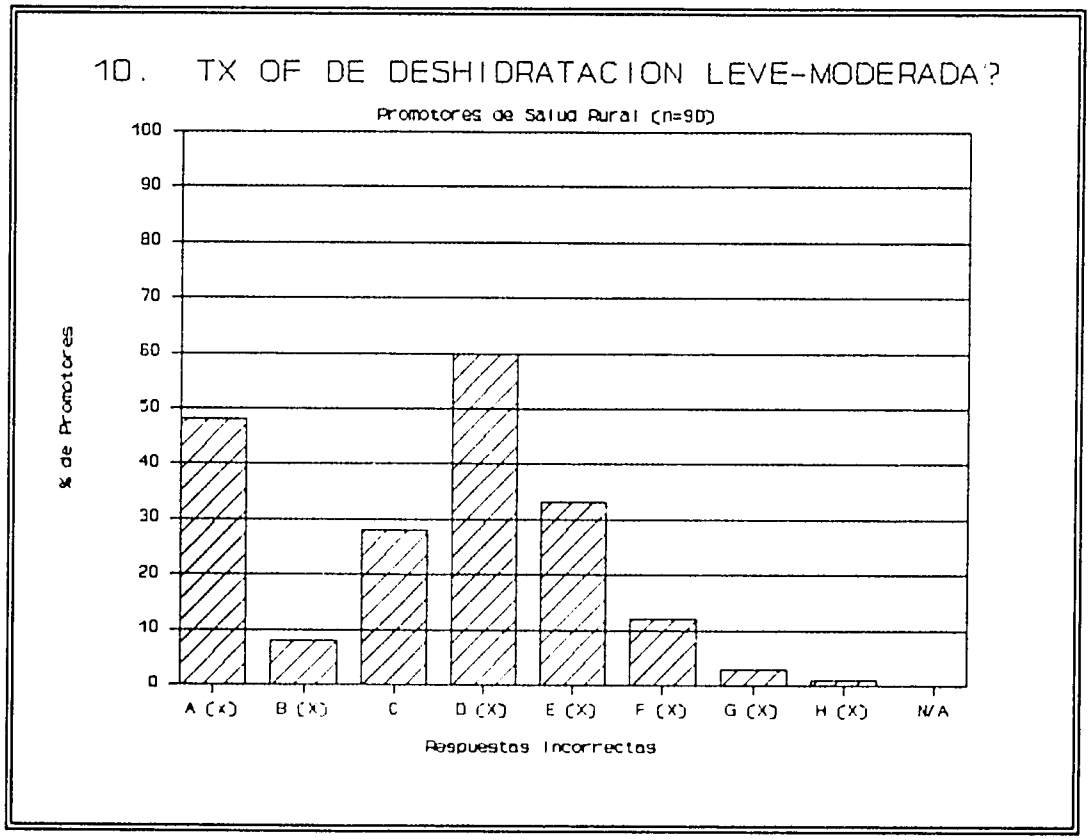


Gráfica 12: Tratamiento de Diarrea sin Deshidratación

10. Usted visita otra casa y encuentra que el niño pequeño ha tenido asientos desde hace 2 días. El niño está irritable y llora sin lágrimas. Tiene la boquita y lengua secas, y tiene mucha sed.

¿Cuál de los siguientes es el mejor consejo que usted puede dar a la mamá en este caso? (Marque una sola respuesta.)

X a) La mamá debe darle a su hijo más líquidos que de costumbre.
X b) La mamá debe dejar de darle pecho a su hijo hasta que le pasen los asientos.
c) La mamá debe darle a su hijo suero oral o suero casero.
X d) La mamá debe llevar a su hijo al servicio de salud lo más pronto posible.
X e) La mamá debe comprar medicinas para quitarle los asientos.
X f) La mamá debe ponerle una inyección de vitamina B.
X g) La mamá debe darle antibióticos (penicilina).
X h) La mamá no debe hacer nada, ya que los asientos son muy comunes en niños pequeños y a veces se quitan solos.



Gráfica 13: Tratamiento de Diarrea con Deshid. Leve-Mod.

11.En otra casa, usted encuentra otro niño que ha tenido asientos desde hace varios días. Usted encuentra que el niño está ensuciando su pañal a cada rato. Ya no puede mamar, y cuesta mucho despertarlo. Además, no orinó en toda la noche, y tiene los ojitos muy secos y hundidos.

¿Cuál de los siguientes es el mejor consejo que usted puede dar a la mamá en este caso? (Marque una sola respuesta.)

X a) La mamá debe darle a su hijo más líquidos que de costumbre.

X b) La mamá debe dejar de darle pecho a su hijo hasta que le pasen los asientos.

X c) La mamá debe darle a su hijo suero oral o suero casero.

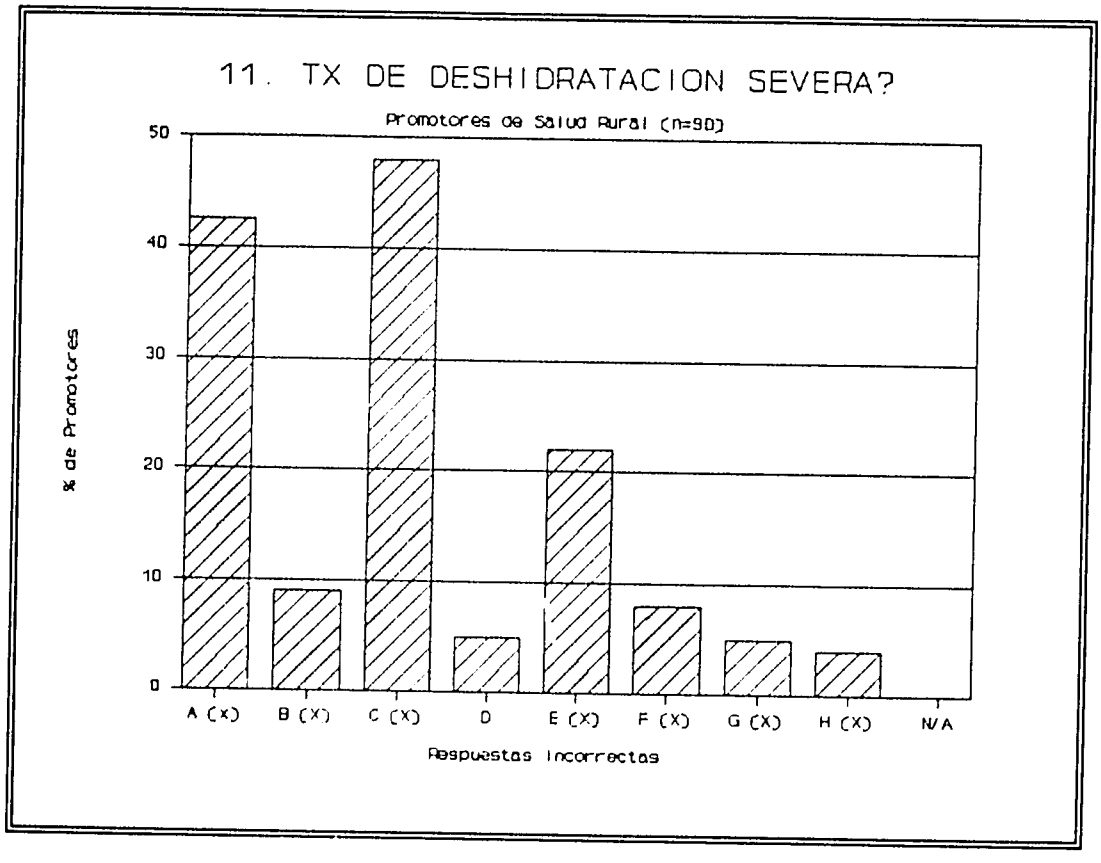
d) La mamá debe llevar a su hijo al servicio de salud lo más pronto posible.

X e) La mamá debe comprar medicinas para quitarle los asientos.

X f) La mamá debe ponerle una inyección de vitamina B.

X g) La mamá debe darle antibióticos (penicilina).

X h) La mamá no debe hacer nada, ya que los asientos son muy comunes en niños pequeños y a veces se quitan solos.



Gráfica 14: Tratamiento de Diarrea con Deshid. Severa

g. Preparación de Suero Casero y Suero Oral de Sobre (Preguntas #13-14)

No hubo diferencia significativa entre los promedios obtenidos por los promotores por distrito

Preparación de SRO (%)	Promedio	DS	Rango
Promotores de Salud (n=90)	65.0	18.8	0.0-100

Solamente tres promotores (3.3%) respondieron correctamente estas dos preguntas, y 10 porciento obtuvo un promedio combinado por debajo de 50% en estas dos preguntas.

Como se puede observar en el siguiente cuadro y gráfica, al promediar los punteos para estas dos preguntas se encubre una deficiencia seria en el nivel de conocimiento de la preparación de suero casero en comparación con la preparación del suero oral de sobre, en base a las normas actuales del MSPAS.

(%)	SRO Casero (%)	SRO en Sobre
Promedio	45.0	87.5
DS	25.0	25.0
Rango	0-100	0-100

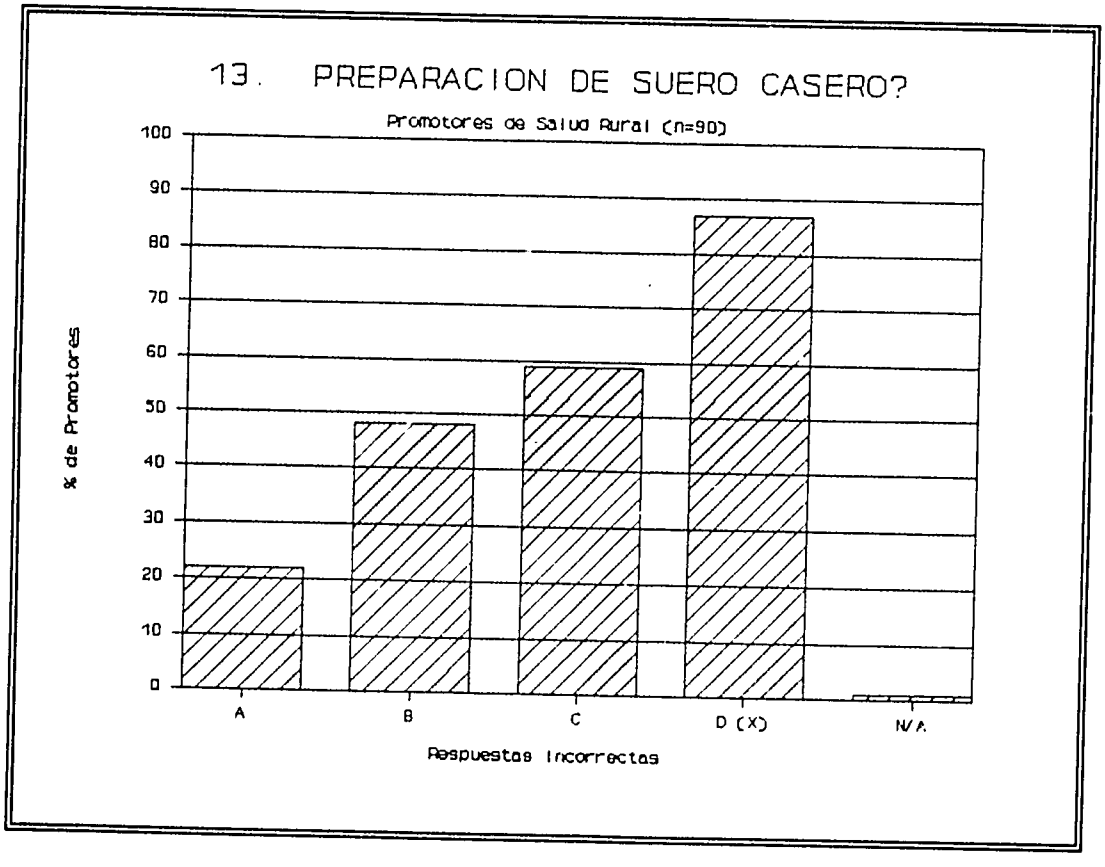
13. Escriba en los espacios indicados, qué cantidad de los siguientes ingredientes se debe usar para preparar un litro de SUERO CASERO:

Agua limpia: (1 litro)

Sal: (1 cucharadita)

Azúcar: (8 cucharaditas)

Otro ingrediente: (X - ninguno)



Gráfica 15: Preparación de Suero Casero

Pregunta #13 - Suero Casero

Como se podrá observar en la gráfica anterior, el porcentaje de respuestas incorrectas aumenta progresivamente en lo que se refiere a la cantidad apropiada de agua, sal, azúcar y "demás ingredientes" que deben agregarse al suero casero, según las normas actuales del Ministerio de Salud.

Veintiún promotores (23.3%) respondieron incorrectamente lo que se refería a la cantidad de agua; 43 (47.8%) respondieron incorrectamente respecto a la cantidad de sal. Cincuenta y tres (58.9%) indicaron una cantidad incorrecta de azúcar; los 20 promotores de salud de San Lorenzo respondieron incorrectamente este último ítem.

Ochenta (88.9%) respondieron --incorrectamente conforme a las normas del Ministerio de Salud-- que también debe agregarse otros ingredientes a la preparación. En Sacapulas, 21 de los 22 promotores respondieron incorrectamente este ítem, y el resto no dió ninguna respuesta a esta pregunta.

El análisis que se presenta seguidamente respecto a las respuestas por ítem en base en las normas actuales (*) y las normas anteriores (**) ilustra los problemas encontrados. Lo más notable es el rango de respuestas para cada ítem, especialmente en cuanto a la cantidad de azúcar que debe agregarse a la mezcla.

Algunas respuestas, aunque no necesariamente la mayoría, darían como resultado una mezcla potencialmente fatal para un niño. En particular, tres promotores indicaron que ellos agregarían "una cucharada" de sal. Trece personas indicaron que sólo se deben agregar "3 vasos de agua"; uno promotor indicó "3-4 vasos", y otro respondió que "4 vasos, y luego hervir" lo que probablemente resultaría en una solución muy concentrada después de la evaporación, dependiendo del tamaño de vaso que se utilizara (véase la discusión sobre tamaño de recipientes de agua que se incluye en "Conclusiones e Implicaciones para Acción").

En general, una fuente común de error parece ser la confusión entre cucharada y cucharadita.

Ingrediente:		#	%
Agua:			
	3 vasos	13	14.4
	3-4 vasos	1	1.1
*/**	**4 vasos**	**34**	**37.8**
	4 vasos, luego hervir	1	1.1
	3/4 de litro	1	1.1
*/**	**1 litro**	**33**	**36.6**
*/**	**1 litro ó 4 vasos**	**1**	**1.1**
	Sin respuesta/ respuesta inadecuada	6	6.7
Sal			
**	**½ cucharadita**	**34**	**37.8**
*	**1 cucharadita**	**23**	**25.6**
*	**½ cucharada**	**23**	**25.6**
	1 cucharada	3	3.3
	Sin respuesta/ respuesta inadecuada	7	7.8
Azúcar			
	½ cucharadita	2	2.2
	1 cucharadita	1	1.1
	2 cucharaditas	7	7.8
	3 cucharaditas	3	3.3
**	**4 cucharaditas**	**5**	**5.6**
*	**8 cucharaditas**	**16**	**17.8**
	1 cucharada	1	1.1
**	**2 cucharadas**	**7**	**7.8**
	2-4 cucharadas	1	1.1
	3 cucharadas	6	6.8
*	**4 cucharadas**	**20**	**22.2**
	8 cucharadas	11	22.2
	Sin respuesta/ respuesta inadecuada	9	10.0
Total de respuestas		90	100.0

Otro ingrediente		#	%
	jugo de naranja/ (cant. no especificada)	26	28.9
	½ taza jugo de naranja	2	2.2
**	**1 taza jugo de naranja**	**34**	**37.8**
	jugo de limón/ (cant. no especificada)	1	1.1
	bicarbonato/ (cant. no especificada)	23	25.6
**	**½ cucharadita bicarbonato**	**9**	**10.0**
	1 cdta. bicarbonato	3	3.3
	½ cda. bicarbonato	6	6.7
*	**ningún ingrediente ad.**	**9**	**10.0**
	Sin respuesta/ respuesta inadecuada	5	5.6
Total de respuestas		90	100.0

* = respuesta correcta segun normas actuales del MSPAS
** = respuesta correcta según normas anteriores del MSPAS
*/** = normas actuales y anteriores son iguales

Como lo señala el análisis anterior, parece que existe mucha confusión entre estos promotores en relación a las normas actuales y antiguas del Ministerio de Salud para la preparación del suero casero --los errores más comunes se encuentran en las los ingredientes que se deben utilizar así como en las cantidades de agua, sal y azúcar que se deben agregar según las normas actuales.

A continuación se presenta una comparación de las variaciones que han sufrido estas normas, así como cuadros que comparan los resultados según la versión actual y la versión anterior de las normas. Debe observarse que incluso al combinar las respuestas correctas de ambas versiones, el resultado por ítem generalmente se mantiene por debajo del 80%, con excepción de la respuesta que los promotores dieron sobre la cantidad adecuada de sal que debe agregarse a la mezcla.

Es de especial preocupación que aproximadamente sólo un 75% de los promotores indicaron la cantidad adecuada de agua que se debe agregar.

Normas Actuales: Suero Casero

A.[11]

1 litro de agua limpia
1 cucharadita de sal
8 cucharaditas de azúcar

B.[12] [13]

1 litro de agua potable (4 vasos llenos equivalen aproximadamente a 1 litro)
1 cucharadita rasada de sal
8 cucharaditas rasadas de azúcar

Normas Anteriores de PRINAPS: Suero Casero

1 litro de agua hervida
½ cucharadita de sal
2 cucharaditas de azúcar ("4 cucharadas" fue lo que se utilizó en el manual de PRINAPS de 1983)
1 taza de jugo de naranja, si hubiera
½ cucharadita de bicarbonato, si hubiera

---

[11] Guía para el Personal Voluntario en la Prevención y Tratamiento de las Diarreas. Div. de Vigilancia y Control de Enfermedades, Div. de Recursos Humanos/DGSS/MSPAS. Guatemala, Dic. 1987. p. 5.

[12] Manual de Normas y Guías de Atención Materno-Infantil. MSPAS. Guatemala, 1988. p. 211.

[13] Módulo Integrado de Supervivencia Infantil. MSPAS/INCAP. Guatemala, 1988. pp. 196-7.

Análisis de Respuesta Correctas según la Versión de Normas Utilizada:

*	**Normas Actuales**	#	%
	Agua (1 litro ó 4 vasos)	68	75.6
	Sal (1 cucharadita)	46	51.1
	Azúcar (8 cucharaditas)	36	40.0
	Otro ingrediente (ninguno)	9	10.0
**	**Normas Anteriores (PRINAPS)**		
	Agua (1 litro)	68	75.6
	Sal (½ cucharadita)	34	37.8
	Otro ingrediente:		
	Jugo de naranja (1 taza)	34	37.8
	Bicarbonato	9	10.0
*/**	**Normas Actuales y Anteriores Combinadas**		
	Agua	68	75.6
	Sal	80	88.9
	Azúcar	48	53.3
	Otro ingrediente		
	Ninguno*	9	10.0
	Jugo de naranja **	34	37.8
	Bicarbonato **	9	10.0

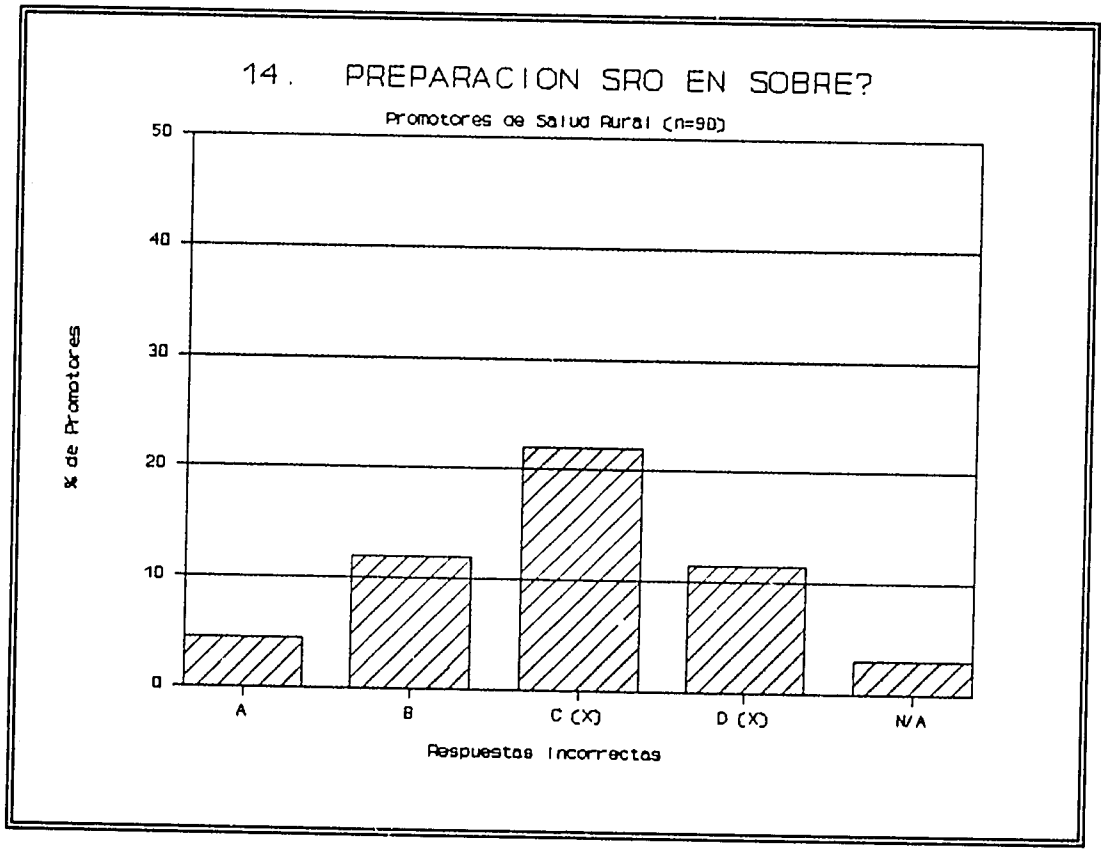
14. Escriba en los espacios indicados, qué cantidad de los siguientes ingredientes se debe usar para preparar un litro de SUERO ORAL (que viene en sobrecitos):

Agua limpia: (1 litro)

Número de sobrecitos de suero oral: (1)

Jugo de naranja: (X - nada)

Otro ingrediente: (X - ninguno)



Gráfica 16: Preparación de SRO en Sobre

Pregunta #14 -- SRO en Sobre

En general, los conocimientos sobre la preparación de los sobres de SRO son mucho mejores que los que se tienen para la preparación del suero casero. Aún así, existen serias deficiencias que merecen especial atención.

Seis promotores (6.7%) --principalmente del distrito de Santa Lucía Cotzumalguapa-- respondieron incorrectamente respecto a la cantidad de agua que debe agregarse. (De los seis, uno pudo haber confundido los sobres preparados para un vaso de mezcla con los que se necesitan para preparar un litro.) Tres (3.3%) indicaron correctamente el número de sobres de SRO que deben agregarse a la mezcla.

De mayor importancia, sin embargo, es que 21 promotores (23.3%) --incluyendo más o menos a una tercera parte de los de San Pedro Carchá-- indicaron que también debe agregarse cierta cantidad de jugo de naranja.

Finalmente, y lo más preocupante es que 10 promotores (11.1%) indicaron que ellos agregarían algún otro ingrediente. Estos 10 promotores especificaron que agregarían sal, azúcar o bicarbonato de soda a la mezcla del contenido de los sobres y agua. Ello podría reflejar que existe confusión entre ambos tipos de soluciones --las domésticas y las que se preparan con sobres de SRO. En caso que esto fuera así, existe una situación grave que debe ser atendida urgentemente. Dos promotores no dieron respuesta alguna a esta pregunta.

El análisis de las respuestas a esta pregunta por ítem se presenta a continuación, con base en las normas actuales (*) y anteriores (**); ambas dicen que no debe agregarse nada más que un sobre de SRO a un litro de agua.

Ingrediente: Agua:	#	%
1 vaso	1	1.1
***/** 4 vasos**	**43**	**47.8**
4 vasos, luego hervir	1	1.1
***/** 1 litro**	**38**	**42.2**
***/** 1 litro ó 4 vasos**	**1**	**1.1**
Sin respuesta/ respuesta inadecuada	6	6.7
Total de respuestas	90	100.0

Número de sobres de SRO	#	%
***/** 1 sobre**	**85**	**94.4**
4 sobres	1	1.1
Sin respuesta/ respuesta inadecuada	4	4.4

Jugo de naranja

***/** nada**	**67**	**74.4**
1 taza	13	14.4
# de naranjas especificado	8	8.9
Sin respuesta/ respuesta inadecuada	2	2.2

Otros ingredientes

***/** ninguno**	**78**	**86.7**
sal (cant. no especificada)	2	2.2
½ cta. sal	1	1.1
bicarbonato (cantidad no especificada)	5	5.6
1 cta. bicarbonato	1	1.1
azúcar (cant. no especificada)	1	1.1
Sin respuesta/ respuesta inadecuada	2	2.2

Análisis de Respuestas Correctas: SRO de Sobre

Ingrediente	#	%
Agua (1 litro)	82	91.1
# de sobres SRO (1)	85	94.4
Jugo de naranja (nada)	67	74.4
Otro ingrediente (ninguno)	78	86.7
Total de Respuestas	90	100.0

h. **Administración de SRO** (Preguntas #15-16)

Los punteos obtenidos en esta sección son los más bajos de todas las seis sub-secciones, con sólo el 70% de los promotores que lograron un promedio combinado menor de 50% en estas dos preguntas. La pregunta #15 es en relación a cuánta SRO se debe administrar; 11 promotores (12.2%) no respondieron con qué frecuencia hay que administrar SRO -- lo que es la tasa más alta de falta de respuestas para todas las secciones del examen.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los punteos obtenidos por distrito.

Administración de SRO		**Promedio**	**DS**	**Rango**
Promotores de Salud	(n-90)	23.8	35.0	0-100
Sacapulas	(n=22)	13.8	22.5	0-50.0
San Lorenzo	(n=20)	27.5	37.5	0-100
San Pedro Carchá	(n=36)	10.0	21.3	0-75.5
Santa Lucía Cotz.	(n=12)	75.0	40.0	0-100

Desde el punto de vista clínico, no es suficiente saber que los participantes que respondieron al cuestionario administrarán cierta cantidad de SRO en determinado momento a un niño que padece de diarrea. Es inquietante que muy pocos interrogados hayan señalado que al niño debe dársele "tanta SRO como desee y con la frecuencia que la acepte".

Según estudios realizados recientemente, a menos que los síntomas que el niño presenta señalen que la rehidratación oral es contraindicada (e.g., pérdida de consciencia o vómitos frecuentes e incontrolados), deberá permitírsele que ingiera esta solución ad libitum. Estos mismos estudios han demostrado que en realidad, un niño consumirá la cantidad de SRO que necesita conforme al grado de deshidratación que padece, reduciendo así en gran parte el riesgo de una sub- o sobre-hidratación.

Los peligros de recomendar una cantidad fija o un horario rígido para administrar la solución de rehidratación oral son muchos, especialmente para las madres que viven en un ambiente rural. En primer lugar, la determinación de la cantidad precisa que debe administrarse depende de que se conozca el peso del niño y de tener buen "ojo clínico" para determinar el grado de deshidratación. Con frecuencia, el individuo común y corriente no cumple con ninguna de estas condiciones. En segundo lugar, para recetar una cantidad específica de SRO, la madre debe estar adecuadamente familiarizada con la unidad de medida que se utiliza, suposición que no siempre se puede hacer con certeza (véase la discusión de los resultados del estudio del año pasado

sobre el tamaño de los recipientes de agua en Guatemala en la sección "Conclusiones e Implicaciones para Acción").

En tercer lugar, la cantidad prescrita podría exceder o quedarse corta a las necesidades reales del niño. En caso que la cantidad superara las necesidades, se podría correr el riesgo de sobre-hidratar al niño --o bien la madre podría sentir mucha ansiedad si el niño rehusa el tratamiento. Por otra parte, si la cantidad que se administra no es suficiente para cubrir las necesidades del niño, la situación podría empeorar. En cualquiera de los casos, la consecuencia lógica podría bien ser que la madre (1) pierda la confianza en su propia capacidad para dar a su niño un tratamiento adecuado, ó (2) pierda confianza en los consejos que le da el promotor o incluso el sistema de salud en general.

Los problemas para lograr el equilibrio adecuado, es una de las razones por la que los sistemas de salud pública están dejando atrás los cálculos sofisticados que son difíciles de hacer en el nivel primario de tratamiento. Los casos de deshidratación grave o los que no responden a la terapia oral deberán ser referidos rutinariamente al nivel secundario (o terciario) de todas maneras, en donde se cuenta con personal específicamente adiestrado para hacer estos cálculos o para administrar una terapia intravenosa cuando ello sea lo indicado. Ninguna de las dos preguntas, sin embargo, implicó que existieran tales variables.

El punto más importante es que la administración de SRO "ad libitum" (la cantidad que el niño quiere) le facilita mucho a la madre o encargado la tarea de rehidratar a un niño, obviando así la necesidad de tener que memorizar complejos horarios o cantidades que sufrirían cambios de acuerdo al peso o condición del niño. En consecuencia, esta es un área en la que el MSPAS puede simplificar la tarea de educación al público sobre la forma apropiada de el manejo de enfermedades diarréicas. Desafortunadamente, los manuales de adiestramiento de los promotores y las normas del MSPAS son vagas en relación a la simplificación de estas instrucciones.

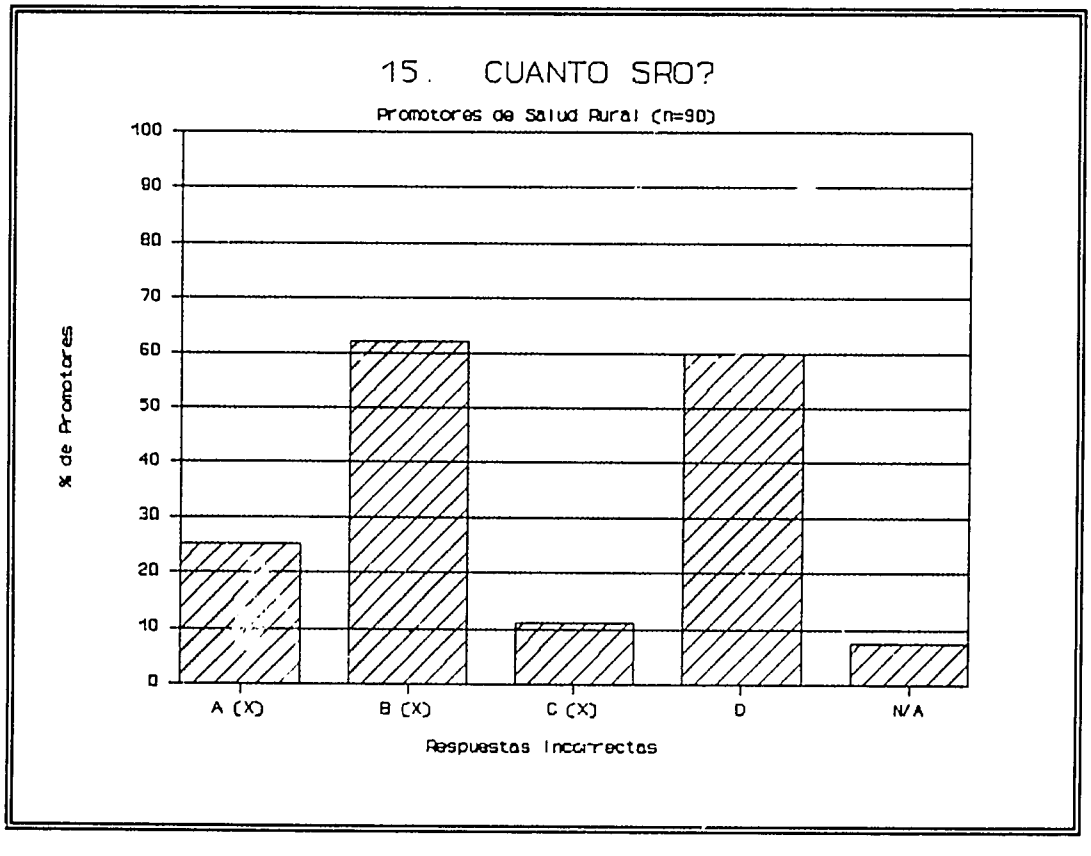
15. ¿Cuánto suero debe tomar un niño con asientos? (Marque una sola respuesta.)

X a) 1 taza cada 4 horas.

X b) 1 litro al día.

X c) 2 litros al día.

d) Todo lo que el niño quiera.



Gráfica 17: Cantidad de SRO a Administrar

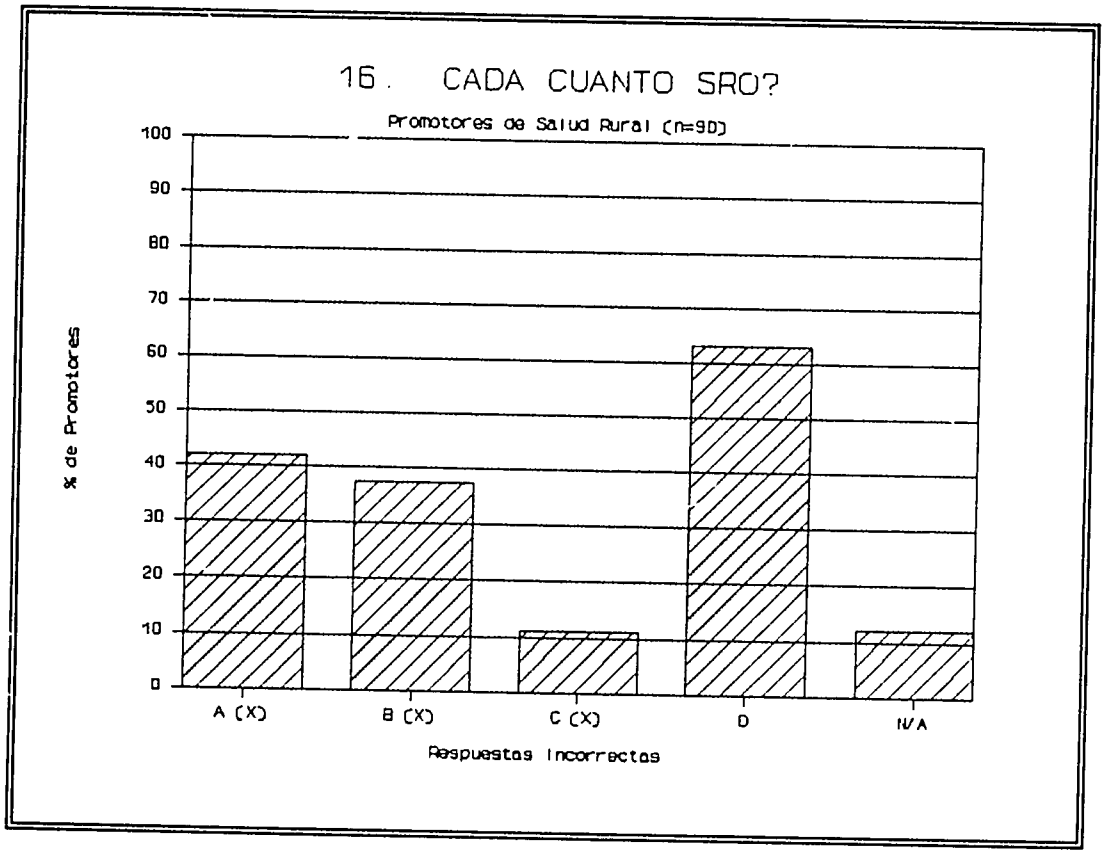
16. ¿Cada cuánto se debe dar suero a un niño con asientos? (Marque una sola respuesta.)

X a) Cada 5 minutos.

X b) Cada 1/2 hora.

X c) Cada hora.

d) Cada vez que el niño lo pida.



Gráfica 18: Frecuencia de Administración de SRO

2. El Examen sobre PAI

El examen se diseñó para medir los conocimientos de los promotores sobre la función que desempeñan en las actividades de inmunización, las enfermedades prevenibles por vacunación, el reconocimiento de síntomas importantes de la enfermedad, los programas adecuados de vacunación, cuándo no se debe vacunar, información apropiada para las madres respecto a las reacciones que pueden tener los niños después de ser inmunizados, etc. Estas áreas de conocimientos se cubrieron en cuatro secciones con cinco preguntas en cada una, dando un total de 20 preguntas. A cada pregunta, con una excepción, se le asignó un valor de cuatro puntos, y a la Pregunta 3 se le asignó un valor de 2 puntos para obtener en total una calificación de 78 puntos (100%).

Se calcularon los resultados de 94 promotores procedentes de los cuatro distritos incluídos en la muestra. Luego los resultados se dividieron por distrito, sexo del promotor, edad, estado civil, número de hijos, ocupación, tiempo que lleva fungiendo como promotor, y fecha más reciente en la que recibió adiestramiento como promotor. Como se puede ver a continuación, los resultados variaron un poco de acuerdo a las características de los distintos sub-grupos de promotores. Es preocupante, sobretodo, las diferencias encontradas entre los promotores de los cuatro distritos de Salud, así como las demás variables independientes que se mencionan arriba. Se hicieron análisis de varianza para determinar si las diferencias eran estadísticamente significativas con un intervalo de confianza de 95% ($p \leq .05$).

a. Perfil de los Promotores (n=94)

distrito de salud

Este examen de 20 ítems fue administrado a 22 promotores de salud rural del distrito de Sacapulas, El Quiché; 20 de San Lorenzo, San Marcos; 39 de San Pedro Carchá, Alta Verapaz; y 13 de Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla, para tener una muestra total de 94, comparado con los 90 que se sometieron al examen sobre TRO.

sexo

Los hombres constituyeron el 68% de la muestra estudiada, y las mujeres el 32%, en comparación con 69% y 31%, respectivamente, en la examen sobre TRO.

edad

Las edades oscilaron entre 15 y 59 años (promedio = 30 años, igual que para la muestra del examen sobre TRO). Las personas menores de 18 años, que técnicamente no son elegibles para fungir como promotores de salud rural en base a las normas del

Ministerio de Salud, constituyeron el 4% de esta muestra.

Treinta y cuatro por ciento de las personas en la muestra tienen 18-25 años de edad; 37% se encuentra entre 26 y 35 años; 15% tienen 36-45; y 7% tienen más de 45 años de edad -- el mismo porcentaje de los que tomaron el examen sobre TRO. No se dispuso de datos de tres personas (3.2% de la muestra) que tomaron este examen.

estado civil

Sesenta y cinco por ciento de las personas incluídas en la muestra están casadas (59%), viven en unión de hecho (5), o son viudas (1%); 35% están solteras --5% más que las que se sometieron al examen sobre TRO.

 # de hijos

El número de hijos osciló entre 0-10 -- idéntico al número de la muestra que se sometió al examen sobre TRO. Treinta y tres por ciento no tienen hijos, correspondiendo aproximadamente a la población soltera. Una cuarta parte de esta muestra tienen 1-3 hijos; 20% tienen 4-5 hijos; y 14% tienen 6-7 hijos. Siete por ciento de la muestra tiene más de 7 hijos --una vez más, igual que para el examen sobre TRO. No se dispuso de datos para una de las personas en la muestra.

ocupación

Cincuenta y cinco porciento de las personas en esta muestra se dedican a la producción agrícola en pequeña escala. Tres por ciento son comerciantes; 3% son peones; y otro 3% se dedican a actividades diversas. Casi todas las mujeres que respondieron esta pregunta se clasifican como amas de casa, con excepción de una comadrona soltera. No se dispuso de datos para 6 individuos (6% de la muestra).

Años de servicio

El tiempo que han prestado servicio oscila entre un mes y 16 años --igual que las personas en la muestra del examen sobre TRO. Sesenta y uno por ciento de la muestra han trabajado como promotores de salud rural durante 5 años o menos, y 14% empezaron sus actividades durante el último año. Una cuarta parte de los participantes han trabajado durante 6-12 años; 11% han trabajando más de 12 años. No se dispuso de datos para 4% de la muestra estudiada.

última capacitación

Casi el 50% de las personas en la muestra señalaron haber recibido adiestramiento en el mes antes de someterse al cuestionario. Otra tercera parte indicó haber sido capacitada durante los últimos 11 meses. Dos participantes (2.1%) respondieron que no habían asistido a ningún curso de capacitación durante un año y medio; uno dijo no haber recibido ningún adiestramiento durante dos años; uno durante tres años; uno durante cinco años; y uno durante seis años, desde que iniciaron sus servicios.

Una porción considerable del grupo (13%) no dió respuesta a esta pregunta, y se podría especular que muchos de éstos (12 individuos) no han sido jamás objeto de adiestramiento o si lo fueron, el mismo fue impartido hace tanto tiempo que ya no recuerdan las fechas exactas.

b. Resultado Total de los Exámenes

Los exámenes fueron diseñados y evaluados usando las normas más recientes del MSPAS. La calificación promedio de los 94 promotores de los cuatro distritos fue 67%. Al hacer la tabulación cruzada de todos los resultados por distrito, se observó mucha consistencia, y las pequeñas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Calificación Total (%):		**Media**	**DS**	**Rango**
Todos los Promotores	(n=94)	67.0	12.9	33.3-92.3
Sacapulas	(n=22)	66.1	13.2	46.2-92.3
San Lorenzo	(n=20)	67.1	11.6	50.0-89.7
San Pedro Carchá	(n=39)	68.4	11.3	33.3-84.6
Sta. Lucía Cotz.	(n=13)	64.3	18.9	35.9-91.0

Se puede observar cierta variación en los punteos altos y bajos de los rangos. Nótese que Santa Lucía se encuentra un poco por debajo de los otros tres Distritos. La diferencia, sin embargo, no es estadísticamente significativa.

Se hizo un análisis de varianza para explorar la posibilidad de que hubiera diferencias significativas en los resultados del examen y la edad, sexo, ocupación, estado civil, número de hijos, años de experiencia y última fecha de adiestramiento de cualquier tipo. No se pudo demostrar que alguna de estas variables independientes tuviera efecto estadísticamente significativo

alguno sobre el resultado de los exámenes. Lamentablemente, el nivel educativo del promotor se omitió inadvertidamente del cuestionario, y es posible que éste tenga cierto significado.

c. **Inmunización: Conocimientos Generales** (Preguntas #1-5)

El objetivo de estas cinco preguntas era determinar lo que en opinión de los promotores es la función que deben desempeñar en actividades de inmunización a nivel comunitario, cuáles son los factores importantes para lograr coberturas adecuadas (Preguntas 1 y 2), si conocían la obligación que tienen los padres de vacunar a sus hijos conforme lo señala el Código de Salud (Pregunta 3); sus conocimientos respecto a las enfermedades que pueden prevenirse mediante la vacunación y las enfermedades específicas que cubre cada vacuna (Preguntas 4 y 5).

Resultados Sección A (%)		**Media**	**DS**	**Rango**
(Preguntas 1-5)				
Todos los Promotores	(n=94)	74.2	16.5	33.3-100.0
Sacapulas	(n=22)	75.3	16.8	38.9-100.0
San Lorenzo	(n=20)	79.2	14.7	44.4-94.4
San Pedro Carchá	(n=39)	71.4	16.1	44.4-100.0
Sta. Lucía Cotz.	(n=13)	73.1	19.5	33.3-94.4

No hubo diferencia significativa en los resultados obtenidos en la Sección A entre los distintos Distritos. Sin embargo, todos obtuvieron una calificación superior al promedio de todo el examen.

Pregunta #1: En ésta se pidió a los promotores que indicaran cuáles eran las actividades apropiadas relativas a la inmunización, a partir de una lista de 8 ítems; todos respondieron correctamente. Casi una cuarta parte (24.5%) de los promotores consideraron que el registro de madres y niños vacunados y no vacunados no formaba parte de sus obligaciones, y casi una quinta parte (19.1%) no indicaron que una de sus funciones radica en instruir a las madres sobre las reacciones que dan las vacunas. Otro 18.1% no indicó que los promotores deben salir en busca de las madres y niños que no han sido vacunados para referirlos al Centro/Puesto de Salud más cercano para que sean inmunizados.

Casi el 15% de los promotores desconocían que deberían participar en las actividades de vacunación, y casi el 14% no sabían que deberían ser capaces de reconocer las enfermedades prevenibles por vacunación para poder informar a las autoridades de salud más

cercanas. Alrededor del 13% no indicó que debería instruir a las madres respecto a las edades y veces que deben vacunar a sus niños. Relativamente pocos conocían que los promotores deben dar instrucciones sobre la importancia de las vacunaciones y los riesgos que se corren cuando los niños no se vacunan --7.4% y 6.4%, respectivamente.

Pregunta #2: Al pedírseles que señalaran los factores conducentes a una vacunación exitosa, casi el 45% desconocía que la cobertura era importante. Otro, 22%, no indicó la importancia de capacitar adecuadamente al personal involucrado, y casi el 15% no prestó atención a la importancia del manejo adecuado que debe darse a las vacunas. Alrededor del 12% no reconoció la importancia de la participación comunitaria.

Pregunta #3: Un poco más del 18% de los promotores no reconoció la obligación que tienen los padres de vacunar a sus hijos, conforme lo indica el Código de Salud.

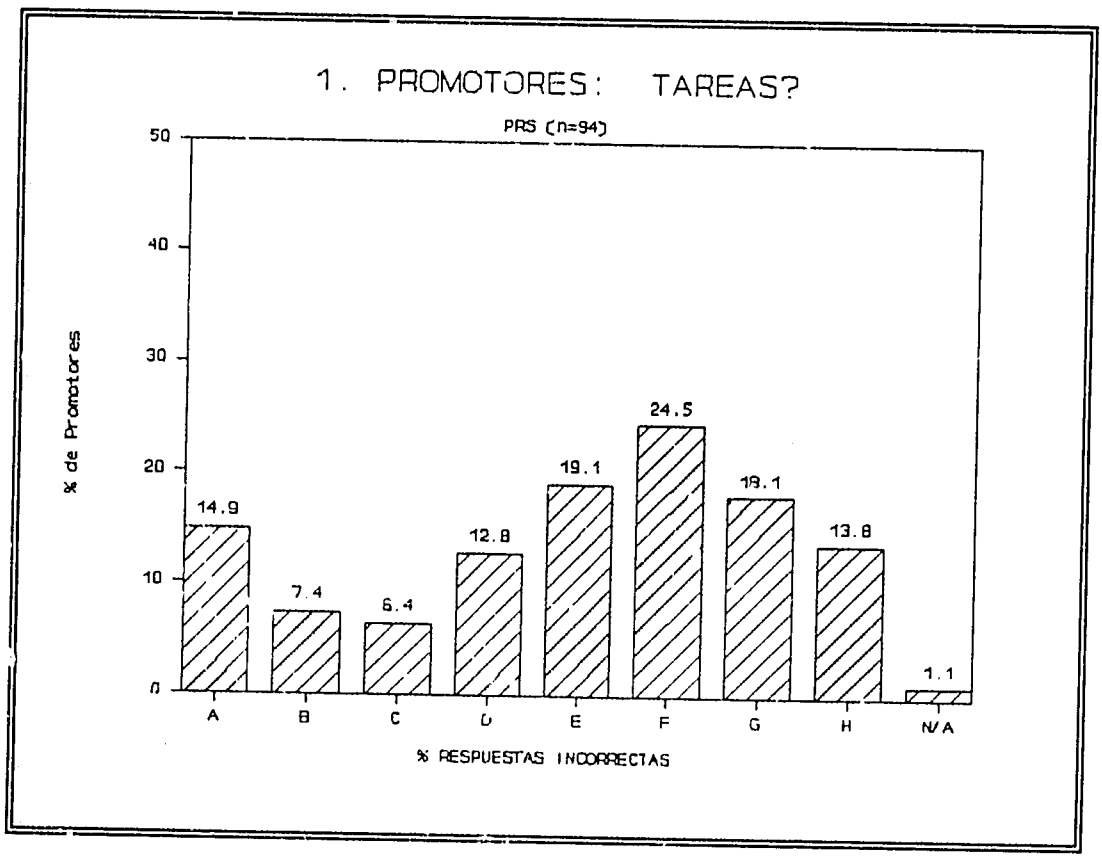
Pregunta #4: Cuando se les pidió que señalaran 6 enfermedades prevenibles por vacunación entre una lista de 8, 22.3% no pudo identificar la tuberculosis, 19% no marcó la difteria, 17% no reconoció el tétano neonatal, casi el 15% no sabía de la tos ferina, 11.7% pasó por alto la poliomielitis, y sólo el 6.4% dejó de indicar el sarampión. Otro, 16%, señaló incorrectamente la malaria, y 19.1% pensó que existía vacuna para la gripe común.

Pregunta #5: En ésta se pidió a los promotores que anotaran el nombre de las enfermedades cubiertas por las vacunas BCG y DPT. Casi 13% de los interrogados no sabía que la vacuna BCG es contra la tuberculosis. En el caso de la DPT, 18.1% se olvidó de indicar difteria, 11.7% se equivocó respecto a la tos ferina, y 18.1% no sabía del tétano.

NOTA: Al interpretar las gráficas de barras que se presentan a continuación, el lector deberá tener en mente que se indica el porcentaje de respuestas equivocadas. Los interrogados marcaron un ítem incorrecto o no marcaron el adecuado. "N/A" representa el porcentaje de promotores que no dió respuesta a una pregunta en particular.

1. ¿Cuáles de las siguientes tareas piensa usted que son responsabilidades de un promotor de salud? (Subraye la o las respuestas correctas.)

a) Promocionar y participar en actividades de vacunación en su comunidad.
b) Enseñar a su comunidad la importancia de las vacunas, y las enfermedades que se evitan.
c) Enseñar a su comunidad los peligros que corre un niño que no se vacuna.
d) Enseñar a su comunidad las edades en que se debe vacunar a los niños, y cuántas veces deben ponerse las vacunas.
e) Enseñar a su comunidad las reacciones que pueden causar las vacunas, y los cuidados que se debe dar al niño.
f) Llevar un registro de los niños y mujeres embarazadas vacunados y no vacunados en su comunidad.
g) Buscar a niños y mujeres embarazadas que no estén vacunados, visitarlos y referirlos al servicio de salud.
h) Reconocer las enfermedades que se pueden evitar con las vacunas, e informar cualquier caso al servicio de salud.



Gráfica 19: Tareas y Responsabilidades del Promotor

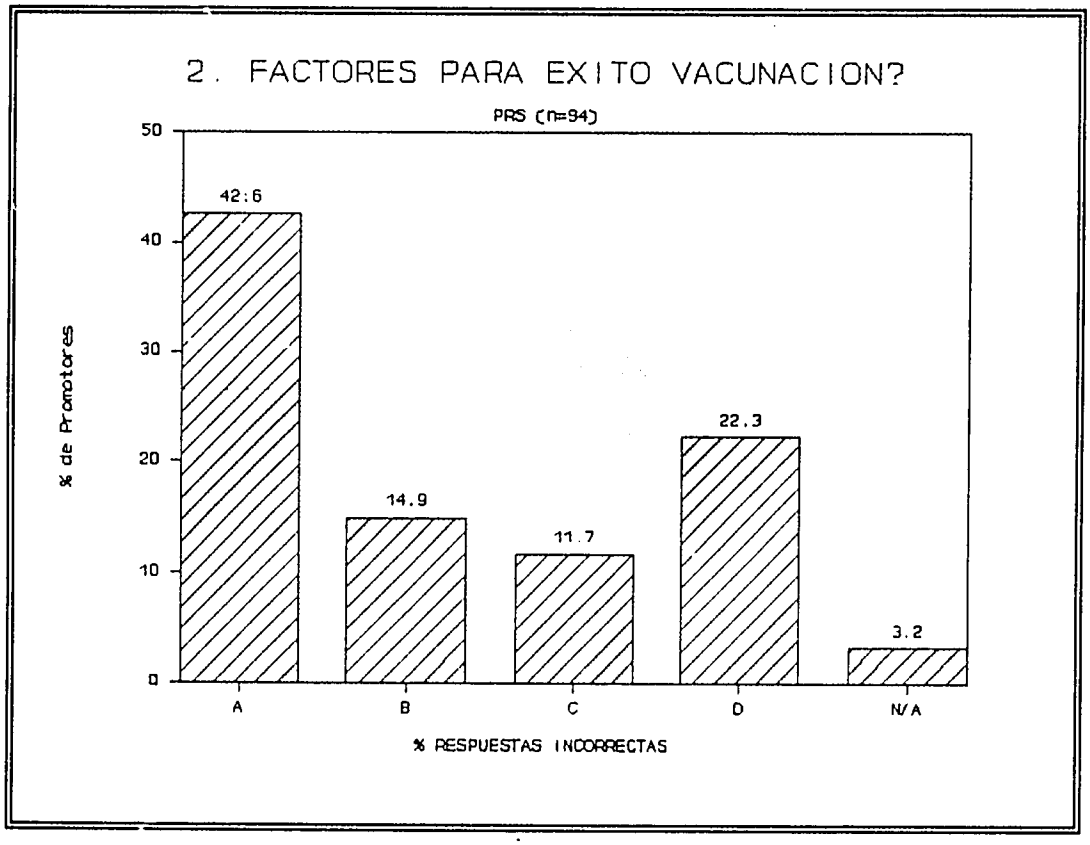
2. ¿De cuáles de los siguientes factores depende el éxito de la vacunación en su comunidad? (Subraye la o las respuestas correctas.)

a) su cobertura (el número de niños y mujeres embarazadas que están vacunados).

b) el cuidado adecuado de las vacunas.

c) la participación de la comunidad.

d) la capacitación adecuada del personal que participa.



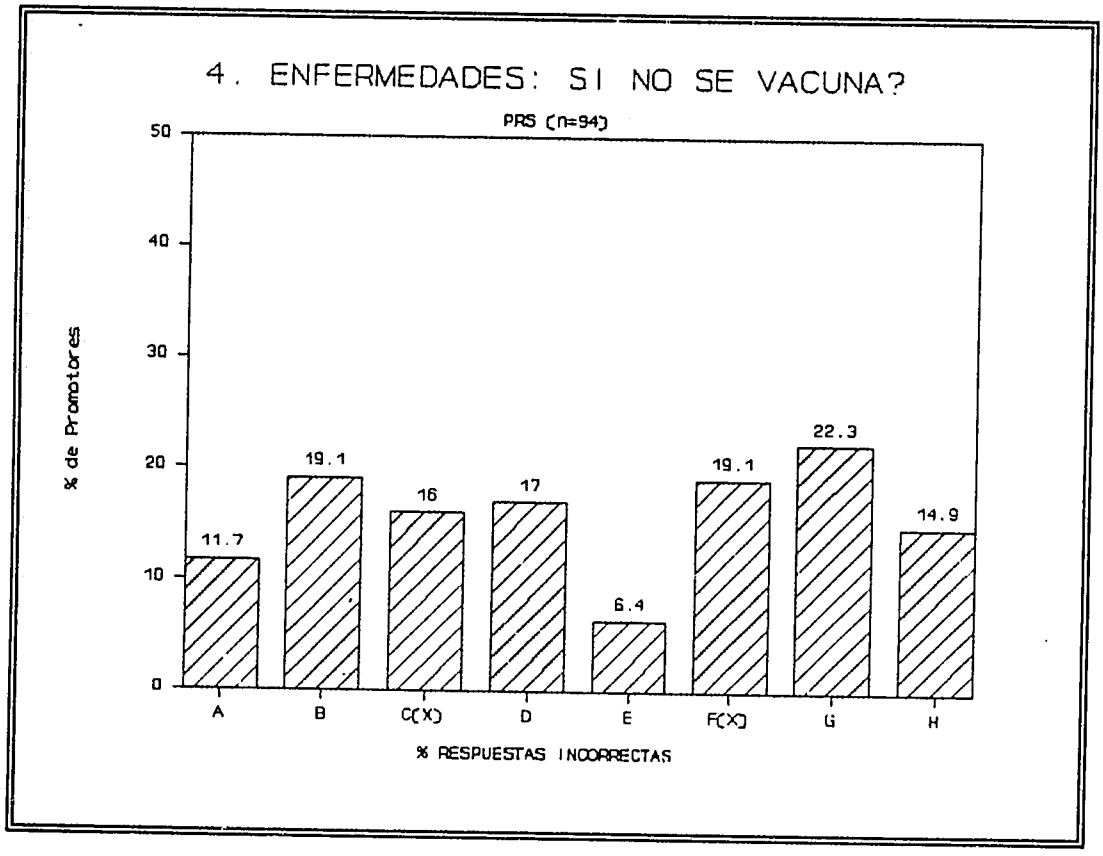
Gráfica 20: Vacunación -- Factores para el Exito

3. De acuerdo al Código de Salud, ¿están los padres obligados a vacunar a sus hijos? (Marque una sola respuesta.)

a) Sí
X b) No
X c) No sé

4. ¿Cuáles de las siguientes enfermedades no le dan a un niño vacunado? (Subraye la o las respuestas correctas.)

a) Polio (parálisis infantil)
b) Difteria
X c) Malaria (paludismo)
d) Tétanos (mal de los 7 días)
e) Sarampión
X f) Gripe (catarro)
g) Tuberculosis
h) Pertussis (tos ferina)



Gráfica 21: Enfermedades Prevenibles por Vacunación

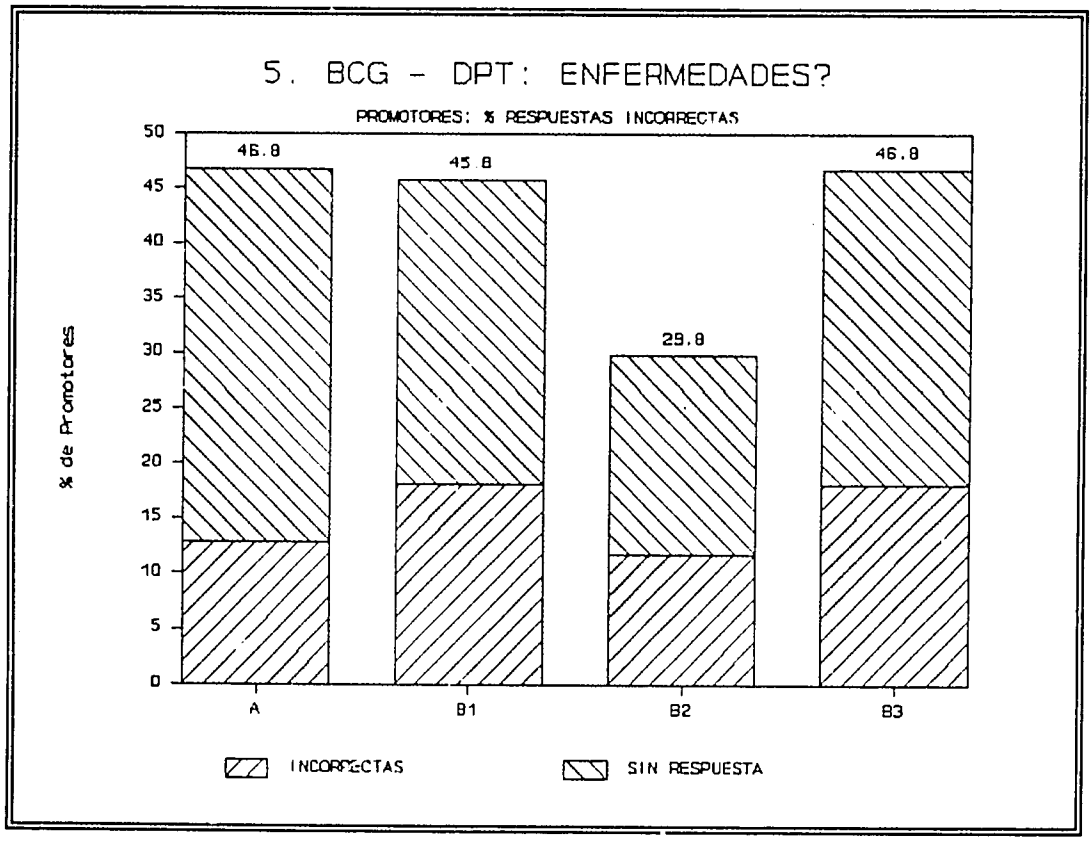
5. Escriba en los espacios indicados, contra qué enfermedades protegen las siguientes vacunas:

a) BCG 1. (tuberculosis)

b) DPT (la Triple) 1. (difteria)

2. (tos ferina)

3. (tétano)



Gráfica 22: Enfermedades Prevenibles por BCG y DPT

d. Conocimientos de Enfermedades Prevenibles por Vacunación

En esta sección del examen, se preguntó a los promotores que identificaran los signos y síntomas específicos de tuberculosis, tos ferina, tétano neonatal, polio y sarampión. Cada pregunta tenía cuatro opciones y se pidió que marcaran las opciones correctas; las cuatro opciones eran las respuestas correctas a las preguntas.

Resultados Sección B (%)		**Promedio**	**DS**	**Rango**
Todos los promotores	(n=94)	78.9	20.9	20.0-100
Sacapulas	(n=22)	72.7	21.1	20.0-100
San Lorenzo	(n=20)	72.8	20.0	40.0-100
San Pedro Carchá	(n=39)	87.3	16.7	20.0-100
Sta. Lucía Cotz.	(n=13)	73.5	26.0	20.0-100

Las diferencias entre los punteos obtenidos por los promotores de los distintos distritos no fueron estadísticamente significativas, sin embargo, San Pedro Carchá es el distrito donde los promotores obtuvieron la más alta calificación.

Pregunta #6: Al preguntárseles sobre la tuberculosis, los síntomas menos conocidos son la fiebre y los sudores nocturnos -- no fueron reconocidos por una tercera parte de los promotores. La falta de apetito y pérdida de peso eran signos ignorados por una cuarta parte de los interrogados, y 18% de ellos omitió señalar el cansancio. Los síntomas mejor conocidos son la tos y los esputos de sangre; éstos fueron omitidos únicamente por el 5.3%.

Pregunta #7: En el caso de la tos ferina, un poco más de una quinta parte (21.3%) de los promotores no sabía que la fiebre, síntomas de catarro común, tos seca, incomodidad general del cuerpo, y frecuentes ataques de tos son síntomas típicos de esta enfermedad. Alrededor del 18% no identificó el característico estertor o silbido, y casi el 13% no reconoció los signos de ahogo que se observan durante un ataque de tos.

Pregunta #8: Una cuarta parte de los promotores no conocía la clásica rigidez arqueada que es típica del tétano, y más de una quinta parte no sabía que la cara se estira haciendo que parezca que el paciente está sonriendo o haciendo muecas. El síntoma mejor conocido es la incapacidad de mamar o comer porque el niño no puede abrir la boca ni tragar; éstos síntomas fueron omitidos únicamente por 9.6% de los promotores.

Pregunta #9: Más de una tercera parte de los promotores (36.2%) no sabía que la diarrea, fiebre e incomodidad general son síntomas de polio. Una cuarta parte no consideró significativos los dolores en el cuello, espalda, piernas, o brazos, y 18% no reconoció la incapacidad de mover la cabeza, piernas o brazos. Sólo el 7.4% sabía que los brazos y las piernas se adelgazan, deforman y paralizan.

Pregunta #10: Debido a que el sarampión es una de las enfermedades prevenibles por vacunación mejor conocidas y más publicitadas, se anticipaban pocas respuestas equivocadas. Por el contrario, más de una quinta parte (22.3%) de los promotores no sabía que el sarampión empieza con catarro, tos seca, fiebre alta e incomodidad general, y una quinta parte (20.2%) no reconoció la erupción que se riega por todo el cuerpo. El 17% no mencionó el lagrimeo y ojos rojos, y el 7.4% no sabía nada de las ronchitas que aparecen en la cara, cuello, y atrás de las orejas.

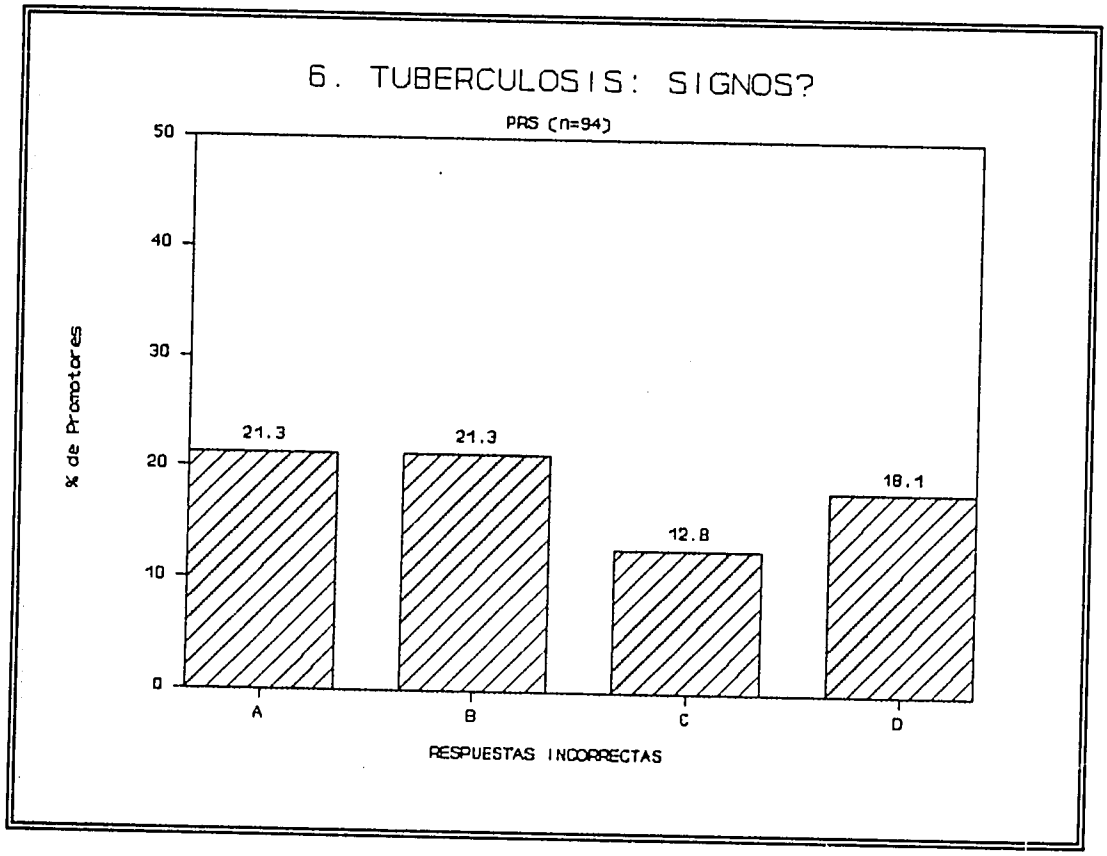
6. ¿Cuáles de las siguientes son señas de la tuberculosis? (Subraye la o las respuestas correctas.)

a) El paciente tiene tos desde hace mucho tiempo, y a veces al toser, escupe gargajos con sangre.

b) El paciente tiene calentura, y suda mucho en las noches.

c) El paciente no tiene hambre, y pierde mucho peso.

d) El paciente se siente muy cansado, y no tiene ganas de trabajar o estudiar.



Gráfica 23: Signos y Síntomas de la Tuberculosis

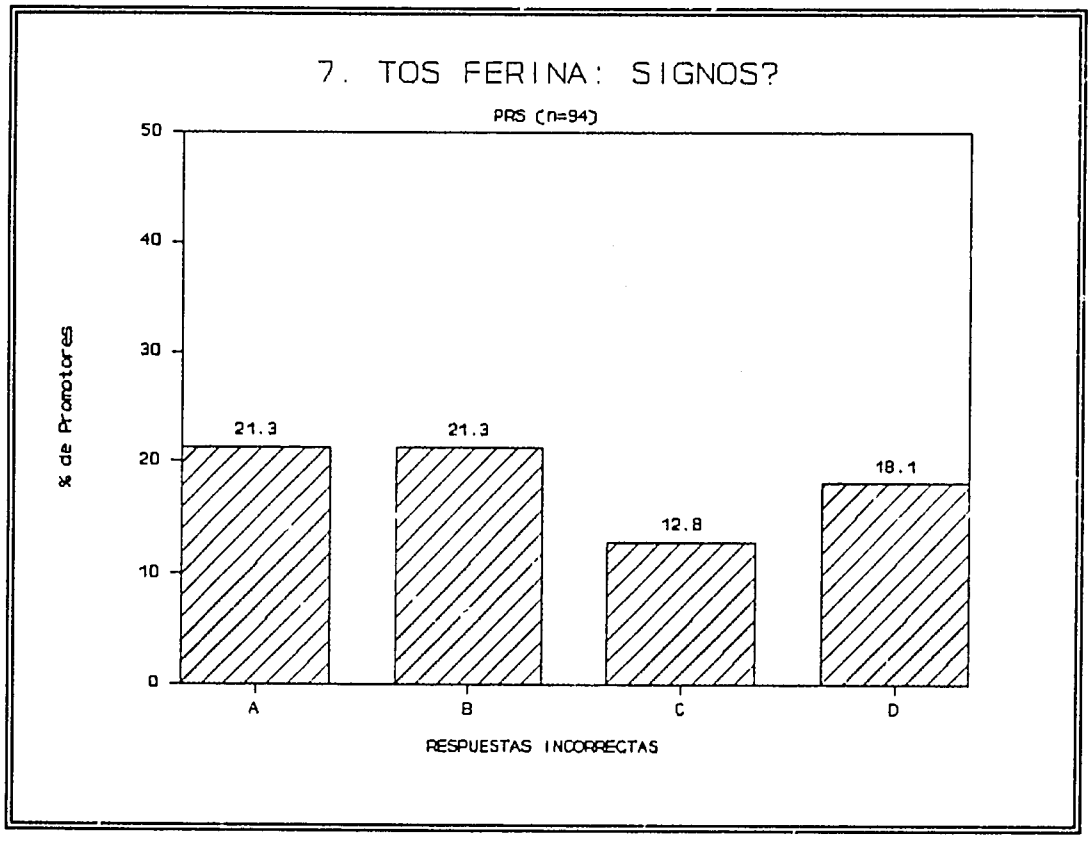
7. ¿Cuáles de las siguientes son señas de la tos ferina? (Subraye la o las respuestas correctas.)

a) La enfermedad comienza con calentura, catarro, tos seca y malestar general.

b) El paciente tose muchas veces seguidas.

c) El paciente parece que se ahoga cuando está tosiendo.

d) Cuando el paciente termina de toser, le sale un ruido como chiflido o silbido.



Gráfica 24: Signos y Síntomas de Tos Ferina

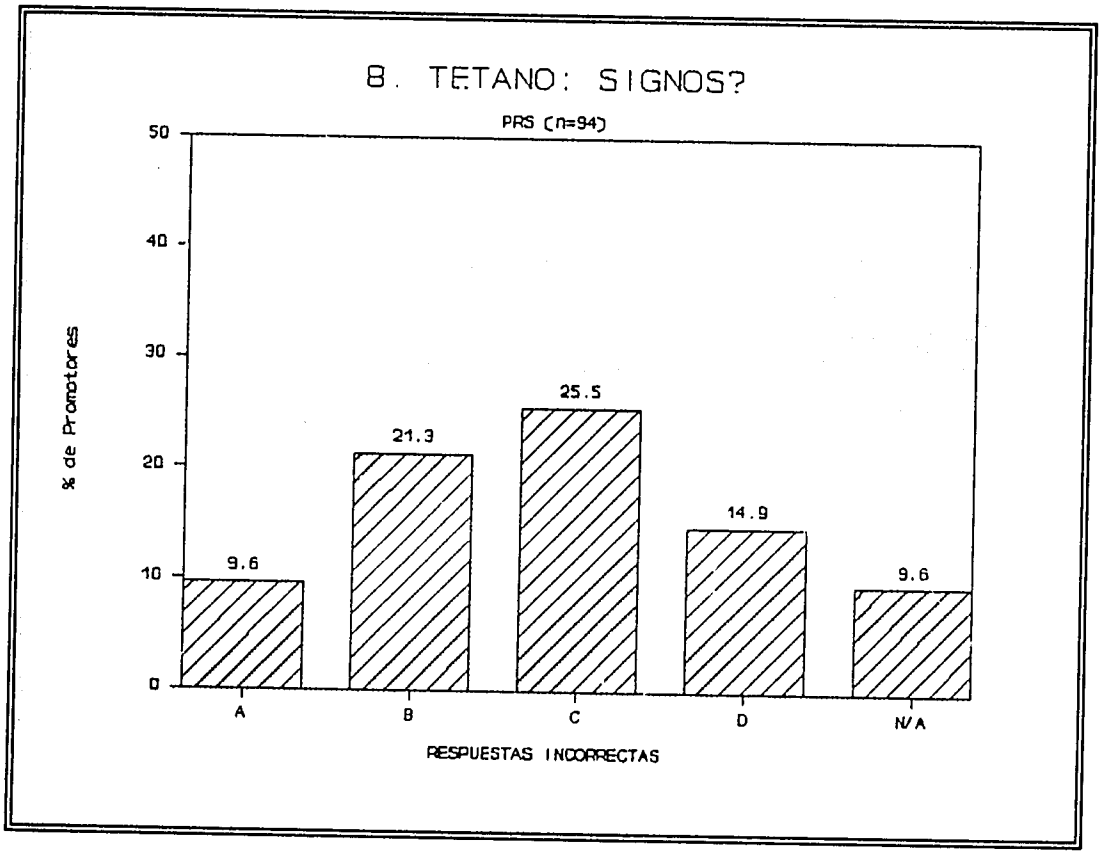
8. ¿Cuáles de las siguientes son señas del tétanos (mal de los 7 días)? (Subraye la o las respuestas correctas.)

a) El paciente no puede mamar o comer porque no puede abrir la boca, ni puede tragar.

b) La cara del paciente se pone estirada, y parece que se estuviera riendo o haciendo muecas.

c) El cuerpo del paciente se pone rígido o duro, y en forma de arco.

d) Los brazos o las piernas se ponen tiesos y dan ataques.



Gráfica 25: Signos y Síntomas de Tétano

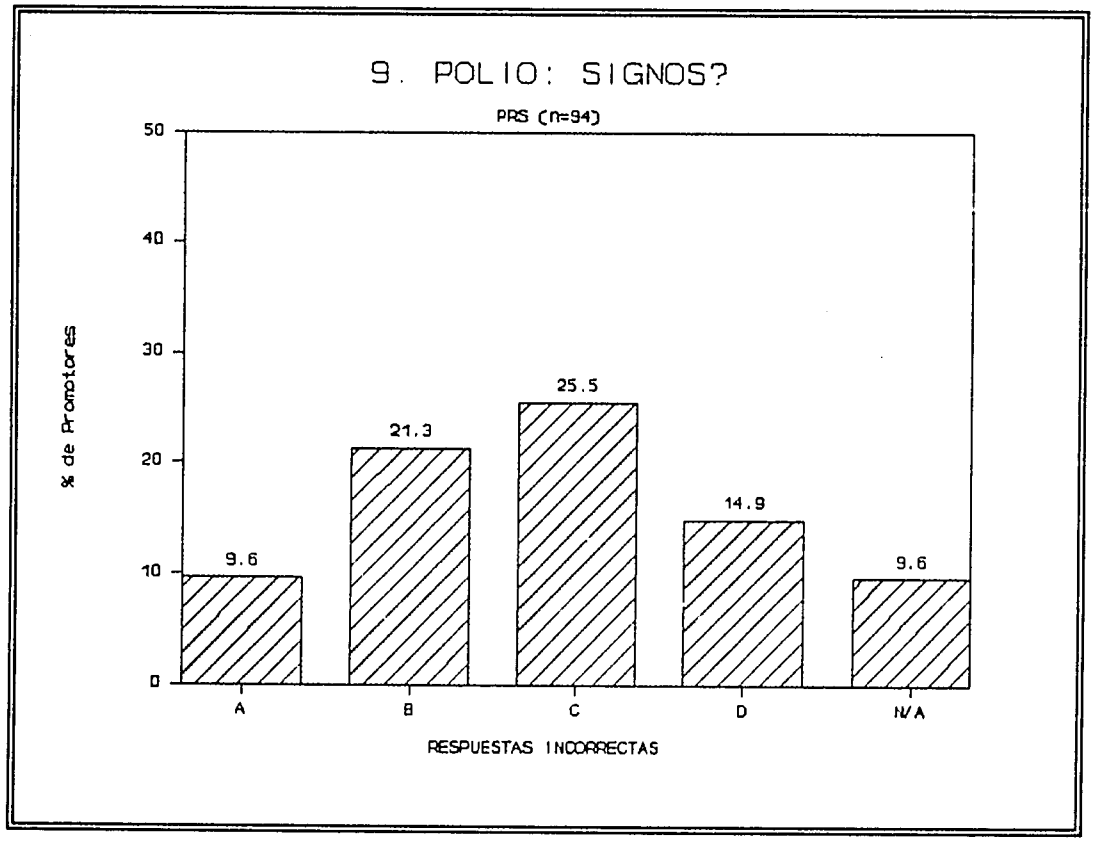
9. ¿Cuáles de las siguientes son señas de la polio (parálisis)? (Subraye la o las respuestas correctas.)

a) La enfermedad comienza con asientos, calentura, tos y malestar general.

b) El paciente siente dolor en la nuca, la espalda, las piernas o en los brazos.

c) El paciente no puede mover la cabeza, las piernas o los brazos.

d) Los brazos o las piernas del paciente se adelgazan y se tuercen quedando con parálisis.



Gráfica 26: Signos y Síntomas de Polio

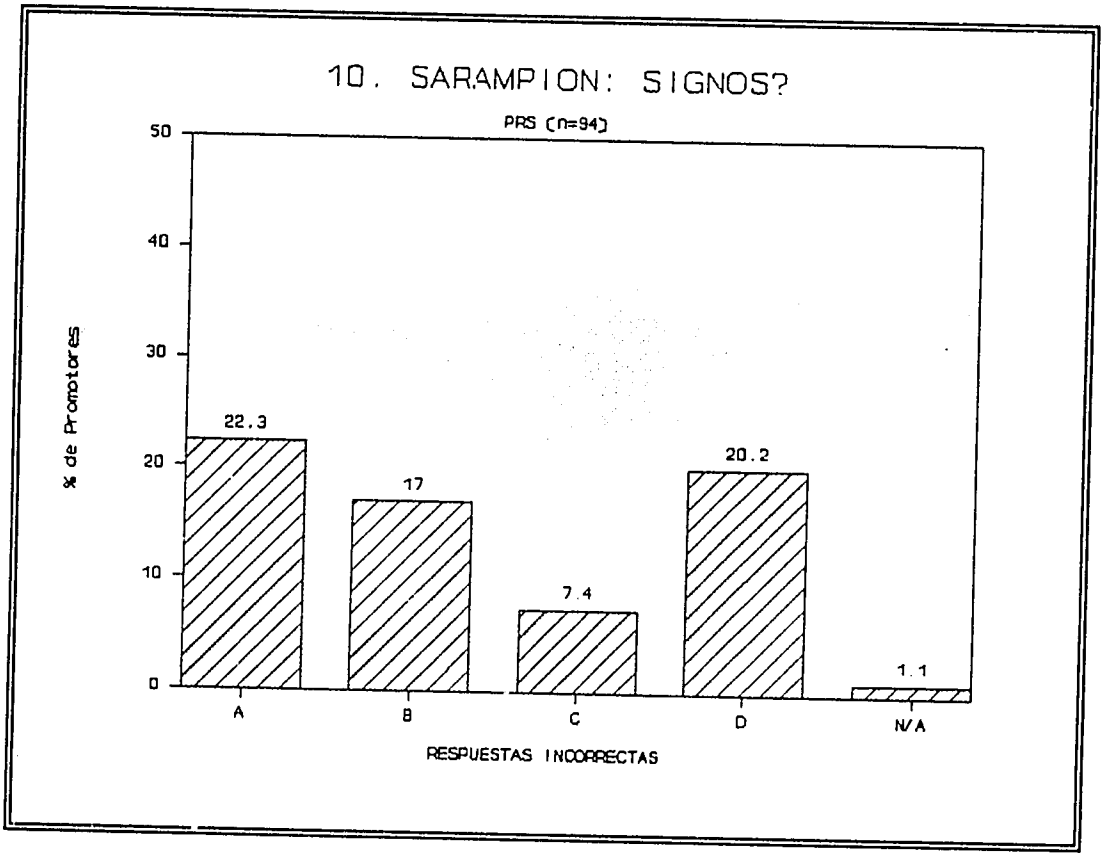
10. ¿Cuáles de las siguientes son señas del sarampión? (Subraye la o las respuestas correctas.)

a) La enfermedad comienza con catarro, tos seca, fuerte calentura y malestar general.

b) El paciente tiene los ojos llorosos y rojos.

c) Después de 3 días de calentura, aparecen erupciones (ronchitas) en la cara, el cuello y detrás de las orejas.

d) Al paciente, se le riegan las erupciones en todo el cuerpo.



Gráfica 27: Signos y Síntomas del Sarampión

e. Esquema de Vacunación: Cuándo vacunar, cuántas veces y qué intervalo entre dosis
(Preguntas 11-15)

El objetivo de este grupo de preguntas era tener una idea de la información que reciben las madres de los promotores en relación a cuán frecuente deberían vacunar a sus hijos y cuándo deberían vacunarse con toxoide tetánico las mujeres embarazadas.

Resultados Sección C (%) (Preguntas 11-15)		**Promedio**	**DS**	**Rango**
Todos los promotores	(n=94)	49.5	24.0	00.0-95.0
Sacapulas	(n=22)	46.6	22.9	00.0-90.0
San Lorenzo	(n=20)	49.3	27.3	00.0-90.0
San Pedro Carchá	(n=39)	51.0	21.4	0.50-85.0
Sta. Lucía Cotz.	(n=13)	50.4	29.7	0.00-95.00

El punteo para este grupo de preguntas es el más bajo con la más grande variación de respuestas y la mayor desviación estándar. Esto sucedió en todos los distritos; no; hubo diferencia estadísticamente significativa.

Pregunta #11: Cuando se preguntó a los promotores cuándo, con qué frecuencia, la fecha de la última vacunación, y con qué intervalo debería aplicarse el toxoide tetánico a Marta, un total de 74.5% no pudo decir cuál era el período mínimo entre las dosis (36.2% respondió incorrectamente y 38.3% no respondió); 54.3% no supo cuándo debería recibir la última dosis (24.5% dió un período incorrecto y 29.8% dejó la respuesta en blanco), y 50% no sabía cuántas veces había que inyectarla (28.7% respondió equivocadamente y 21.3% no respondió). Alrededor de 41.5% de los promotores no sabía que Marta debería recibir la primera dosis durante su quinto mes de embarazo (25.5% equivocado y 21.3% sin respuesta).

Pregunta #12: Al presentárseles una lista de las cuatro vacunas del PAI y preguntarles cuándo debería aplicarse la primera inyección, casi tres cuartas partes (70.2%) no sabía cuándo debía aplicarse la DPT (49.7% equivocado y 24.5% en blanco), 67.2% no sabía nada de la BCG (19.1% equivocado y 43.6% sin respuesta), 41.5% (18.1% equivocado y 23.4% en blanco) desconocía la vacuna contra el sarampión, y 34.1% (12.8% equivocado y 21.3% en blanco) indicó ignorar cuándo deben administrarse las primeras gotitas de la vacuna contra la poliomielitis.

Pregunta #13: Más de la mitad de los promotores (52.1%) no sabía que a los niños debe dárseles sólo una dosis de BCG (20.2% equivocado y 31.9% sin respuesta), 42.6% no sabía que la vacuna contra la polio debe administrarse tres veces (21.3 equivocado y

con respuesta en blanco). Alrededor del 34.0% no sabía que la DPT o triple debe aplicarse 3 veces (13.8% errado y 20.2% no respondió), y un sorprendente 30.8% no sabía que la vacuna contra el sarampión se administra una sola vez (8.5% equivocado y 22.3% en blanco).

Pregunta #14: El período adecuado que debe transcurrir entre cada dosis también causó problemas: 71.2% de los promotores no sabía que la BCG se administra como dosis única y, por lo tanto, no tiene intervalos (25.5% equivocado y 45.7% sin respuesta), y un poco más de la mitad (53.2%) no sabía que la vacuna contra el sarampión también se administra una sola vez (9.6% equivocado y 43.6% en blanco), exactamente la mitad no sabía que debe dejarse un intervalo de 1 a 4 meses entre cada dosis de polio (7.4 equivocado y 42.6% en blanco), y 46.8% omitió el intervalo de 1 a 4 meses entre las tres dosis de DPT (3.2 equivocado y 43.6% en blanco).

Pregunta #15: Las razones dadas para no vacunar a un niño han diferido mucho entre los trabajadores de salud en general; los promotores de nuestra muestra no son la excepción. Casi la mitad (45.7%) dijo que el catarro común era razón suficiente para no vacunar a un niño; casi el 40% citó la desnutrición y la diarrea, y sólo un 10.6% no identificó enfermedades graves con fiebre alta como razón para no vacunar a un niño. Quince promotores (16%) no dieron respuesta a esta pregunta.

En las cinco páginas siguientes se presentan las cinco preguntas cubiertas en esta sección, con gráficas de barras en donde se muestran las respuestas incorrectas y las respuestas dejadas en blanco para cada pregunta. El lector deberá tener en mente que las Preguntas 11, 12, 13, y 14 eran de completación y para la Pregunta 15 se daban cuatro opciones, entre las cuales sólo una era correcta.

11. Marta es una joven señora que vive en su comunidad y está esperando su primer hijo. Ella llega con usted y le pide que le aconseje acerca de las vacunas que debe ponerse durante su embarazo. Para proteger a su hijo contra el tétanos (mal de los 7 días), Marta debe ponerse la vacuna toxoide tetánico.

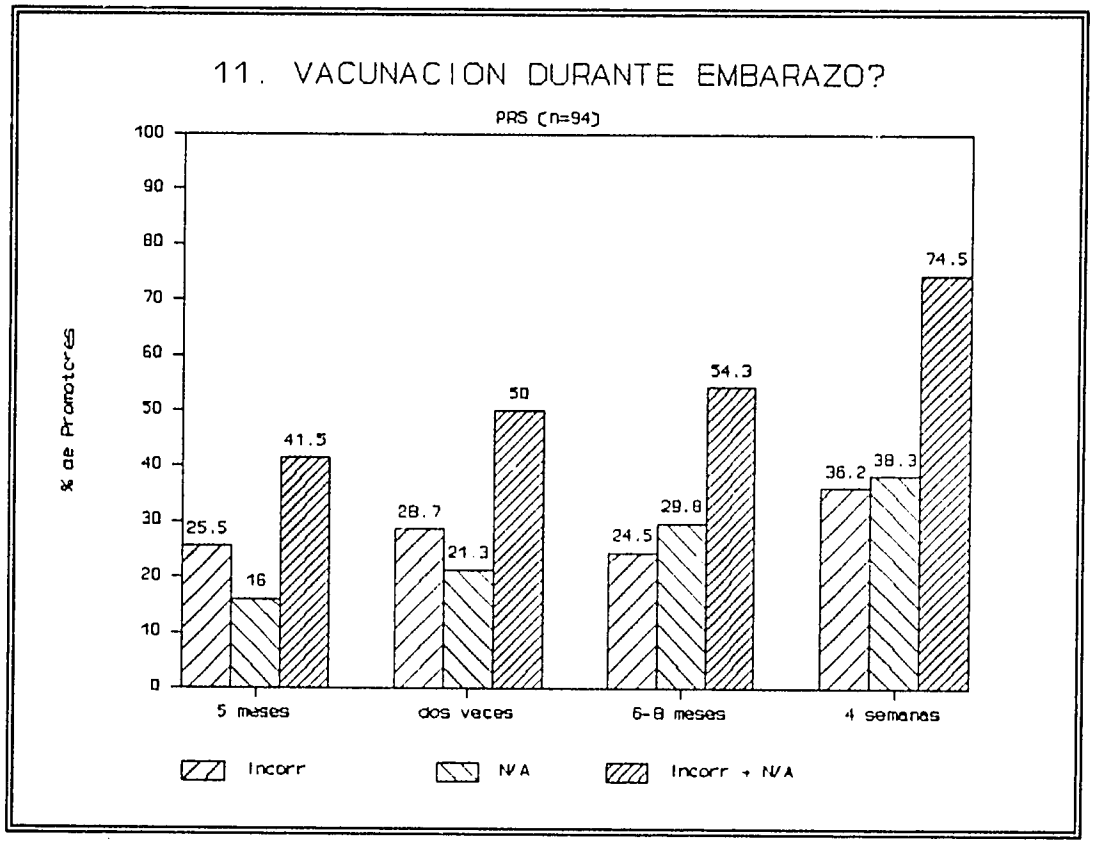
Escriba sus respuestas a las siguientes preguntas sobre esta vacuna durante el embarazo:

a) ¿A cuántos meses de embarazo debe Marta ponerse la primera vacuna contra el tétanos? 5 meses

b) ¿Cuántas veces debe Marta ponerse esta vacuna durante su embarazo? dos veces

c) ¿A cuántos meses de embarazo debe Marta ponerse la última vacuna contra el tétanos? 6-8 meses

d) Entre las vacunas que Marta se pone, ¿cuánto tiempo como MINIMO debe pasar? cuatro semanas



Gráfica 28: Toxoide Tetánico durante el Embarazo

12. Usted, como promotor de salud, debe aconsejarle a Marta durante su embarazo para que sepa la importancia de las vacunas para su hijo, y las edades en que debe vacunarlo.

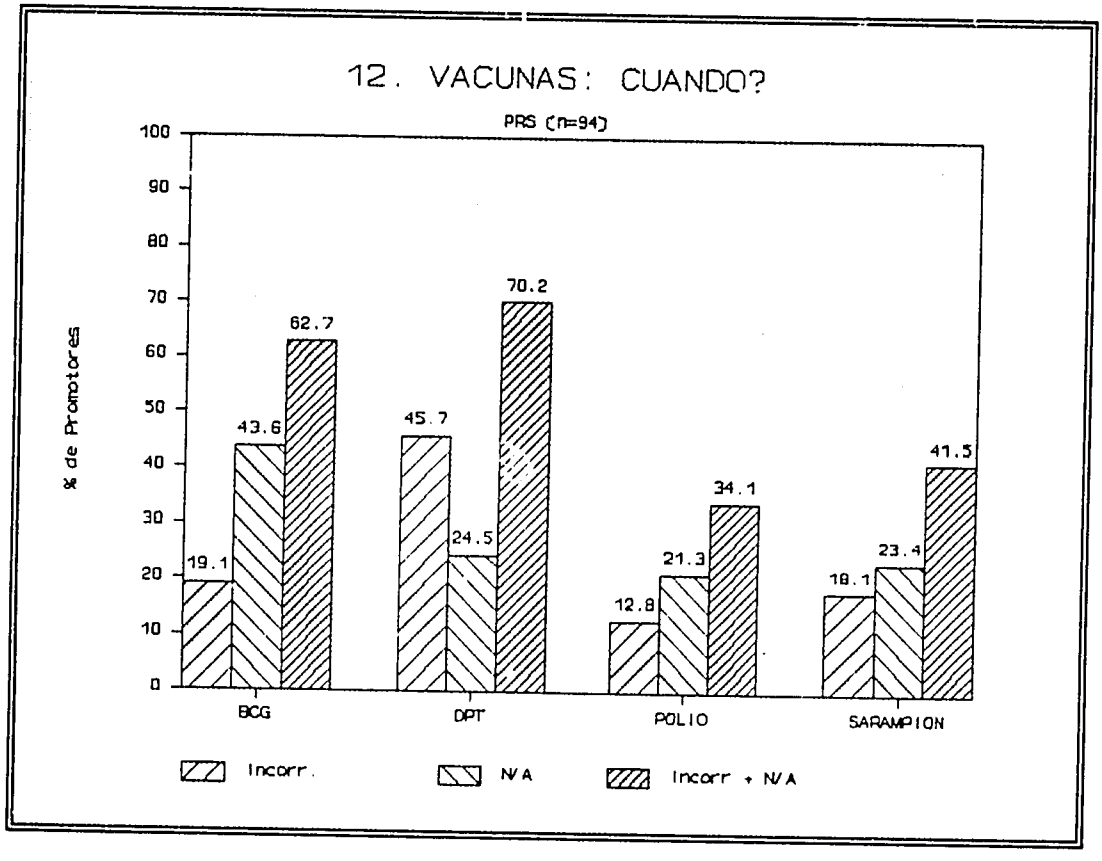
¿Cuántos meses debe tener un niño para que se le ponga por primera vez las siguientes vacunas? (Escriba sus respuestas en los espacios indicados.)

a) BCG ___al nacer___

b) DPT (la Triple) ___dos meses___

c) Polio ___al nacer/2 meses___

d) Sarampión ___9 meses___



Gráfica 29: Edad Correcta para las Primeras Vacunas

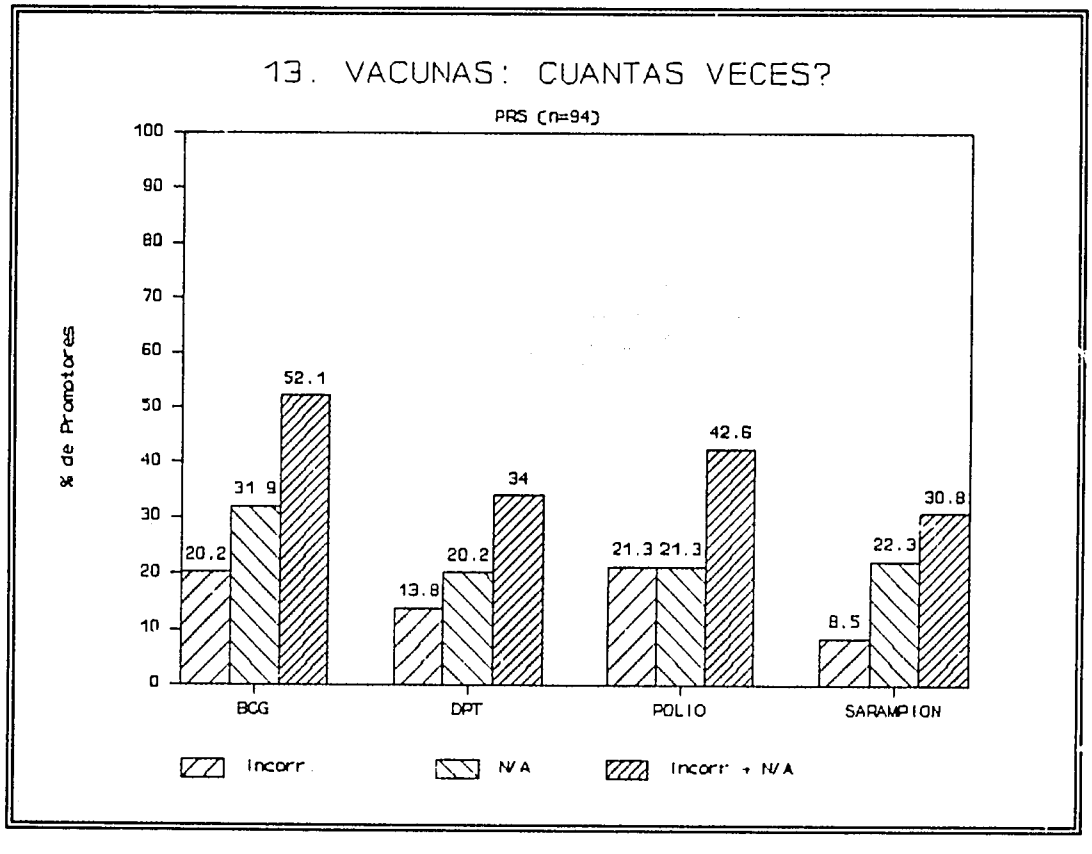
13. ¿Cuántas veces debe ponerse las siguientes vacunas durante el primer año de vida para que un niño esté protegido? (Escriba sus respuestas en los espacios indicados.)

a) BCG una vez

b) DPT (la Triple) tres veces

c) Polio tres veces (y una vez al nacer)

d) Sarampión una vez



Gráfica 30: Número de Dosis durante el Primer Año

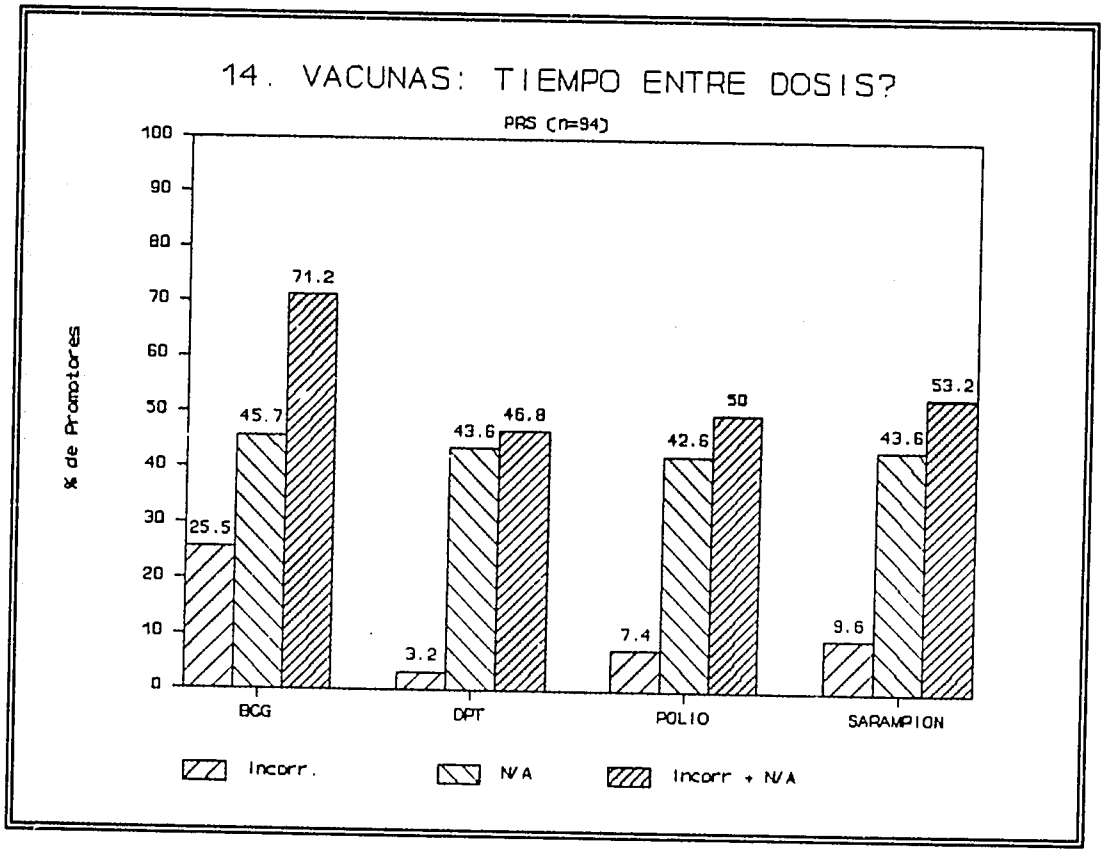
14. ¿Cuánto tiempo debe pasar entre las dosis que se ponen de las siguientes vacunas? (Escriba sus respuestas en los espacios indicados.)

a) BCG ___nada (dosis única)___

b) DPT (la Triple) ___1 - 4 meses___

c) Polio ___1 - 4 meses___

d) Sarampión ___nada (dosis única)___



Gráfica 31: Intervalo de Tiempo entre Dosis

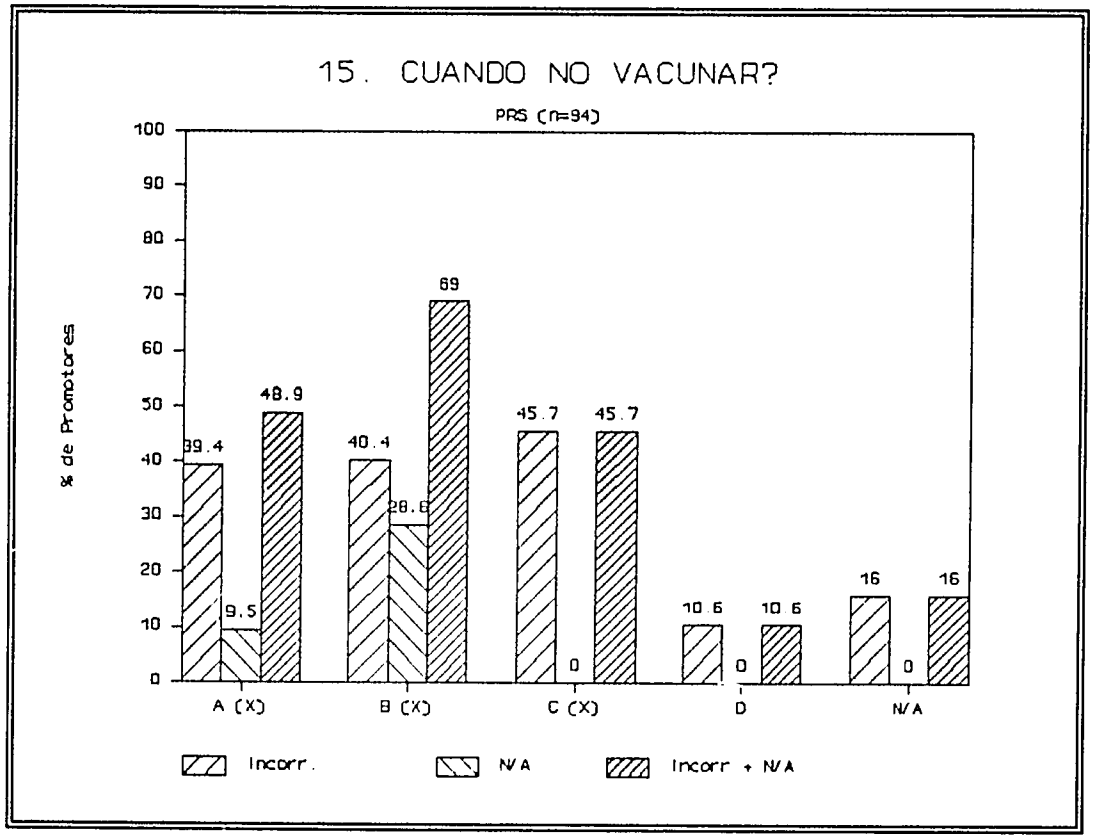
15. ¿Cuándo NO se debe vacunar a un niño? (Subraye la o las respuestas correctas.)

X a) Cuando el niño está desnutrido.

X b) Cuando el niño tiene diarrea.

X c) Cuando el niño tiene catarro o gripe.

d) Cuando el niño está gravemente enfermo con fuerte calentura.



Gráfica 32: Razones para NO Vacunar

f. **Mensajes Educativos para las Madres** (Preguntas 16-20)

Las cinco preguntas de esta sección fueron diseñadas para medir el conocimiento de los promotores sobre cuándo pueden las madres bañar a sus hijos después de vacunarlos, cuándo les pueden dar de mamar o comer después de la vacuna contra la polio, diferentes reacciones a las vacunas, tratamiento para reacciones febriles, y cuándo una reacción es seria y necesita ser tratada en los servicios de salud.

Resultados Sección D (%) (Preguntas 16-20)		**Promedio**	**DS**	**Rango**
Todos los promotores	(n=94)	66.2	16.5	00.0-100
Sacapulas	(n=22)	70.9	21.4	00.0-100
San Lorenzo	(n=20)	68.5	13.9	35.0-90.0
San Pedro Carchá	(n=39)	64.1	11.2	40.0-75.0
Sta. Lucía Cotz.	(n=13)	61.2	22.7	00.0-90.0

Como puede observarse, Sacapulas y San Lorenzo tienen los punteos por arriba del promedio de todos los promotores, y San Pedro y Sta. Lucía por debajo. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

Pregunta #16: Más de la mitad de los promotores (57.4%) dijo incorrectamente que el niño se puede bañar únicamente antes de ser vacunado, y casi el 44.7% no sabía que no hay ningún problema con bañar a un niño después de la vacuna. Casi una quinta parte (18.1%) dijo que el niño se podía bañar únicamente después de la vacuna y otra quinta parte (19.1%) dijo que el niño no debería bañarse ni antes ni después de la vacuna, ya que ésta perdería su fuerza. Tres promotores (3.2%) no respondieron.

Pregunta #17: Un poco más de una cuarta parte de los interrogados no sabía que es preciso esperar quince minutos para amamantar o alimentar al niño después de administrarle la vacuna contra la polio. Una cuarta parte dijo que se debería esperar cinco minutos y otro 21.3% que la espera debería ser de 2 horas. Casi el 15% indicó que no era necesario esperar, y tres no respondieron a la pregunta.

Pregunta #18: Todas las respuestas a esta pregunta fueron correctas; 44.7% no identificó el desgano y pérdida de apetito, 14.9% no señaló el nerviosismo, la irritabilidad y el llanto; 9.6% olvidó mencionar que era posible que hubiera dolor en el lugar en donde se inyecta la vacuna, y un 4.3% no mencionó que la fiebre es una reacción muy probable. Esta pregunta no fue respondida por 6.4% de la muestra.

Pregunta #19: El 78.7% de los promotores no pudo contestar que la dosis correcta era administrar 1 aspirinita cada 6-8 horas. Igual porcentaje equivocadamente eligió 1 aspirinita cada 4 horas, y 22% dijo que debería darse una aspirina de adultos cada 4 horas. Un poco más del 10% dijo que al niño con fiebre debe dársele dos aspirinitas cada 6-8 horas. El 4.3% de los promotores no dió respuesta.

Pregunta #20: En esta pregunta se presentaban cuatro razones por las cuales se hace necesario llevar a un niño recién vacunado a un centro/puesto de salud. Casi una cuarta parte de los promotores no pudo identificar la fiebre con más de 3 días de duración, 22.3% no señaló las convulsiones, 17% pensó que las dificultades respiratorias no eran razón suficiente, y 11.7% no consideró que los vómitos y la falta de apetito fueran problemas.

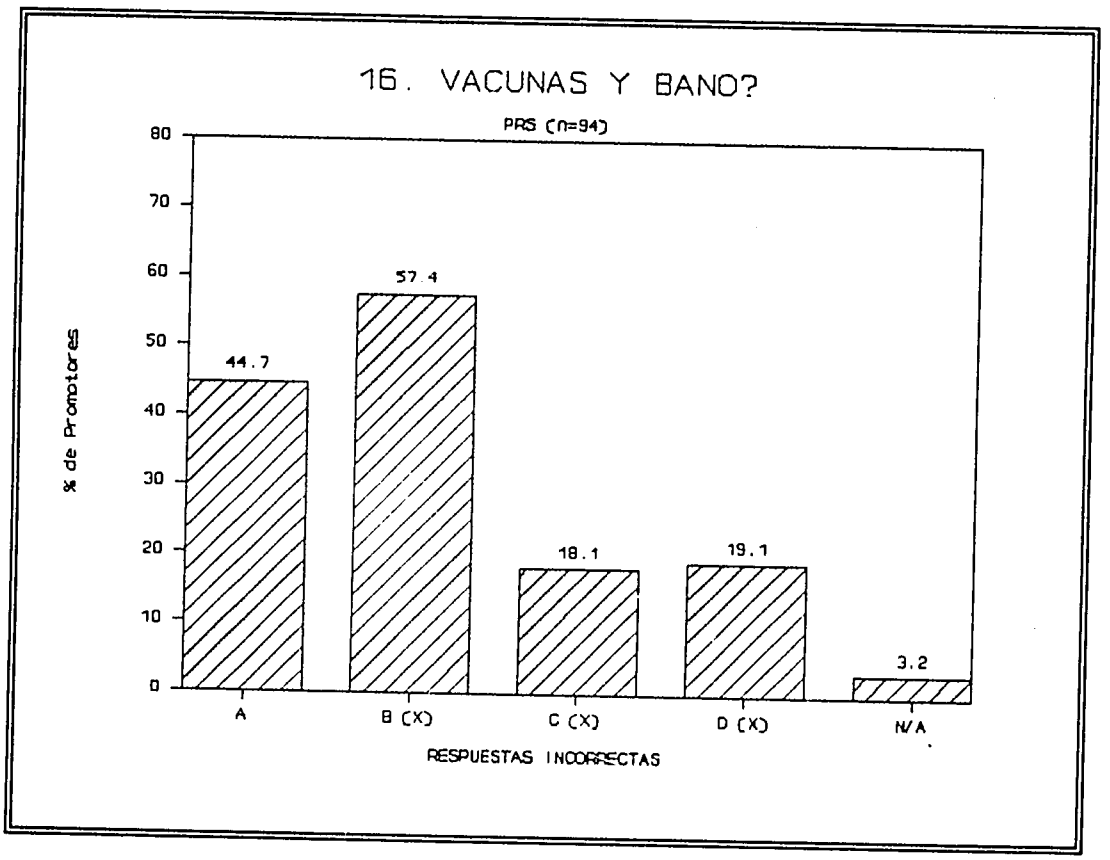
16. ¿Qué debe decir a las mamás sobre el baño y la vacunación de sus hijos? (Marque una sola respuesta.)

a) Se puede bañar al niño tanto antes como después de ponerle la vacuna, sin que le haga daño.

X b) Se puede bañar al niño solamente antes de ponerle la vacuna.

X c) Se puede bañar al niño solamente después de ponerle la vacuna.

X d) No se debe bañar al niño ni antes ni después, ya que el baño puede hacer que la vacuna pierda su fuerza.



Gráfica 33: Consejos -- Baño para Niños Vacunados

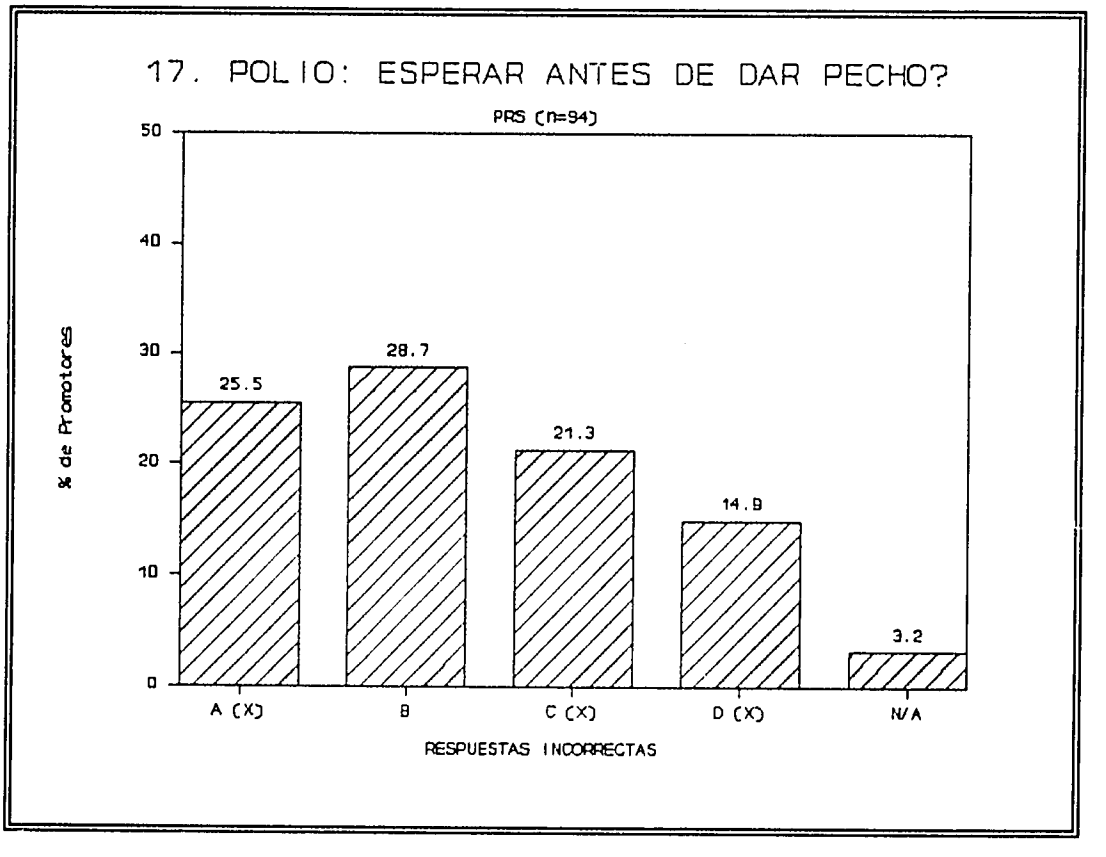
17. Después de poner la vacuna contra la polio, ¿cuánto tiempo debe esperar la mamá para dar de mamar o comer a su hijo, para evitar que escupa o vomite la vacuna? (Marque una sola respuesta.)

X a) La madre debe esperar 5 minutos para dar de mamar o comer a su hijo.

b) La madre debe esperar 15 minutos para dar de mamar o comer a su hijo.

X c) La madre debe esperar 2 horas para dar de mamar o comer a su hijo.

X d) La madre no tiene que esperar para dar de mamar o comer a su hijo.



Gráfica 34: Consejos -- Alimentación después Polio

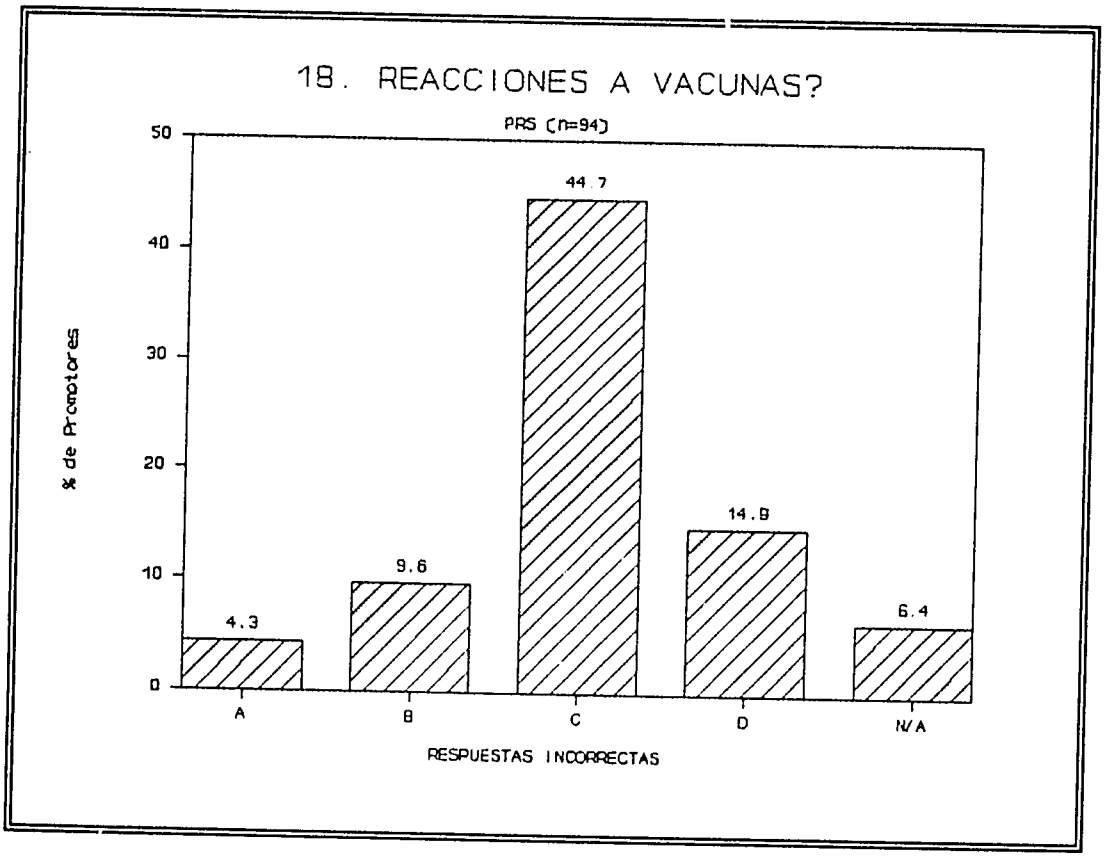
18. ¿Cuáles de las siguientes son reacciones que un niño puede tener a las vacunas? (Subraye la o las respuestas correctas.)

a) Calentura leve.

b) Sentir dolor en el lugar en donde se le puso la vacuna.

c) Estar un poco decaído, con poco apetito.

d) Estar inquieto, irritable o llorón.



Gráfica 35: Vacunas -- Posibles Reacciones

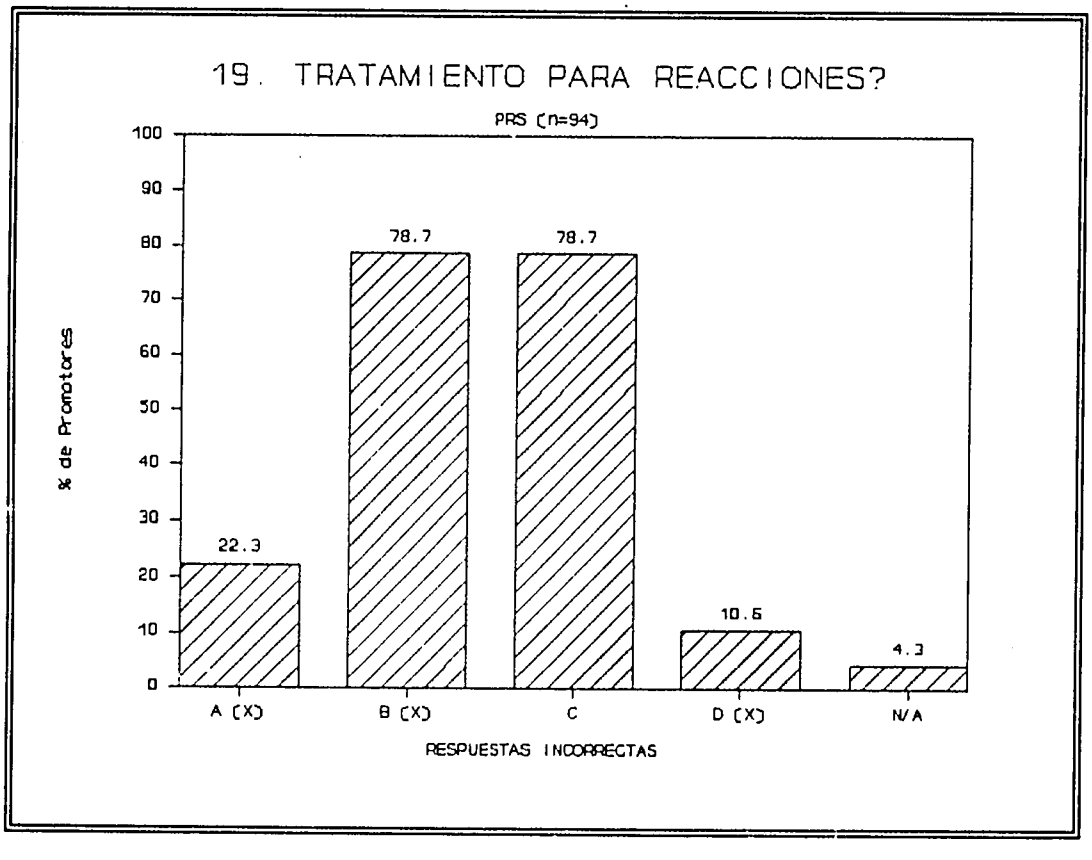
19. Si un niño tiene molestias después de ponerle una vacuna, ¿qué debe aconsejarle a la mamá que le dé al niño para que se alivie? (Marque una sola respuesta.)

X a) 1/2 aspirina para adultos cada 4 horas.

X b) 1 aspirinita (o Bebetina o Mejoralito) cada 4 horas.

c) 1 aspirinita (o Bebetina o Mejoralito) cada 6-8 horas.

X d) 2 aspirinitas (o Bebetinas o Mejoralitos) cada 6-8 horas.



Gráfica 36: Consejos -- Tratamiento de Reacciones

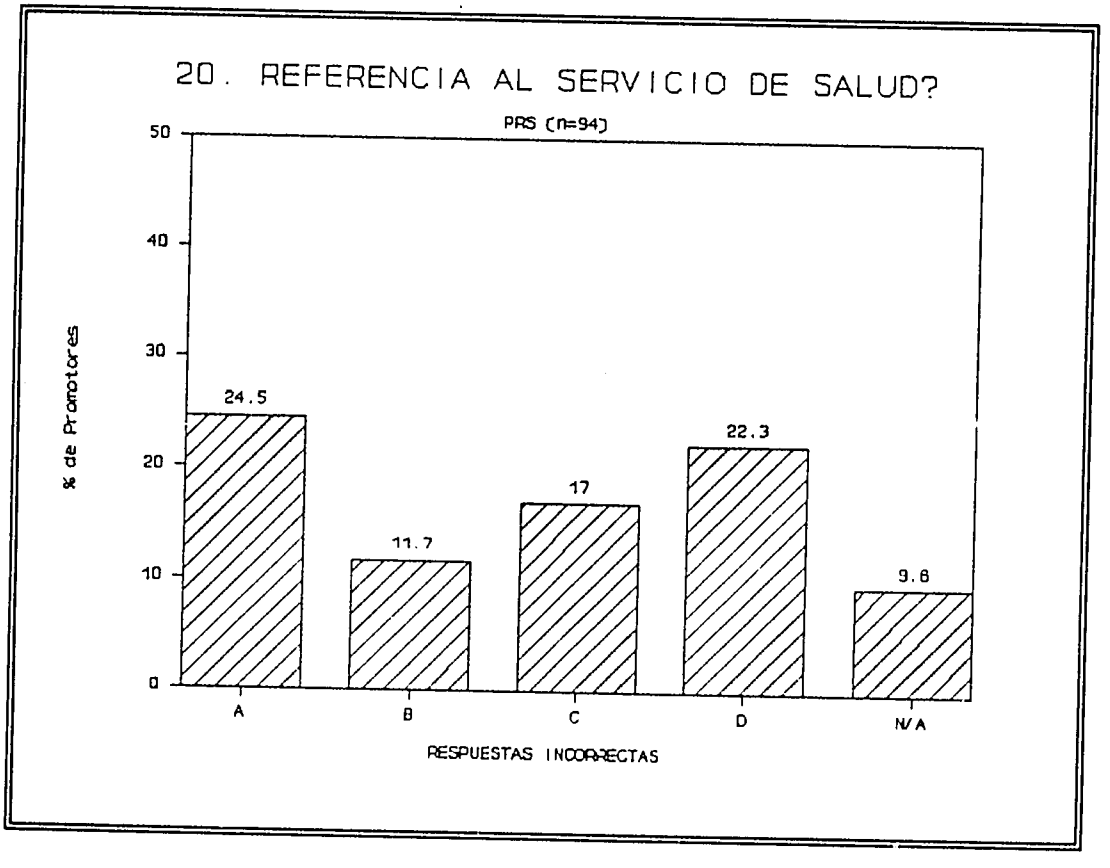
20. ¿Cuándo debe decir a una mamá que es urgente llevar a su hijo al servicio de salud? (Subraye la o las respuestas correctas.)

a) Cuando el niño tiene calentura más de 3 días.

b) Cuando el niño está vomitando, o no quiere mamar, comer, o beber.

c) Cuando al niño le cuesta respirar.

d) Cuando al niño le dan convulsiones (ataques).



Gráfica 37: Reacciones -- Cuando Llevar al Servicio

E. Conclusiones e Implicaciones para la Acción

1. Diarrea y Deshidratación (TRO)

a. Análisis de los Resultados de los Exámenes

Los resultados de este examen de 18 ítems, administrado a una muestra de 90 promotores de salud rural en cuatro distritos de todo el país, reflejan un bajo nivel de conocimientos sobre el tratamiento de la diarrea y la deshidratación --causa principal de mortalidad infantil en Guatemala. Usando las normas actuales del Ministerio de Salud como base para calificar estos exámenes, la muestra de los promotores de salud logró una calificación promedio de 59.4%; sólo dos promotores obtuvieron resultados superiores al 80%.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p \leq .05$) en el promedio de resultados de este examen como un todo entre los promotores por distrito. Tampoco se detectó asociación alguna entre la calificación obtenida por los promotores y su edad, sexo, ocupación, estado civil o número de hijos. Más importante es que no se encontró ninguna diferencia entre estos resultados y los años de experiencia que tienen los promotores como tales (que oscilan entre un mes y 16 años), o la última fecha en la que recibieron alguna capacitación. (Del 80% que respondió a este ítem, casi 75% dijo que había recibido algún adiestramiento durante el último año.)

Estos hallazgos sugieren que --en general-- el impacto de la capacitación es razonablemente consistente en los cuatro distritos. Sin embargo, conforme se ilustra a continuación, los resultados fueron considerablemente diferentes según los temas tratados, demostrando que en un área existen fortalezas que en realidad sirven para equilibrar las deficiencias encontradas en otras.

El promedio de los resultados por sub-sección se resume en el cuadro que se presenta a continuación. Las diferencias estadísticas que surgieron entre los promotores por distrito, sobre algunas subsecciones de este examen, se indican con un asterisco (*):

Calificación Promedio por Sub-Sección del Examen (%):	Promotores (n=90)
Peligros, Causas y Prevención	82.5*
Diagnóstico y Referencia	77.5*
Alimentación y Líquidos	41.9*
Historias de Caso	54.2*
Preparación de SRO	65.0
Administración de SRO	23.8*

Es importante señalar que aunque existen diferencias entre los distritos respecto a ciertos temas, ningún grupo de promotores obtuvo consistentemente mejores o peores resultados que otro. Para ello existen algunas explicaciones. En primer lugar tenemos la posibilidad de que existan diferencias a nivel de distrito respecto a la adecuación de los conocimientos técnicos por sub-tema y/o destrezas de adiestramiento entre las personas que tienen la responsabilidad de impartir las sesiones de capacitación. Estos factores podrían contribuir a las inconsistencias que surgen en la calidad de la capacitación que se imparte tanto entre como dentro de los mismos distritos, ya sea en términos generales o por tema específico.

En segundo lugar, según los investigadores de campo, la existencia o ausencia de manuales de capacitación, o la versión que se está usando, también varía de acuerdo al distrito. En cualquier caso, cuando el contenidc técnico de los manuales es débil o cuando hay inconsistencias entre las versiones, los resultados tienden a ser más bajos. Sin duda, cuando no se dispone de manuales, la calidad de la capacitación automáticamente tiene que descansar sobre las destrezas y conocimientos de los instructores.

Debido a que los manuales deben servir tanto como ayuda para la capacitación al igual que como textos de referencia, si se mejorara su distribución y fortaleciera la claridad y exactitud técnica de los mensajes educativos que proporciona sobre áreas problemáticas clave, sin duda se podrían reducir las diferencias que existen en y entre los distritos en cuanto a la capacidad del adiestramiento.

b. Análisis del Contenido Técnico

Los resultados de los exámenes indican que los conocimientos sobre la relación que existe entre la diarrea y la desnutrición son inadecuados, tanto en cuanto a reconocer la desnutrición como complicación grave de la diarrea, como respecto a las prácticas apropiadas de alimentación durante y después de un episodio de diarrea. Considerando que la diarrea es una de las principales

causas de desnutrición entre los niños menores de cinco años en Guatemala[14], la capacitación deberá fortalecer este concepto.

Existe una grave falta de claridad en los manuales de capacitación para promotores (tanto la versión actual como la anterior) en relación a la administración de líquidos y alimentación adecuada durante y después de un episodio de diarrea. El contenido de los mensajes educativos se limita a que se "continúe" o "no se suspenda" la lactancia/líquidos/ alimentación. Estas instrucciones se prestan con demasiada facilidad a que hayan malos entendidos en cuanto a que el niño deberá ser tratado "como de costumbre". Esto, en realidad, fue la respuesta más común para estas preguntas. Asimismo, estos mensajes tan vagos sólo sirven para restarle énfasis a la importancia que debe darse al manejo nutricional de un niño que tiene diarrea.

En los nuevos manuales de normas del Ministerio de Salud aparecen mensajes similares[15][16], pero asimismo se incluyen instrucciones para que se "aumente" el consumo de líquidos, etc. Estas inconsistencias muchas veces dan lugar a confusiones. En realidad, un buen número de promotores indicó que debe continuarse la lactancia como "de costumbre" y, al mismo tiempo, que la lactancia debe "aumentarse" --respuestas en conflicto que parecerían corroborar nuestra sospecha de que existe un alto grado de confusión respecto a los normas actuales. La distinción entre "continuar" e "incrementar" es importante y debe ser aclarada. Esto es especialmente cierto en el caso del consumo de líquidos, cuyo aumento es la estrategia clave para prevenir la deshidratación.

Este concepto adquiere renovada importancia ya que casi el 15% de los promotores no reconoce que la diarrea puede dar lugar a la deshidratación --enfoque principal de los esfuerzos del control de las enfermedades diarréicas. Un porcentaje similar de promotores indicó que no consideraban que la diarrea fuera peligrosa. Lo más inquietante es que entre una cuarta y una tercera parte de los promotores señaló que la "reducción" o "suspensión" de la lactancia, líquidos o alimentos era el tratamiento apropiado durante un episodio de diarrea. Asimismo, más del 10% de los promotores señaló que después de una diarrea debe dársele al niño menos cantidad de comida para que el

---

[14] Módulo Integrado de Supervivencia Infantil. MSPAS/INCAP. Guatemala, 1988. p. 137.

[15] Manual de Normas y Guías de Atención Materno-Infantil. Depto. Materno-Infantil, DGSS/MSPAS. Guatemala, 1988.

[16] Módulo Integrado de Supervivencia Infantil. MSPAS/INCAP. Guatemala, 1988.

"estómago pueda descansar"; 40% de los promotores indicó que sólo debe darse sopas y atoles.

Debido a las altas tasas de morbilidad y mortalidad como consecuencia de la deshidratación y desnutrición en Guatemala, sería conveniente que el Ministerio de Salud ofreciera instrucciones claras y consistentes sobre cómo prevenir las complicaciones como consecuencia de las enfermedades diarréicas.

Entre los promotores se detectaron diferencias significativas respecto a la adecuación de conocimientos sobre la preparación del suero casero en comparación con la preparación de la solución a partir de un sobre de SRO, siendo la exactitud sobre la preparación del suero casero aproximadamente 50% más baja.

Lo más notable fue la variación de respuestas relativas a la cantidad de ingredientes, resultando algunas de las preparaciones propuestas en concentraciones de sodio potencialmente tóxicas o en niveles de glucosa tales que no servirían más que para disminuir la absorción de agua y sodio --reduciendo así la eficacia de la terapia-- o incluso agravando el caso con un aumento en los episodios de diarrea y, por lo tanto, potencialmente el grado de deshidratación.

Una fuente común de error parece ser la confusión que existe entre "cucharada" y "cucharadita". Por ejemplo, las normas del Ministerio de Salud para el personal institucional indican "vasos llenos" y "cucharaditas rasadas", pero los manuales para los promotores no lo hacen. Este es un detalle importante, ya que la diferencia entre una cucharadita "rebosante" y una cucharadita "rasada" da una razón de aproximadamente 2:1, pues la primera fácilmente se aproxima a una cucharada rasada. Por lo tanto, incluso entre los que indicaron la medida correcta, podría existir un amplio margen de error si se analizara la concentración de cada ingrediente incluido en la preparación resultante.

La existencia de tan altos niveles de confusión entre las medidas y las normas sugiere que existe la urgente necesidad de utilizar una nueva estrategia para impartir instrucciones sobre la receta y preparación del suero casero. Por una parte, quizás sería adecuado desarrollar y transmitir ampliamente "jingles" llamativos que de alguna manera ayuden a recordar la receta -- quizás basados en la música de alguna canción ranchera popular. Sin embargo, si no puede encontrarse una solución adecuada, el Ministerio de Salud tendrá que afrontar la necesidad de reconsiderar los beneficios de promover el suero casero. Por otra parte, mientras que el Ministerio de Salud no pueda garantizar el adecuado y constante suministro de sobres de SRO -- especialmente a las comunidades más aisladas que tienen más necesidad-- la decisión de suspender la promoción de la versión doméstica podría tener consecuencias igualmente graves.

Lamentablemente, es posible que la amplia distribución y exclusiva promoción de sobres de SRO tampoco ofrezca la solución

perfecta, ya que parece ser que ya existe un grado significativo de confusión entre ambos tipos de soluciones, cuando menos entre las personas incluídas en esta muestra. Casi una cuarta parte de los promotores indicaron que debe agregarse cierta cantidad de jugo de naranja a los sobres de SRO. Un porcentaje menor, pero siempre alto, también agregaría cierta cantidad de sal, azúcar o bicarbonato de soda. Estos son malos entendidos graves que merecen que se les de la debida atención urgentemente.

También podría ser necesario que el Ministerio de Salud reconsiderara lo adecuado de indicar en sus normas institucionales más recientes que "4 vasos equivalen aproximadamente a 1 litro". Una encuesta nacional de viviendas desarrollada por DataPro, S.A. bajo contrato con USAID/Guatemala, descubrió en 1987 que la capacidad de los recipientes de agua que las madres utilizan para preparar soluciones de rehidratación oral puede ser desde 175 cc. hasta más de 375 cc. [17] --lo que da como resultado un "litro de 4 vasos" que mide entre menos de 700 cc y más de 1500 cc. Cualquiera de estos extremos daría una concentración inferior a la deseada --y quizás hasta peligrosa-- para rehidratar a un niño. El reconocimiento de recipientes de un litro fue un poco mejor.

Sin duda, es necesario que se proponga un medio más preciso para estandarizar las medidas. Un paso hacia la dirección adecuada sería que se aclarara y distinguiera consistentemente la diferencia entre "cucharada" y "cucharada rasada". En cuanto al tamaño del recipiente de agua, debería alentarse tanto los promotores como el personal del Ministerio de Salud para que analizaran y practicaran la medición de un litro usando los recipientes regularmente disponibles en sus comunidades. Una vez se identifique un recipiente adecuado, debería enfatizarse el uso exclusivo del mismo, conjuntamente con explicaciones sobre el potencial peligro que representa utilizar medidas inadecuadas.

La casi omnipresencia de las botellas de bebidas gaseosas hasta en las comunidades más pequeñas podría ofrecer una solución aceptable. En los lugares en donde existen botellas de un litro para aguas gaseosas o cervezas, la solución es muy fácil. En donde se disponga únicamente de botellas pequeñas, se podría enseñar a los promotores cómo llenar las botellas hasta el nivel que las llenan usualmente las embotelladoras. Tres de estas medidas se aproximan a un litro.

El promedio de resultados combinados que obtuvieron los promotores en las dos preguntas relativas a la administración de SRO fue el más bajo de las seis subsecciones de este examen --

---

[17] Capacidad de Recipientes de Agua para la Preparación de Suero Oral. DataPro, S.A., bajo Orden de Trabajo No. 520-0000-0-007324-00 para la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID). Guatemala, mayo 1987.

inferior al 25%. La tasa de respuestas en blanco también fue la más alta de todas las subsecciones.

Es interesante observar que un porcentaje tan alto de participantes hayan indicado que la SRO debe administrarse en cantidades fijas o conforme a horarios rígidos, especialmente cuando en las preguntas no se especificaron variables tales como peso, gravedad de la diarrea o grado de deshidaratación. El que una madre intente observar estrictamente los horarios detallados e instrucciones impartidas por un promotor o profesional de salud puede causarle confusión y frustración. Asimismo, puede aumentar el riesgo de sobre- o sub-hidratar a un niño, cuando los cálculos no se adecúan a las necesidades reales de consumo de líquidos.

Conforme a estudios recientes, a menos que un niño presente signos que hagan que la rehidratación oral sea contraindicada, deberá permitírsele que tome SRO ad libitum. Estos mismos estudios demostraron que un niño, en realidad, consumirá la cantidad de SRO que necesita conforme al grado de deshidratación que esté padeciendo --reduciendo así en buena parte el riesgo de sub- o sobre-hidratación.

Además de ser más seguro para el niño, es mucho menos complicado enseñar a los promotores (y que los promotores a su vez enseñen a las madres) a administrar "tanta SRO y con la frecuencia que el niño la acepte" que esperar que ellos recuerden los complicados horarios y cantidades que serán diferentes según el peso o condición del niño. La transmisión de estos mensajes sencillos --conjuntamente, por supuesto, con instrucciones claras sobre signos y síntomas que requieren que el paciente sea referido-- facilitarán mucho la tarea de impartir conocimientos sobre el manejo adecuado de enfermedades diarréicas.

En general, los promotores obtuvieron resultados bastante satisfactorios en las preguntas relacionadas con el diagnóstico y síntomas de referencia al presentárseles como una lista "fuera del contexto". Aún así, las señales de diagnóstico que deben ser reforzadas son: reconocer una disminución en la cantidad de orina como señal peligrosa y la irritabilidad como señal de deshidratación, y la prueba de la piel arrugada como medio útil para determinar la presencia de deshidratación. Entre los síntomas de referencia, el que menos se reconoció fue la presencia de fiebre alta --hallazgo programáticamente importante debido a que ésta deberá dar lugar a la referencia del paciente, a pesar de su causa. La limitada práctica que tienen los promotores respecto a examinar a pacientes podría ser uno de los factores que está contribuyendo a que los promotores no reconozcan estas señales fácilmente.

Sin embargo, cuando estas señales y síntomas se ponen en un contexto más real que exige que se tomen decisiones sobre el tratamiento, la calificación baja. Como lo comprueban los resultados de las tres preguntas presentadas, la mayoría de los promotores en general están bastante familiarizados con las opciones de tratamiento que implican incremento de

líquidos/SRO/referencia. Lo que parece hacer falta, sin embargo, es un marco teórico que les permita acoplar la situación del paciente con el plan de tratamiento correspondiente. En la actualidad, los promotores incluídos en esta muestra tienen la tendencia a ir más allá del tratamiento indicado en cualquier etapa dada. Por lo tanto, el paciente que padece deshidratación leve-moderada, por ejemplo, es enviado al servicio de salud "tan pronto como sea posible". Aunque médicamente ese consejo no hace daño al paciente, sí presenta implicaciones serias para un sistema de atención de salud que ya está funcionando bajo circunstancias difíciles debido a la gran limitación de recursos humanos, financieros y materiales --sin mencionar las demandas que ello impone sobre las madres que tienen muy poco tiempo para cumplir con sus obligaciones familiares.

Aunque el nuevo manual de capacitación para promotores presenta una lista de signos y síntomas de deshidratación, el mismo no presenta específicamente un plan de diagnóstico/tratamiento que pueda ser observado por los promotores cuando analicen un caso de diarrea y grado de deshidratación. La introducción del "Plan A/B/C/" (pregunte, observe, explore, etc.) del Ministerio de Salud como parte integral de la metodología de capacitación, conjuntamente con la experiencia práctica y el uso de historias de caso como técnicas de capacitación que se fortalecen entre ellas, podría ir muy lejos para ofrecer a los promotores la estructura necesaria para tomar decisiones más eficientes respecto a los recursos. No hay razón para sospechar que los promotores no podrían integrar el plan de diagnóstico y tratamiento del Ministerio de Salud a sus conocimientos actuales; por el contrario, probablemente serviría para dar coherencia a lo que muchos perciben como una lista desarticulada de detalles. Esta estrategia también sería útil para avanzar hacia el objetivo de mayor auto-confianza a nivel local, ofreciendo a la gente conocimientos que les permitan ejercer más control sobre sus propias vidas.

En cuanto a las causas y tratamiento de la diarrea, también es interesante observar que aunque los promotores aparentemente conocen las enseñanzas médicas actuales en estas áreas, también respondieron conforme a las creencias que se tienen en este sentido en la localidad, lo que refleja cierto tipo de estrategia pluralista para el aprendizaje. Es así que encontramos que el "mal de ojo" es considerado por muchos como causa de diarrea, y que los antidiarréicos, las inyecciones de vitamina B y masajes en el estómago se consideran como medidas apropiadas de tratamiento.

Este hallazgo parecería indicar la necesidad de explorar y rebatir, cuando sea necesario, las creencias locales que pueden ser dañinas para la salud de un paciente y fortalecer las que son beneficiosas. En general, los manuales de capacitación no dicen casi nada respecto a las creencias tradicionales que continúan siendo importantes para un buen número de los promotores de nuestra muestra.

2. Inmunización

a. Análisis de las Calificaciones

La calificación a las 20 preguntas sobre PAI, presentadas a 94 promotores en cuatro Distritos de Salud, fueron alarmantemente bajas y reflejan los pocos conocimientos básicos que son indispensables para ampliar la cobertura de inmunización. El resultado promedio del total fue 67%, levemente más alto que el del examen sobre diarrea y deshidratación. Al dividir los resultados por distrito, sexo, edad, estado civil, número de hijos, ocupación, tiempo de prestar servicios como promotor, y la fecha de la última capacitación, y al hacer los análisis de varianza, ninguno de los subgrupos definidos por estas variables independientes mostraron diferencias significativas ($p < .05$).

Sin embargo, surgieron algunas diferencias en los resultados de las cuatro secciones del examen: conocimientos generales sobre inmunización (Preguntas 1-5), conocimientos sobre enfermedades prevenibles por vacunación (Preguntas 6-10), plan de vacunación (Preguntas 1--15), y mensajes educativos para las madres (Preguntas 16-20). La calificación promedio más alta de 78.9% se obtuvo en la sección sobre conocimiento de enfermedades prevenibles por vacunación y la más baja, 49.5%, se obtuvo sobre los detalles relacionados con el esquema de vacunación. La calificación promedio sobre conocimientos generales de inmunización fue de 74.2%, el resultado de 66.2% sobre mensajes educativos para la madre se encuentra levemente por debajo del promedia para todo el examen. Una vez más, al dividirlas por distrito, no surgieron variaciones estadísticamente significativas entre las cuatro sub-muestras de promotores.

Calificación Promedio por Sub Sección del Examen (%)	**Promotores (n=94)**
Conocimientos Generales	74.2
Enfermedades Prevenibles por Vacunación	78.9
Esquema de Vacunación	49.5
Mensajes Educativos para la Madre	55.2

Es difícil determinar las razones específicas por las que un grupo de promotores calificó mejor que otro. Es muy probable que las razones que se proponen respecto al desempeño en el examen sobre Diarrea y Deshidratación también se apliquen al examen sobre el PAI.

b. Análisis del Contenido Técnico

Es importante que los promotores sepan en qué consisten sus actividades de vacunación, particularmente en cuanto a educar e informar a los residentes de la comunidad sobre la necesidad de inmunizar a las madres embarazadas así como a los niños pequeños, instruírles respecto a las reacciones, la importancia de mantener registros de niños y madres en riesgo, y poder reconocer las enfermedades prevenibles por vacunación. Casi una cuarta parte de los promotores considera que no es importante mantener registros, una quinta parte de los promotores no señaló la necesidad de ofrecer instrucciones sobre las reacciones que dan las vacunas y la importancia de visitar a las mujeres y niños no vacunados; 15-20% no reconoció la función que deben desempeñar para promover y participar en actividades de vacunación y casi el mismo número tampoco realizaba que tenían la obligación de instruir a los residentes de la comunidad respecto a cuándo y con qué frecuencia debe inmunizarse a los niños. Más del 90% de los promotores sabía que debían instruir a los residentes de la comunidad sobre las vacunas, las enfermedades y los riesgos que se toman cuando no se inmunizan.

Casi la mitad de los promotores no tiene idea de la cobertura de la vacunación, y casi una cuarta parte no reconocen la importancia de la capacitación para participar en actividades de inmunización. Alrededor del 15% no reconoce la importancia del manejo de las vacunas, y casi la misma cantidad no tiene idea de lo que es la participación comunitaria. Alrededor de una quinta parte de los promotores no pudo identificar correctamente las enfermedades prevenibles por vacunación, y al preguntárseles el nombre de las enfermedades que se previenen a través de la vacuna BCG y DPT, casi la mitad de los promotores no pudo nombrarlas.

Estos resultados señalan que existe mucha necesidad de impartir conocimientos básicos sobre inmunización y la función que desempeñan los promotores. Es muy posible que éstos sean conceptos que no fueron suficientemente enfatizados durante la capacitación original, o bien, ésta se realizó hace tanto tiempo sin que se haya impartido ningún adiestramiento de refuerzo reciente, que los promotores simplemente ya no los recuerdan.

Cuando se les presentaron las cinco preguntas sobre las señales de las cinco enfermedades del PAI, alrededor de una quinta parte de ellos, con alguna variación por enfermedad y algunas señales muy conocidas, no marcaron las cuatro respuestas correctas. Aunque la calificación en esta sección fue la mas alta, debería ser aún tema de preocupación el que tantos promotores no puedan reconocer características tan básicas. Esto también lleva implicaciones para reconocer los posibles brotes de epidemias que deben ser notificadas de inmediato a funcionarios de salud pública y la referencia de pacientes que requieren atención médica urgente.

Para que los promotores de salud puedan ayudar a mejorar las coberturas de inmunización, es indispensable que eduquen y

convenzan a las madres para que lleven a sus niños y vayan ellas mismas cuando están embarazadas a vacunarse en el momento apropiado y que reciban el número adecuado de dosis y a los intervalos especificados. Lamentablemente, las calificaciones en esta sección (Preguntas 11-5) fueron las más bajas y deben ser objeto de cuidadoso examen para establecer un curso de acción al respecto.

Los conocimientos sobre el cuándo, número de dosis, y período mínimo entre las dosis para las mujeres embarazadas que reciben el toxoide tetánico son inaceptablemente bajos. De acuerdo con los resultados de una encuesta reciente[18], el que la cobertura para esta vacuna sea la más baja de todo el grupo del PAI debe ser razón suficiente para conceder la más alta prioridad al mejoramiento de las coberturas. Las dos normas más recientes[19] [20] para los instructores señalan que la madre debe recibir dos dosis a partir del quinto mes de embarazo, pero un reciente manual de capacitación para personal voluntario no dice nada respecto a las mujeres embarazadas y la inmunización con toxoide tetánico.[21] El que casi la mitad de los promotores entrevistados no conociera lo más mínimo respecto a los procedimientos del toxoide tetánico, es clara indicación de deficiencias en los recientes cursos de capacitación y/o la falta de capacitación sobre normas actuales.

Los conocimientos que tienen los promotores sobre cuándo aplicar las vacunas BCG, DPT, polio y sarampión también son bajos; el número de promotores que sabía que la BCG debe darse al nacimiento y la DPT a los dos meses de edad, se acerca a una cuarta parte de la muestra; en cuanto a polio y sarampión, la

---

[18] En una muestra de 4,597 mujeres que dieron a luz en los últimos cinco años, sólo 13.6% recibieron la vacuna de toxoide tetánico. El porcentaje de mujeres mayenses fue de 6.9 comparado con el 18.6 para mujeres ladinas. Estas cifras son de Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 1987, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, INCAP y el Institute for Resource Development/Westinghouse Health Systems.

[19] Las Vacunas del PAI. MSPAS/DGSS/División de Vigilancia y control de Enfermedades. Guatemala, noviembre de 1987.

[20] Manual de Normas del Programa Nacional de Inmunizaciones. MSPAS/Unidad Ejecutora de Programas Aplicativos/División de Vigilancia y Control de Enfermedades. Guatemala, enero de 1988.

[21] Guía de Capacitación para Personal Voluntario: Programa Ampliado de Inmunizaciones. MSPAS/Unidad Ejecutora de Programas Aplicativos/Departamento de Vigilancia y Control de Enfermedades. Guatemala, diciembre de 1986.

falta de conocimientos se encontró entre una tercera parte y la mitad de la muestra.

Aquí la confusión en parte puede estar relacionada con el cambio de normas. Las normas de noviembre de 1987, mencionadas anteriormente, indican que la BCG debe darse a los niños menores de un año, pero las normas más recientes cambiaron la redacción para que diga "...desde el nacimiento". En el caso de la DPT, hubo un cambio de 3 meses en las normas antiguas a 2 meses en las nuevas. Debido a que el examen se corrigió conforme a las normas nuevas, la razón de la baja calificación podría sencillamente ser que los promotores no hubieren recibido aún cursos de refuerzo. Una revisión más estrecha de los datos, sin embargo, indica que ello podría aplicarse únicamente a algunos promotores. Conforme lo muestra la Gráfica 40, el número de promotores que no respondió la pregunta sobre BCG y DPT fue de 43.6% y 24.5%, respectivamente, lo que indica que simplemente no tenían idea y no deseaban adivinar. En cuanto a polio y sarampión, también los promotores que no respondieron fueron muchos más que los que respondieron. Por lo tanto, los datos indican bajos niveles de conocimiento de las normas actuales y normas anteriores.

Es sumamente importante asegurar que las madres vacunen a sus hijos el número adecuado de veces; si ésto no se hace, se reduce enormemente la cobertura de la inmunización. La reciente encuesta mencionada anteriormente, demuestra que para DPT y polic el porcentaje de niños vacunados disminuye alrededor de un 15% entre la primera y la segunda dosis y otro 15% entre la segunda y tercera dosis. Para que los promotores sirvan como agentes efectivos para asegurar la cobertura adecuada de estas vacunas, es preciso que conozcan el número de dosis y el intervalo de tiempo correspondiente que debe transcurrir entre ellas. Tanto para DPT como para polio, los promotores que no pudieron indicar el número e intervalo correcto fue sorprendente; menos de la mitad pero más de una tercera parte no pudo decir cuál era el número correcto de dosis y la mitad no supo decir cuál era el intervalo adecuado.

De nuevo, existen ciertas diferencias entre las normas antiguas y las actuales respecto a los intervalos para DPT y polio. En las normas antiguas el intervalo para DPT era un mínimo de 6 semanas hasta un máximo de un año, en comparación con el intervalo actual de 1-4 meses tanto para DPT como para polio. El intervalo anterior para polio era de 6 semanas. Sin embargo, para ambas vacunas, el porcentaje de promotores que no dió respuesta fue superior al 40% del 50% que no dió la respuesta correcta.

Cuándo no vacunar a un niño ha sido tema de discusión en círculos de salud pública durante mucho tiempo. Parece existir un consenso general de que no debe aplicarse una vacuna si el niño está seriamente enfermo; pero luego, ¿qué significa "seriamente enfermo"? De acuerdo con el Dr. Robert Northrup, director técnico de PRITECH, debe aplicarse el criterio de fiebre superior a los 39 grados C o 102 grados F. Entre nuestra muestra de promotores, sin embargo, existe gran confusión. Alrededor del

40% dijo que la desnutrición, la diarrea, los resfríos y la influenza son todas razones para no vacunar a los niños; sólo el 10% dejó de incluir también enfermedades serias.

Debido a que tantos promotores y al igual que otros trabajadores en salud hacen uso de criterios similares para no vacunar a los niños, ¿cuántos de éstos no son inmunizados cuando se realizan las actividades rutinarias del PAI y cuál es el efecto que ello tiene para la cobertura? Teniendo en mente las altas tasas de desnutrición y prevalencia de diarrea e infecciones respiratorias en Guatemala, el número que no son vacunados pero que debieron y pudieron haber sido vacunados sin duda es significativo; los autores no conocen la existecia de datos cuantitativos y una estimación arriesgada de 10% parecería ser un cálculo razonable en este contexto. Los dos juegos de normas que se citan anteriormente señalan que no se debe vacunar a niños que están seriamente enfermos, pero ninguno de ellos define lo que "seriamente" significa.

Uno de los problemas más serios para que la implementación de un programa de inmunización exitosa es la renuencia de las madres de vacunar a sus hijos. Encuestas recientes han demostrado una diversidad de razones, pero la más común es el temor a las reacciones adversas y la posibilidad de adquirir la enfermedad que la vacuna supuestamente debe prevenir. La función del promotor, por lo tanto, es sumamente importante para informar a la madre sobre las vacunas y lo que puede hacer cuando el niño tiene una reacción adversa, indicarle que puede bañar a su hijo en cualquier momento antes y después de la vacunación, y en el caso de la vacuna oral contra la polio, darle instrucciones respecto al período de tiempo que debe esperar antes de amamantar o alimentar a su hijo.

En general, los signos de reacciones adversas eran bien conocidas, salvo por la sensación generalizada de cansancio y pérdida de apetito. Existen problemas en relación con la dosis de aspirinitas que debe darse al niño por reacciones febriles. Más de tres cuartas partes de los interrogados dijo que debería darse una aspirinita cada cuatro horas en lugar de cada 6-8 horas como lo dictan las normas actuales. Este es quizás el mejor ejemplo de la persistencia de la norma antigua de 4 horas, según fue demostrado por igual número de promotores que marcaron incorrectamente la norma antigua y no pudieron reconocer la nueva; casi todos los promotores incluídos en la muestra dieron respuesta a esta pregunta.

Existen aún malos entendidos de consideración alrededor de la práctica adecuada relacionada con el baño antes y después de la vacunación. Casi la mitad de los promotores ignoraba que no es necesario observar precauciones en este sentido. Sería útil corregir esta creencia para convencer a las madres que las vacunas en realidad no son nada fuera de lo normal y que no tienen que hacer nada especial.

Al presentárseles cuatro razones válidas para llevar a un niño recién vacunado al servicio de salud, 10-25% de los promotores no pudo reconocerlas. Es preciso que se preste más énfasis a la capacitación, la supervisión, las reuniones mensuales y los materiales de referencia. Debe tenerse en mente que un número minúsculo de reacciones pueden ser fatales, pero la noticia de un acontecimiento tal puede regarse con mucha rapidez. La publicidad adversa puede y en realidad da lugar a que muchas familias dispongan no correr el riesgo con sus hijos.

V. DISCUSION Y RECOMENDACIONES

Las observaciones etnográficas demostraron que los promotores son aceptados, considerados como líderes comunitarios, y, como tales, son objeto del respeto, confianza y apoyo comunitario que se otorga tradicionalmente a los líderes locales. Las relaciones entre los promotores y demás líderes o representantes de agencias de desarrollo, aparentemente, también son bastante positivas, y en la mayoría de los casos existe buena coordinación de actividades.

Hubo un virtual consenso entre los entrevistados respecto a las limitaciones que tienen que afrontar los promotores. Estas se pueden resumir en tres categorías básicas: la falta de equipo, suministros y medicinas necesarias para cubrir las necesidades de los pacientes; la falta de capacitación, apoyo, y especialmente, supervisión; y la escasez/falta de materiales de referencia técnicamente adecuados y actualizados. Los promotores también mencionaron no tener suficiente tiempo que dedicar a sus comunidades.

Los promotores en especial, consideran que su función podría ser más efectiva, tanto cualitativa como cuantitativamente, siempre y cuando pudieran contar con apoyo técnico y moral y la supervisión del personal del distrito. La institución de reuniones y/o visitas mensuales de supervisión fue una de las soluciones propuestas con más frecuencia.

Asimismo, todos insistieron en que incluso el equipo más elemental, así como suministros, medicinas y materiales educativos básicos facilitarían mucho la realización de las actividades que deben llevar a cabo. Varios promotores propusieron que el Ministerio de Salud aplique la política anterior de distribuir los maletines médicos que se entregaban normalmente a todos los promotores de salud rural.

El personal del Ministerio de Salud también considera que los promotores necesitan y merecen más y mejores incentivos para su trabajo, y quizás una compensación directa. Las sugerencias incluyen que se les proporcionen raciones de alimentos tales como las que distribuye CARE; que se les paguen tasas de viáticos más altas, y que éstos sean cancelados regular y oportunamente, por su participación en cualesquiera y todas las actividades de capacitación; y que se les dé cuando menos una remuneración mínima. Este último punto fue apoyado enfáticamente por la mayoría de los promotores. El personal de distrito también reconoció que una mejor supervisión y apoyo material servirían como un estímulo importante para los promotores, pero en general se sienten restringidos por las limitación de recursos materiales, humanos y financieros de sus propias instituciones.

Las conclusiones derivadas de las observaciones de los promotores que trabajan en las comunidades estudiadas, sin duda se pueden

aplicar a la mayoría de los promotores que trabajan en Guatemala. Se ignora cuál es el número de promotores activos, y la estimación que oscila entre 5,000 y 10,000 no es más que una conjetura. Sin duda, el promotor es un gran recurso para la atención primaria en salud en general y, específicamente, para el tratamiento de las enfermedades diarreicas y la expansión de la cobertura de inmunizaciones. Las exámenes escritos, sin embargo, han demostrado que los conocimientos actuales de los promotores sobre el tratamiento de la diarrea y los procedimientos para el diagnóstico son muy deficientes. Además, los conocimientos sobre procedimientos y programas de vacunación también son inadecuados.

Por lo tanto, la interrogantes es saber si el trabajo que actualmente desempeñan los promotores de salud está ejerciendo algún impacto sobre el uso de TRO y la expansión de la cobertura de inmunizaciones. La respuesta, sin duda, varía conforme a los distritos de salud y comunidades especificas. En nuestra muestra, la efectividad de los promotores parece ser mejor en San Lorenzo y en San Pedro Carchá que en Sacapulas, y es muy prematuro juzgar lo que está sucediendo en Las Cruces y Belice. La respuesta, por lo tanto, sería una afirmación cuidadosa. Sin embargo, el principal obstáculo para la efectividad se encuentra en los graves vacios que existen respecto a conocimientos médicos y procedimientos de tratamiento.

Se considera que la dirección y administración del Proyecto PAI/TRO debería reconsiderar la función que desempeña el promotor de salud como parte de las actividades programadas. Los programas de capacitación, materiales de referencia y apoyo institucional que reciben los promotores actualmente son inadecuados en cuanto a esfuerzos y compromisos financieros. Los autores creen que para que los promotores reciban apoyo continuo del proyecto, se debe asignar una mayor proporción del presupuesto a la capacitación, suministro y supervisión de promotores. Si la elección es no incrementar esfuerzos con promotores, quizás sería financieramente más aconsejable dejar la capacitación de promotores y comprometer los fondos en otras actividades del proyecto tales como el mantenimiento de la cadena de frío, la producción de SRO, o la promoción a través de los medios de comunicación masiva.

Estudios realizados en otros países[22] durante mucho tiempo han establecido la potencial efectividad del trabajador voluntario de la comunidad para implementar actividades de TRO y PAI. El factor más importantes en estos primeros estudios fue la

---

[22] Informe del Programa de Rehidratación Oral de Bangladesh, J. Chakraborty, ICDRR 1980; Tratamiento en el Hogar del Niño con Diarrea en Aldeas de Punjab, Kielman y McCord, Johns Hopkins 1977, Efectos Beneficiosos de las Soluciones de Azúcar-Electrolitos en el Tratamiento de la Diarrea Infantil -- Estudios en Siete Comunidades Rurales (Filipinas), Grupo Internacional de Estudio, Grupo de Salud Pública de John Snow, 1977.

cuidadosa selección, capacitación, suministro, y supervisión de trabajadores comunitarios. Si se carece de la integración y continuidad que implican estas actividades, el impacto beneficioso que los voluntarios pueden ejercer sobre el comportamiento de las madres, es mínimo.

Suponiendo que los promotores voluntarios continuarán desempeñando una función importante para implementar las actividades del proyecto y como consecuencia de los hallazgos, deseamos presentar las siguientes recomendaciones:

1. Deben establecerse las funciones y responsabilidades específicas de los promotores para las actividades de TRO y PAI. La prioridad que se asigne a las funciones deberá relacionarse con todas las demás actividades necesarias para determinar si el promotor puede cumplirlas efectivamente. Es preciso prestar atención a limitar las actividades a la obtención de objetivos prácticos que puedan alcanzarse sin interferir con los medios de vida de los promotores.

2. La capacitación de los promotores debe ser objeto de revisión para dar más énfasis a experiencia práctica y actividades preventivas. Los manuales de capacitación deberán ser re-diseñados y actualizados para que en ellos se reflejen las normas actuales. Además, todos los instructores deben entender claramente todas las normas y procedimientos actuales.

3. Es preciso que se dé consideración a sostener sesiones de adiestramiento en el idioma materno de los promotores, en ciertas regiones lingüísticas. De esta manera, el promotor podrá entender mejor las funciones que debe desempeñar y al mismo tiempo podrá ofrecer explicaciones más claras a los padres de familia que no hablan español.

4. Deben diseñarse nuevos materiales de referencia y actualizar las normas adecuadamente, y distribuirlas entre todos los promotores activos. La elaboración de una carta informativa para los promotores, aunque costosa, podría ofrecer un medio adicional para comunicar los procedimientos y serviría como un vínculo con el Ministerio de Salud.

5. La reunión mensual de los promotores a nivel de distrito deberá llevarse a cabo con todos los promotores que se encuentran involucrados en las actividades del proyecto. El personal del Ministerio de Salud que organice las reuniones deberá ser capaz de conducir las sesiones de manera interactiva y productiva para fortalecer temas específicos sobre procedimientos y normas. Por ejemplo, cada mes se podría enfatizar un tema o aspecto diferente de TRO/PAI en forma de cursos de refuerzo estructurados y segmentados. Este también sería el momento apropiado para distribuir y discutir el contenido de la carta informativa que se propone y/o de la actualización de normas.

6. Aunque admitimos que bajo las condiciones económicas actuales el Ministerio de Salud se encuentra imposibilitado de pagar una "remuneración" a los promotores, éstos deberían recibir una suma adecuada de viáticos para cubrir los gastos en que incurran cuando asisten a las sesiones de capacitación, cursos de refuerzo y reuniones mensuales. El incremento en el costo de vida de Guatemala podría inferir una carga indebida para los promotores si ellos tienen que pagar su propio pasaje; muchas personas potencialmente buenas y dedicadas sencillamente no podrían recibir la capacitación.

7. A partir de nuestras entrevistas y grupo de enfoque con las madres de familia, sugerimos que el Ministerio de Salud investigue la posibilidad de implementar metodologías educativas complementarias para apoyar los esfuerzos actuales de capacitación. El uso de técnicas de "mercadeo social" podría ser una alternativa efectiva. Muchos de los mensajes educativos que deben ser transmitidos se prestan a que sean acompañados por melodías musicales. Se podrían componer canciones cortas o "jingles" para traer ideas a la memoria de los miembros de la comunidad al igual que de los promotores y personal del Ministerio de Salud. Dado el gran talento musical con que cuenta el país, no debería ser difícil identificar a un grupo o a una persona que pueda componer temas musicales con atractivo popular --o quizás se podría auspiciar algún tipo de concurso nacional.

8. Dado lo inaccesible de innumerables y pequeñísimas comunidades en Guatemala, quizás valdría la pena tener cierta comunicación con las redes que llegan hasta ellas. Las empresas embotelladoras, por ejemplo, ha cuentan con extensos sistemas de distribución. Muchas de estas empresas auspician concursos regularmente que se basan en las "tapitas" usadas. Si se pudiera convencer a estas empresas para que usaran una estrategia similar para transmitir mensajes de salud, sin duda el impacto sería significativo. Los alimentos para refrigerios y los cereales también gozan de amplia distribución, y con frecuencia, el empaque de estos productos lleva impresos juegos o mensajes educativos.

9. De acuerdo con los informes que se han recibido, los vecinos de San Lorenzo, San Marcos, demostraron un nivel significativamente más alto de conocimientos al comparárseles con los de otras comunidades, especialmente en relación con el PAI --más altos, en realidad, que los mismos promotores. El uso de la estrategia de canalización y el haber pintado mensajes de salud sobre las paredes de las viviendas en todo el departamento, podría ser parte de la explicación. Quizás sería adecuado para obtener información, investigar cuáles son los demás factores que podrían estar contribuyendo a esta situación, y estudiar la aplicabilidad de los mismos en otras comunidades.

10. También se recomienda que se realice una investigación operativa adicional sobre el tiempo que tanto promotores como madres de familia invierten en la administración de SRO. Esto es especialmente importante para determinar cuántas familias pueden ser cubiertas por un promotor a fin de asegurar que las madres cumplan con el uso de TRO. Tomando en cuenta la variación estacional que sufren las tasas de diarrea, debería ser posible estimar el número de niños en una población que padecen diarrea en cierta época. El número de promotores por casos probables se debería ajustar, entonces, para que se encuentre dentro de los límites prácticos del tiempo que se requiere para instruir y demostrar el uso correcto de TRO.

11. Deben realizarse más estudios etnográficos de caso para investigar la efectividad de la capacitación, re-adiestramiento, y la difusión de las nuevas normas debe llevarse a cabo por la Unidad de Investigación de la División de Recursos Humanos del MSPAS. Personal de esta Unidad estuvo involucrado en el presente estudio y fue adiestrado en el uso de metodologías cualitativas. Estos participantes demostraron buenas habilidades para la observación y con mayor adiestramiento podrían participar en todas las actividades de investigación del proyecto; con experiencia adecuada, la Unidad podría diseñar y realizar la recolección y análisis de información.

VI. LOS CUESTIONARIOS -- TRO Y PAI

Nombre: _____

DIARREA Y DESHIDRATACION

A. PREGUNTAS GENERALES SOBRE LA DIARREA (LOS ASIENTOS):

1. Porqué piensa usted que los asientos pueden ser peligrosos? (Subraye la o las respuestas correctas.)

   a) Los asientos son peligrosos porque pueden causar desnutrición.

   b) Los asientos son peligrosos porque pueden causar deshidratación (hacen que se seque el cuerpo).

   c) Los asientos son peligrosos porque pueden causar la muerte.

   d) Los asientos NO son peligrosos, ya que son comunes y corrientes tanto entre los niños pequeños como entre las personas grandes.

2. Cuáles de las siguientes situaciones pueden causar asientos? (Subraye la o las respuestas correctas.)

   a) La madre no se lava las manos antes de preparar la comida de su hijo.

   b) El niño gateo por el suelo, junto con los animales de la casa.

   c) La madre no tapa la comida, y las cucarachas y moscas andan por ella.

   d) Le pegan al niño mal de ojo.

   e) La madre prepara la comida del niño con agua sucia.

   f) Al niño le están saliendo los dientes.

   g) La madre no lava las frutas y verduras que come el niño.

   h) El niño se mete los dedos sucios en la boca.

3. Qué preguntas debe hacerle a una madre cuando su hijo tiene asientos? (Subraye la o las respuestas correctas.)

   a) Cuántos asientos hace el niño al día?

   b) Está vomitando el niño?

   c) Está tomando el niño más líquidos que de costumbre?

   d) Está mojando los pañales menos que de costumbre?

4. Cuáles de las siguientes son señas de la deshidratación cuando un niño tiene asientos? (Subraye la o las respuestas correctas.)

   a) El niño tiene más sed de lo normal.

   b) El niño orina poca cantidad y oscura.

   c) El niño está irritable o indispuesto.

   d) A los niños pequeños, se les hunde la mollera.

   e) El niño llora sin lágrimas.

   f) El niño tiene los ojos hundidos.

   g) El niño tiene la boca y lengua secas.

   h) Cuando se hace un pliegue en la piel del niño, la piel recupera su forma normal con lentitud.

B. TRATAMIENTO DE LOS ASIENTOS:

5. Cuál de los siguientes consejos debe dar a una madre sobre la lactancia cuando su hijo tiene asientos? (Marque una sola respuesta.)

   a) Debe darle de mamar a su hijo igual que siempre.

   b) Debe darle de mamar más que cuando el niño no tiene asientos.

   c) Debe darle de mamar a su hijo menos que de costumbre.

   d) Debe dejar de darle pecho al niño hasta que se le quiten los asientos.

6. Cómo debe una madre darle líquidos a su hijo cuando tiene asientos? (Marque una sola respuesta.)

   a) Debe darle la misma cantidad de líquidos que de costumbre.

   b) Debe darle más líquidos que cuando no tiene asientos.

   c) Debe darle menos líquidos que de costumbre.

   d) Debe dejar de darle líquidos al niño hasta que se le quiten los asientos.

7. Cuál de los siguientes consejos debe darle a una madre sobre la alimentación de su hijo cuando tiene asientos. (Marque una sola respuesta.)

   a) Debe darle de comer a su hijo igual que siempre.

   b) Debe darle comida más pequeñas pero más seguidas.

   c) Debe darle menos comida que de costumbre.

   d) Debe dejar de darle de comer al niño hasta que se le quiten los asientos.

8. Cuando el niño ya no tiene asientos, cómo debe la mamá darle de comer a su hijo? (Marque una sola respuesta.)

a) Debe darle de comer en las cantidades acostumbradas.

b) Debe darle una comida extra durante 2 semanas.

c) Debe darle de comer en menor cantidad que de costumbre para dejar descansar el estómago.

d) Debe darle solamente sopitas y atoles.

Cuando Carlitos, el hijo de Marta tiene 9 meses, se enferma de los asientos. En la visita domiciliaria que usted hace a la casa de Marta, encuentra que Carlitos se ve bien activo. Su boca y lengua están húmedas como siempre. Sus ojos se ven normales, y cuando llora tiene lágrimas. Además, la mollera está normal, o sea, no está hundida.

9. Cuál de los siguientes es el mejor consejo que usted puede dar a Marta en este caso? (Marque una sola respuesta.)

a) Marta debe darle a Carlitos más líquidos que de costumbre.

b) Marta debe dejar de darle pecho a Carlitos hasta que le pasen los asientos.

c) Marta debe darle a Carlitos suero oral o suero casero.

d) Marta debe llevar a Carlitos al servicio de salud lo más pronto posible.

e) Marta debe comprar medicinas para quitarle los asientos.

f) Marta debe ponerle una inyección de vitamina B.

g) Marta debe darle antibióticos (penicilina).

h) Marta no debe hacer nada, ya que los asientos son muy comunes en niños pequeños y a veces se quitan solos.

Usted visita otra casa y encuentra que el niño pequeño ha tenido asientos desde hace 2 días. El niño está irritable y llora sin lágrimas. Tiene la boquita y lengua secas, y tiene mucha sed.

10. Cuál de los siguientes es el mejor consejo que usted puede dar a la mamá en este caso? (Marque una sola respuesta.)

    a) La mamá debe darle a su hijo más líquidos que de costumbre.

    b) La mamá debe dejar de darle pecho a su hijo hasta que le pasen los asientos.

    c) La mamá debe darle a su hijo suero oral o suero casero.

    d) La mamá debe llevar a su hijo al servicio de salud lo más pronto posible.

    e) La mamá debe comprar medicinas para quitarle los asientos.

    f) La mamá debe ponerle una inyección de vitamina B.

    g) La mamá debe darle antibióticos (penicilina).

    h) La mamá no debe hacer nada, ya que los asientos son muy comunes en niños pequeños y a veces se quitan solos.

En otra casa, usted encuentra otro niño que ha tenido asientos desde hace varios días. Usted encuentra que el niño está ensuciando su pañal a cada rato. Ya no puede mamar, y cuesta mucho despertarlo. Además, no orinó en toda la noche, y tiene los ojitos muy secos y hundidos.

11. Cuál de los siguientes es el mejor consejo que usted puede dar a la mamá en este caso? (Marque una sola respuesta.)

    a) La mamá debe darle a su hijo más líquidos que de costumbre.

    b) La mamá debe dejar de darle pecho a su hijo hasta que le pasen los asientos.

    c) La mamá debe darle a su hijo suero oral o suero casero.

    d) La mamá debe llevar a su hijo al servicio de salud lo más pronto posible.

    e) La mamá debe comprar medicinas para quitarle los asientos.

    f) La mamá debe ponerle una inyección de vitamina B.

    g) La mamá debe darle antibióticos (penicilina).

    h) La mamá no debe hacer nada, ya que los asientos son muy comunes en niños pequeños y a veces se quitan solos.

12. Cuándo debe una mamá llevar a su hijo al servicio de salud si tiene asientos? (Subraye la o las respuestas correctas.)

    a) Cuando el niño tiene vómitos muy seguidos.

    b) Cuando el niño tiene moco o sangre en los asientos.

    c) Cuando el niño tiene fuerte calentura.

    d) Cuando el niño no puede o no quiere mamar o tomar líquidos.

C. PREPARACION Y USO DE SUERO ORAL O CASERO:

13. Escriba en los espacios indicados, qué cantidad de los siguientes ingredientes se debe usar para preparar un litro de SUERO CASERO:

Agua limpia: _____

Sal: _____

Azúcar: _____

Otro ingrediente: _____

14. Escriba en los espacios indicados, qué cantidad de los siguientes ingredientes se debe usar para preparar un litro de SUERO ORAL (que viene en sobrecitos):

Agua limpia: _____

Número de sobrecitos de suero oral: _____

Jugo de naranja: _____

Otro ingrediente: _____

15. ¿Cuánto suero debe tomar un niño con asientos? (Marque una sola respuesta.)

a) 1 taza cada 4 horas.

b) 1 litro al día.

c) 2 litros al día.

d) Todo lo que el niño quiera.

16. Cada cuánto se debe dar suero a un niño con asientos? (Marque una sola respuesta.)

a) Cada 5 minutos.

b) Cada 1/2 hora.

c) Cada hora.

d) Cada vez que el niño lo pida.

D. PREVENCION DE LOS ASIENTOS Y LA DESHIDRATACION:

17. Qué debe aconsejarle a una mamá que haga para ayudar que sus hijos no se enfermen tan seguido de asientos? (Subraye la o las respuestas correctas.)

a) La mamá debe mantener la casa bien limpia, y los animales fuera de ella.

b) La mamá debe tener mucho cuidado en el aseo de toda la familia.

c) La mama debe mantener una buena higiene en la preparación de los alimentos.

d) La mamá debe mantener los trastos y la comida tapados.

18. Qué debe hacer una madre para evitar que su hijo se deshidrate cuando tiene asientos? (Subraye la o las respuestas correctas.)

a) Debe darle al niño muchos líquidos desde que le empiezan los asientos.

b) Si el niño está mamando, debe seguir dándole de mamar.

c) Debe sobarle el estómago, y darle medicina para parar los asientos.

d) No debe darle de mamar al niño hasta que se le quiten los asientos.

Nombre: _____

LA VACUNACION

A. PREGUNTAS GENERALES SOBRE LA VACUNACION:

1. Cuáles de las siguientes tareas piensa usted que son responsabilidades de un promotor de salud? (Subraye la o las respuestas correctas.)

   a) Promocionar y participar en actividades de vacunación en su comunidad.

   b) Enseñar a su comunidad la importancia de las vacunas, y las enfermedades que se evitan.

   c) Enseñar a su comunidad los peligros que corre un niño que no se vacuna.

   d) Enseñar a su comunidad las edades en que se debe vacunar a los niños, y cuántas veces deben ponerse las vacunas.

   e) Enseñar a su comunidad las reacciones que pueden causar las vacunas, y los cuidados que se debe dar al niño.

   f) Llevar un registro de los niños y mujeres embarazadas vacunados y no vacunados en su comunidad.

   g) Buscar a niños y mujeres embarazadas que no estén vacunados, visitarlos y referirlos al servicio de salud.

   h) Reconocer las enfermedades que se pueden evitar con las vacunas, e informar cualquier caso al servicio de salud.

2. De cuáles de los siguientes factores depende el éxito de la vacunación en su comunidad? (Subraye la o las respuestas correctas.)

   a) su cobertura (el número de niños y mujeres embarazadas que están vacunados).

   b) el cuidado adecuado de las vacunas.

   c) la participación de la comunidad.

   d) la capacitación adecuada del personal que participa.

3. De acuerdo al Código de Salud, están los padres obligados a vacunar a sus hijos? (Marque una sola respuesta.)

a) Sí

b) No

c) No sé

4. Cuáles de las siguientes enfermedades no le dan a un niño vacunado? (Subraye la o las respuestas correctas.)

a) Polio (parálisis infantil)

b) Difteria

c) Malaria (paludismo)

d) Tétanos (mal de los 7 días)

e) Sarampión

f) Gripe (catarro)

g) Tuberculosis

h) Pertussis (tos ferina)

5. Escriba en los espacios indicados, contra qué enfermedades protegen las siguientes vacunas:

a) BCG 1. _____

b) DPT (la Triple) 1. _____

2. _____

3. _____

B. LAS ENFERMEDADES QUE SE PUEDEN EVITAR CON LAS VACUNAS:

6. Cuáles de las siguientes son señas de la tuberculosis? (Subraye la o las respuestas correctas.)

   a) El paciente tiene tos desde hace mucho tiempo, y a veces al toser, escupe gargajos con sangre.

   b) El paciente tiene calentura, y suda mucho en las noches.

   c) El paciente no tiene hambre, y pierde mucho peso.

   d) El paciente se siente muy cansado, y no tiene ganas de trabajar o estudiar.

7. Cuáles de las siguientes son señas de la tos ferina? (Subraye la o las respuestas correctas.)

   a) La enfermedad comienza con calentura, catarro, tos seca y malestar general.

   b) El paciente tose muchas veces seguidas.

   c) El paciente parece que se ahoga cuando está tosiendo.

   d) Cuando el paciente termina de toser, le sale un ruido como chiflido o silbido.

8. Cuáles de las siguientes son señas del tétanos (mal de los 7 días)? (Subraye la o las respuestas correctas.)

   a) El paciente no puede mamar o comer porque no puede abrir la boca, ni puede tragar.

   b) La cara del paciente se pone estirada, y parece que se estuviera riendo o haciendo muecas.

   c) El cuerpo del paciente se pone rígido o duro, y en forma de arco.

   d) Los brazos o las piernas se ponen tiesos y dan ataques.

9. Cuáles de las siguientes son señas de la polio (parálisis)? (Subraye la o las respuestas correctas.)

   a) La enfermedad comienza con asientos, calentura, tos y malestar general.

   b) El paciente siente dolor en la nuca, la espalda, las piernas o en los brazos.

   c) El paciente no puede mover la cabeza, las piernas o los brazos.

   d) Los brazos o las piernas del paciente se adelgazan y se tuercen quedando con parálisis.

10. Cuáles de las siguientes son señas del sarampión? (Subraye la o las respuestas correctas.)

   a) La enfermedad comienza con catarro, tos seca, fuerte calentura y malestar general.

   b) El paciente tiene los ojos llorosos y rojos.

   c) Después de 3 días de calentura, aparecen erupciones (ronchitas) en la cara, el cuello y detrás de las orejas.

   d) Al paciente, se le riegan las erupciones en todo el cuerpo.

C. EL ESQUEMA DE VACUNACION:

Marta es una joven señora que vive en su comunidad y está esperando su primer hijo. Ella llega con usted y le pide que le aconseje acerca de las vacunas que debe ponerse durante su embarazo. Para proteger a su hijo contra el tétanos (mal de los 7 días), Marta debe ponerse la vacuna toxoide tetánico.

11. Escriba sus respuestas a las siguientes preguntas sobre esta vacuna durante el embarazo:

a) A cuántos meses de embarazo debe Marta ponerse la primera vacuna contra el tétanos? a) _____

b) Cuántas veces debe Marta ponerse esta vacuna durante su embarazo? b) _____

c) A cuántos meses de embarazo debe Marta ponerse la última vacuna contra el tétanos? c) _____

d) Entre las vacunas que Marta se pone, cuánto tiempo como MINIMO debe pasar? d) _____

Usted, como promotor de salud, debe aconsejarle a Marta durante su embarazo para que sepa la importancia de las vacunas para su hijo, y las edades en que debe vacunarlo.

12. Cuántos meses debe tener un niño para que se le ponga por primera vez las siguientes vacunas? (Escriba sus respuestas en los espacios indicados.)

a) BCG a) _____

b) DPT (la Triple) b) _____

c) Polio c) _____

d) Sarampión d) _____

13. Cuántas veces debe ponerse las siguientes vacunas durante el primer año de vida para que un niño esté protegido? (Escriba sus respuestas en los espacios indicados.)

a) BCG a) _____

b) DPT (la Triple) b) _____

c) Polio c) _____

d) Sarampión d) _____

14. Cuánto tiempo debe pasar entre las dosis que se ponen de las siguientes vacunas? (Escriba sus respuestas en los espacios indicados.)

a) BCG a) _____

b) DPT (la Triple) b) _____

c) Polio c) _____

d) Sarampión d) _____

15. Cuándo NO se debe vacunar a un niño? (Subraye la o las respuestas correctas.)

a) Cuando el niño está desnutrido.

b) Cuando el niño tiene diarrea.

c) Cuando el niño tiene catarro o gripe.

d) Cuando el niño está gravemente enfermo con fuerte calentura.

D. OTROS MENSAJES EDUCATIVOS PARA LA MADRE:

16. Qué debe decir a las mamás sobre el baño y la vacunación de sus hijos? (Marque una sola respuesta.)

    a) Se puede bañar al niño tanto antes como después de ponerle la vacuna, sin que le haga daño.

    b) Se puede bañar al niño solamente antes de ponerle la vacuna.

    c) Se puede bañar al niño solamente después de ponerle la vacuna.

    d) No se debe bañar al niño ni antes ni después, ya que el baño puede hacer que la vacuna pierda su fuerza.

17. Después de poner la vacuna contra la polio, cuánto tiempo debe esperar la mamá para dar de mamar o comer a su hijo, para evitar que escupa o vomite la vacuna? (Marque una sola respuesta.)

    a) La madre debe esperar 5 minutos para dar de mamar o comer a su hijo.

    b) La madre debe esperar 15 minutos para dar de mamar o comer a su hijo.

    c) La madre debe esperar 2 horas para dar de mamar o comer a su hijo.

    d) La madre no tiene que esperar para dar de mamar o comer a su hijo.

18. Cuáles de las siguientes son reacciones que un niño puede tener a las vacunas? (Subraye la o las respuestas correctas.)

    a) Calentura leve.

    b) Sentir dolor en el lugar en donde se le puso la vacuna.

    c) Estar un poco decaído, con poco apetito.

    d) Estar inquieto, irritable o llorón.

19. Si un niño tiene molestias después de ponerle una vacuna, qué debe aconsejarle a la mamá que le dé al niño para que se alivie? (Marque una sola respuesta.)

a) 1/2 aspirina para adultos cada 4 horas.

b) 1 aspirinita (o Bebetina o Mejoralito) cada 4 horas.

c) 1 aspirinita (o Bebetina o Mejoralito) cada 6-8 horas.

d) 2 aspirinitas (o Bebetinas o Mejoralitos) cada 6-8 horas.

20. Cuándo debe decir a una mamá que es urgente llevar a su hijo al servicio de salud? (Subraye la o las respuestas correctas.)

a) Cuando el niño tiene calentura más de 3 días.

b) Cuando el niño está vomitando, o no quiere mamar, comer, o beber.

c) Cuando al niño le cuesta respirar.

d) Cuando al niño le dan convulsiones (ataques).