Formative Research Report

on danger sign recognition and care-seeking for child health

Consultant, Margarita Perez Lopez
HOPE/Nicaragua, December 2000

I.- Introducción

El Proyecto Hope, es una organización sin fines de lucro, con sede en Managua, Nicaragua, el cual con la participación de los Proyectos CHANGE y BASICS, pretende diseñar e implementar la utilización de materiales recordatorios dirigidos a las madres de niños menores de dos años.

El propósito es difundir mensajes que promuevan la búsqueda oportuna de atención calificada en salud, una vez que la madre o el familiar ha detectado algún signo de peligro en el menor de dos años, lo que estimulará la modificación de las conductas en salud que la madre implementa en el manejo y tratamiento de la enfermedad en el niño. A la vez, se espera que este nuevo material contribuya a la disminución de la mortalidad infantil, en particular a las originadas por las enfermedades diarreicas agudas y respiratorias.

El diseño del recordatorio tendrá como sustrato los resultados de la presente Investigación, la cual pretende valorar la percepción que la población posee en relación al reconocimiento de los signos y señales de peligro en el menor de dos años, así como en la toma de decisiones para la búsqueda oportuna de asistencia médica.

II.- Objetivos

1. Valorar las actitudes de las madres y las familias con relación al manejo de las enfermedades en los niños menores de dos años y los factores que inciden en la demora de la búsqueda de atención.

2. Describir las percepciones de la madre y los familiares sobre los signos de peligro que merecen la búsqueda inmediata de atención médica cuando los niños menores de dos años sufren procesos mórbidos así como las formas de expresión popular sobre los signos de peligro.

3. Explorar el grado de comprensión de las madres sobre las señales de peligro técnicamente definidas por el sector médico cuando el niño menor de dos años presenta un proceso mórbido.

4. Proponer las formas de expresión de las señales de peligro a fin de que sean comprensibles para las madres y que promuevan la búsqueda apropiada de atención en salud.

5. Proponer el tipo de material educativo así como la metodología de distribución y de uso del mismo para orientar a las madres sobre la identificación temprana de los signos de peligro y la búsqueda oportuna de atención médica.

III.- Metodología

3.1. Tipo de estudio

La presente investigación es de tipo Formativa en Salud Infantil, desarrollada en tres municipios del Departamento de Jinotega y tres municipios del Departamento de Chontales.

3.2.Universo y Muestra

El Universo estuvo constituido por todas las madres con niños menores de dos años, sus maridos, las abuelas de los niños así como los brigadistas y parteras que habitan en la zona peri-urbana y en comunidades rurales de los municipios seleccionados.

Para seleccionar las localidades a incluir en la presente investigación, se efectuaron coordinaciones con el personal del Proyecto Hope, con el fin de identificar las zonas peri-urbanas y las comunidades rurales factibles de incluir en el estudio. Los criterios que se consideraron se presentan a continuación:

Criterios para seleccionar al municipio	**Criterios para seleccionar la comunidad**
♦ Accesibilidad ♦ Representatividad de la zona ♦ Presencia de una unidad de salud con mayor nivel de resolución	♦ Accesibilidad: 1 hora de distancia de la cabecera municipal (20-30 kms de distancia) ♦ Presencia o ausencia de un puesto de salud ♦ Existencia de una red comunitaria ♦ Cantidad de Proyectos laborando en el área

Los municipios y las comunidades seleccionadas fueron las siguientes:

Departamento de Chontales		**Departamento de Jinotega**	
Municipio	***Comunidad / Localidad***	***Municipio***	***Comunidad / Localidad***
Juigalpa	Zona 2 - 3 - 7 y 8	Jinotega	Jinotega
Cuapa	Llano Grande, Matayagual	Pueblo Nuevo	Cuyalí
Santo Tomás	Campana, El Jicarito	Wiwilí	Maleconcito

El tamaño de la muestra y la técnica de recolección de la información a utilizar fue definida previamente por el Proyecto CHANGE. Sin embargo, el equipo de trabajo definió los siguientes criterios:

Criterios para seleccionar al participante para los grupos de discusión	**Criterios para seleccionar a la madre en la unidad de salud**
♦ Tenga un niño menor de dos años (madre, padre o abuela) ♦ Disponibilidad a participar en los grupos de discusión ♦ No deben pertenecer al mismo grupo familiar (no deben vivir en la misma casa: padre, madre, abuela)	♦ Tenga un niño menor de dos años ♦ El niño sea llevado a la unidad de salud por algún proceso mórbido, en particular las señaladas en el AIEPI. ♦ La persona será entrevistada una vez que haya recibido la consulta médica

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de la información

En la presente investigación, para obtener información se utilizaron métodos cualitativos, aplicándose los siguientes instrumentos (ver anexo):

- Guía de grupo de discusión con madres, padres y abuelas de niños menores de dos años
- Guía de entrevista semiestructurada, de salida a madres de niños menores de dos años enfermos que acudieron a la unidad de salud
- Guía de entrevista semiestructurada a parteras y brigadistas
- Guía de entrevista para realizar en la visita domiciliar

Los instrumentos utilizados para colectar la información, fueron facilitados por el Sr. Mike Favin, del Proyecto CHANGE, los que fueron revisados y adaptados considerando las particularidades culturales de la población nicaragüense.

A continuación se describe la técnica utilizada y la cantidad de participantes según población seleccionada en cada una de las localidades definidas:

	Chontales –1 (rural)	Chontales – 2 (rural)	Chontales – 3 (urbana)	Jinotega – 1 (rural)	Jinotega –2 (rural)	Jinotega –3 (urbana)
	Numero de Grupos de Focales					
Madres de niños de 2 a 11 meses	2 (3-5)	1 (3-5)	2 (3-5)	2 (3-5)	1 (3-5)	2 (3-5)
Madres de niños de 12 a 23 meses	0	1 (3-5)	1 (3-5)	0	1 (3-5)	1 (3-5)
Padres de niños < de 1 a	1 (3-5)	1 (3-5)	1 (3-5)	1 (3-5)	1 (3-5)	1 (3-5)
Abuelas de niños < de 1 año	1 (3-5)	1 (3-5)	1 (3-5)	1 (3-5)	1 (3-5)	1 (3-5)
TOTAL	8		5	8		5
Entrevistas de madres en unidad de salud	0		5 en hospital (1 niño <2m) 3 en C/Salud (1 niño <2m)	0		5 en hospital (1 niño <2m) 3 en C/Salud (1 niño <2m)
Entrevistas de informes claves	1-2 (1 partera 1 brigadista)	1-2 (1 partera 1 brigadista)	1-2 (1 partera 1 brigadista)	1-2 (1 partera 1 brigadista)	1-2 (1 partera 1 brigadista)	1-2 (1 partera 1 brigadista)
Visitas a las casas	3	3	4	3	3	4

3.4. Organización del trabajo de campo y Capacitación del equipo encuestador

Para efectuar el trabajo de campo, se organizó una ruta lógica de las comunidades a visitar, considerando la distancia entre cada uno de ellas. Esta planificación fue realizada conjuntamente con el personal que labora en el Proyecto Hope de Chontales y Jinotega.

Se conformaron dos equipos de trabajo, uno por Departamento, integrado cada uno por cuatro investigadores los que laboran en el Proyecto Hope y BASICS- Nicaragua.

Los investigadores participaron en un taller en el cual se presentaron los objetivos del estudio así como los instrumentos a utilizar. Se efectuó una actividad práctica la que consistió en realizar un grupo de discusión con madres de niños menores de dos años, con lo que permitió aclarar dudas y detectar problemas en el llenado de los instrumentos.

3.5. Recolección de la información

3.5.1.Grupos de discusión con las madres, padres y abuelas

Se efectuaron 26 grupos de discusión distribuidos de la siguiente manera: 10 con madres de niños de dos a once meses de edad, 4 con madres de niños de 12 a 23 meses de edad, 6 con padres y 6 con abuelas. Para ello se contó con el apoyo del personal de salud y los brigadistas de cada área, efectuándose éstos en escuelas, unidad de salud y casas particulares.

Cada grupo de discusión fue dirigido por un investigador quien contó con la asistencia de otra persona del equipo. Al inicio de la actividad, se expuso el objetivo y la temática a abordar, aclarándose que se utilizaría una grabadora con el fin de captar la totalidad de las opiniones expresadas por los participantes. Una vez realizadas las presentaciones personales, se procedió a desarrollar la guía, que a continuación se detalla:

- Introducción
- Enfermedades de mayor preocupación en el menor de dos años
- Clasificación de la enfermedad
- Signos y señales de cada enfermedad
- Búsqueda de atención para cada signo y señal
- Señales de peligro del AIEPI
- Cuidados durante el puerperio y con el recién nacido
- Actitudes hacia las enfermedades del niño
- Actitud hacia la enfermedad del niño
- Papel del padre o abuela durante la enfermedad del niño
- Conclusión

3.5.2. Entrevista de salida de la unidad de salud a la madre de niño menor de dos años

Se realizaron doce entrevistas de salida a madres de niños menores de dos años. Para ello se utilizó una guía que contiene preguntas semiestructuradas, las que se organizaron en las siguientes secciones:

- Reconocimiento de la enfermedad
- Reconocimiento de las señales de peligro
- Decisión de buscar ayuda fuera de casa
- Acción de llevar al niño al hospital o unidad de salud

3.5.3. Entrevista dirigida al brigadista y a la partera

Se efectuaron un total de doce entrevistas, seis dirigidas a brigadistas y seis a parteras. Para ello se utilizó una guía que contiene preguntas semiestructuradas que complementan la información obtenida en los grupos de discusión, la que se organiza de la siguiente manera:

I- Papel del informante clave en la promoción de la salud en la comunidad

- Realización de actividades educativas en salud
- Utilización de materiales educativos
- Orientaciones que brinda a la madre para el cuido del recién nacido
- Motivos de solicitud de ayuda de parte de las madres
- Causas de referencia a la unidad de salud

II- Opinión sobre Signos de Peligro

- Conocimiento sobre las señales o signos de peligro en el menor de dos meses y menor de dos años cuando presenta cualquier enfermedad, diarrea y problema respiratorio
- Percepción sobre el conocimiento sobre los signos de peligro que posee la madre
- Percepción sobre los obstáculos en la búsqueda de ayuda oportuna en la unidad de salud

III- Opinión sobre el Material

- Opinión sobre el material que considera más apropiado para dar a las madres
- Opinión sobre la preferencia de materiales

3.5.4. Entrevista domiciliar

Para obtener más elementos sobre los materiales educativos, se efectuó una entrevista domiciliar a la madre con el fin de observar si disponía de materiales, nivel de comprensión y preferencias. Para ello se aplicó una guía de entrevista que abordó:

- Existencia de materiales educativos en el hogar
- Ubicación del material en el hogar
- Tema que aborda
- Fuente de obtención
- Razones para su consulta
- Aspectos que más gustan o menos gustan del material
- Opinión y preferencias sobre materiales educativos

3.6. Procesamiento y análisis de la información recolectada

Los grupos de discusión y las entrevistas semiestructuradas fueron procesadas en matrices previamente diseñadas, haciendo el análisis según las categorías establecidas.

3.7. Presentación del Informe del Estudio de Línea de Base

Luego de realizar el procesamiento y análisis de los datos obtenidos, se procedió a hacer un análisis integrado, el cual se hizo considerando cada objetivo específico a la vez.

IV. Análisis de los resultados

Objetivo 1

Valorar las actitudes de las madres y las familias con relación al manejo de las enfermedades en los niños menores de dos años y los factores que inciden en la demora de la búsqueda de atención.

Para valorar la actitud de las madres y las familias con relación a la enfermedad en el niño, se efectúo la siguiente pregunta en el grupo de discusión:

¿Cree usted que una enfermedad puede curarse por sí misma o tiene la tendencia de empeorarse si no se hace nada?

¿Para enfermedades graves en los niños, los padres pueden prevenir la muerte por sus acciones o lo que pasa es la voluntad de Dios o del destino?

En general, tanto las madres, los padres y las abuelas coincidieron al expresar que se tienen que agotar los medios existentes para evitar que el niño se muera, inclusive debe dejarse a un lado el trabajo para dedicarle tiempo al hijo enfermo, de tal manera que existe una tendencia positiva con relación a la búsqueda de ayuda.

De igual manera refieren que hay enfermedades que se curan solas como la gripe, pero otras empeoran como la bronquitis, la tos y el asma por lo que hay que acudir a la unidad de salud.

Algunas personas usaron expresiones tales como:

"Ayúdate que te ayudaré".
"Por ignorante que sea el padre de familia, lo mejor quiere para su hijo".
"El padre lleva a su hijo y con la receta busca donde prestar si no tiene, porque quiere que se mejore su hijo".

Por otro lado, en un grupo de discusión realizado en un área rural de Chontales, predominó el concepto de que "Si Dios me lo dio, él me lo quitó", "… pasó como cuatro años con diarrea, no se me murió porque Dios es grande…" y "… ya con el poder de Dios, que se alivió".

En general, los participantes coinciden al expresar que la primera acción que realizan cuando el niño se encuentra enfermo es darle algún medicamento en el hogar, en caso de no mejorar asisten a la unidad de salud.

Estas primeras acciones las madres la realizan cuando observan que el niño está “afligido”, “no juega”, “no camina en la cocina con la mamá”, “dice a llorar”, “no come”, “está delgado”, “le agarra dormidera”, indicando todo ello el inicio de una enfermedad.

De igual manera, la madre actúa en el hogar cuando observa que el niño está “demacrado”, es decir, “la cara se le ve flaquita, tiene los ojos hundidos, pierde el dolor”, “no camina, no pide jugar, sólo es dormir y quiere estar chineado”.

En caso de no mejorar, el niño es llevado a la unidad de salud, siendo la madre la persona responsable de ello, en particular cuando es un menor de dos meses, siendo la razón principal la práctica de la lactancia materna: “la madre lleva al niño al centro de salud porque ella es la que da el pecho”.

De acuerdo a lo referido por las madres, los padres y las abuelas en los grupos de discusión, existen factores que inciden negativamente en la búsqueda oportuna de atención, los que se presentan de la siguiente manera:

- Dependientes del sistema de salud
- Dependientes del usuario del sistema de salud

Factores negativos dependientes del sistema de salud

El elemento que incide negativamente en la búsqueda de atención es el hecho de que las unidades de salud no disponen de suficientes medicamentos, de tal manera que el usuario percibe que su problema de salud no se resuelve, ya que lo único que obtiene son las recetas.

Los participantes mencionaron diversos aspectos relativos al tiempo, tales como:

- El horario de atención de los centros y puestos de salud está limitado a ciertas horas de la noche (7 p.m.) o no incluyen los fines de semana.
- El tiempo del que dispone el personal de salud para atender al usuario es muy limitado, teniéndose la percepción de que pasan "muy ocupados"
- El tiempo que tarda el usuario en ser atendido, el cual puede ser mayor de dos horas

Otras situaciones referidas se enfocan en el recurso humano, en particular a la actitud negativa de éste, el cual fue caracterizado con las siguientes expresiones:

- Son malcriados
- No nos hacen caso
- Indiferencia ante la enfermedad del niño

“Hay médicos que les vale, uno puede estar esperando en el portón del hospital y si no lo miran a uno con la tripa de fuera no lo atienden”.

- Percepción de la gravedad de la enfermedad, la cual es diferente para el personal de salud y el padre de familia, lo que provoca contradicciones y confusión en la población.

"Nos han dicho que si el niño no va con vasca fuerte y una diarrea fuerte y si no lo miran con los ojos hundidos, deshidratados no lo atienden en un hospital y me imagino que cuando se trata de diarrea, al comienzo lo deberían de atender a uno, porque arriesgando un deshidratamiento".

"Cuando el niño tiene diarrea, dice el Doctor en el hospital: para que lo traes grave, si ya viene muriéndose, entonces no se lleva al hospital aunque esté grave".

Factores negativos dependientes del usuario del sistema de salud

El principal elemento que afecta la búsqueda de atención es el económico, ya que asistir a la unidad de salud implica incurrir en gastos de transporte lo que está relacionado con la accesibilidad geográfica, alimentación y en la compra de medicamentos.

"Buscamos recursos naturales por razones económicas. En primera instancia uno recurre a remedios naturales por que cuando uno va al centro de salud lo que agarran allá es un diagnóstico y le llenan las manos a uno con un montón de recetas, ¿qué hago con eso? Porque plata no hay".

Otros aspectos señalados por los participantes, en particular los varones, es que algunas mujeres no asisten a la unidad de salud por el machismo de sus compañeros, por vergüenza o timidez de la madre o por tradición, ya que la práctica inicial es tratar la enfermedad en casa y buscar ayuda médica en caso de no mejorar.

"Hay padres que dicen que los médicos no funcionan aunque no hayan ido y los curanderos son sus médicos y ellos no asisten al Centro".

La percepción que el personal de salud posee con relación a ciertas enfermedades, en particular la diarrea por empacho, difiere de la que posee el usuario del sistema, de tal manera que cuando no existe un acuerdo entre ambas percepciones, el usuario limita la asistencia a la unidad de salud.

"Cuando uno lleva a un niño a un médico para registrarte el empacho, dice el médico que el empacho no existe, esto no es tener empacho y nosotros con nuestros conocimientos decimos que es empacho. Es cuestión de tener una concesión respecto al médico. Es un hecho que muchos padres no llevamos a los hijos por que sabemos que el médico va a decir eso, entonces el padre lo lleva después de cinco días".

Otro factor mencionado por los participantes, son las experiencias negativas que inciden en la búsqueda de atención, tales como el fallecimiento de algún familiar o la aplicación de prácticas hospitalarias que no son acordes con la cultura de la población.

"No van al hospital porque tienen miedo, dicen: ve me la mataron en el hospital y tal vez en mi casa no me le hubiera pasado, tal vez por ese temor que no asisten a las unidades médicas, por eso".

"Algunas madres no llevan a sus niños al hospital por miedo a que lo bañen porque creen que se muere más rápido si se les coagula la sangre".

Un elemento particular que limita la búsqueda de ayuda, es el apoyo que el hombre le brinda a la mujer cuando el niño presenta un proceso mórbido. Ello fue expresado en los grupos de discusión en donde participaron hombres, encontrándose que muchas veces el padre no lleva al niño a la unidad de salud por:

- Estar ocupados
- Pena
- Les aburre esperar
- No les gusta cambiar los pañales cuando el niño se ensucia mientras esperan

Datos que complementan lo obtenido en los grupos de discusión es lo referido por los brigadistas y las parteras quienes indicaron que los factores que inciden en que la población no acuda a la unidad de salud son en orden de frecuencia:

- Falta de medicamentos
- Problemas económicos de la población
- Actitud negativa de los padres hacia el cuidado de los hijos
- Maltrato por parte del personal de salud

"La falta de medicamentos es una de las causas por las que no se puede remitir al niño a la unidad de salud y no pueden venir ellas aquí".

Estos resultados coinciden con los encontrados en diversos estudios efectuados por el Proyecto Garantía de Calidad, en el Departamento de Matagalpa, en donde la población expresó que con relación a la calidad de la atención que brinda el personal de salud en algunas ocasiones es más o menos ya que "se dilatan en atenderlas", "dan trato preferente" o "son geniosos".

De hecho, los resultados demuestran que los factores que limitan el acceso a la unidad de salud son de índole geográfico, económico y cultural, teniendo mayor peso el aspecto económico.

Objetivo 2

Describir las percepciones de la madre y los familiares sobre los signos de peligro que merecen la búsqueda inmediata de atención médica cuando los niños menores de dos años sufren procesos mórbidos así como las formas de expresión popular sobre los signos de peligro.

Para identificar las percepciones que la madre y los familiares poseen sobre los signos de peligro, se solicitó a los participantes en los grupos de discusión que mencionaran las enfermedades más frecuentes en los menores de dos años, encontrándose que, en su totalidad, coinciden al expresar que son los problemas respiratorios y la diarrea. Otras situaciones de salud incluyen la fiebre, vómitos y deshidratación, los que desde el punto de vista médico representan signos y no patologías específicas en sí.

Enfermedades Respiratorias

Enfermedades más frecuentes en los niños

Las enfermedades respiratorias más frecuentes referidas tanto por las abuelas, las madres y los padres incluyen desde la tos, gripe, catarro, hasta el asma, bronconeumonía, bronquitis, pulmonía y neumonía.

Causas de las enfermedades respiratorias

La mayoría de los participantes en los grupos de discusión, en particular los que habitan en la zona norte del país (Jinotega) coinciden en que estos problemas son causados por los cambios de temperatura ambiental, en particular de calor a frío.

En dos grupos de discusión, los participantes refirieron que el niño "nace con gripe", ya que desde recién nacido "estornuda" y en el caso particular de un nacimiento por cesárea, el niño adquiere el proceso respiratorio debido a la baja temperatura que existe en el quirófano, a lo frío de la camilla y al cambio de temperatura ambiental que experimenta el niño cuando sale del quirófano.

"por bañar al niño con agua muy helada, cuando está agitado, bañarlo tarde" "salir al hielo después de dormir, dormir en el suelo, no abrigarlo" "cuando se mantienen descalzos, juegan mucho con agua o andan jugando en la lluvia" "por las helaciones, cuando hace bastante lluvia" "cuando cambia el clima de caliente a helado" "por darles fresco a los niños"

Otra causa referida con mucha frecuencia, es la contaminación ambiental, que varía desde la presencia de animales (ratones y moscas) hasta polvo en el ambiente.

"El viento que levanta el polvo y los hoyos de la nariz se llenan de polvo, entonces el niño no se puede sacudir, ese polvasal se le acumula, ya vienen las chorriazones de agua".

Algunos brigadistas de salud especificaron que el humo en los hogares emanado por la utilización de leña verde o fumar al lado del niño, produce problemas respiratorios, los que se complican con neumonía.

Identificación de la enfermedad respiratoria en el menor de dos años.

De acuerdo a lo referido por los participantes, los procesos respiratorios inician con gripe o catarro, lo que se identifica porque el niño comienza a estornudar, luego se presenta la tos por la noche, la voz se pone seca, la garganta duele por dentro, hay dolor de cabeza, los ojos están lagrimosos y hay ardor en el pecho y desgano de comer.

Otro signo que se presenta al inicio es la acumulación de secreción nasal por lo que los niños mantienen la "nariz llena de moco", lo que produce obstrucción nasal ("trancado de las narices").

Por lo general, la gripe o catarro tiene una duración de tres - cuatro días y después se va recuperando lo que se nota ya que el niño come y duerme más por lo que molesta menos en la noche. Después de ese tiempo, si el niño no mejora, éste comienza a llorar mucho, se pone cansado y se le oye como un ronquido de gato, presenta fiebre alta y no puede comer.

De acuerdo a lo referido en los grupos de discusión, el concepto de "gripe o catarro" está bien identificado así como los signos que indican el inicio de un proceso infeccioso (ronquido de gato, resma o hervor y fiebre), el cual sugiere el padecimiento de Neumonía, Bronquitis o Asma.

Es generalizado el concepto de que el padecimiento de gripe, catarro o tos da Neumonía, Bronquitis o Asma.

"Ya de 15 días de estar con gripe se le vuelve neumonía o una pulmonía".

"El asma es por descuido de no combatir el principio, se prolonga por demasiado tiempo un catarro en una persona, o tos o gripe, entonces le causa una enfermedad pulmonar y posteriormente el asma se hace una enfermedad crónica".

En el caso particular de la Neumonía, una madre expresaba que "cuando un niño tiene neumonía vuelve a padecerla y sólo el médico lo puede curar, le vuelven a poner el mismo medicamento, le ponen suero, inyecciones en las venas y oxígeno".

La Neumonía, al igual que el Asma fue definida como "una gran tos que no pueden ni respirar, se ponen morados, cansados, con fiebre, vómito, flema que no desgarran por lo que se les queda en la garganta y que tienen que dejarlos hospitalizados".

En el caso de la Bronquitis, esta inicia con tos que se va desarrollando, ya después de 3 - 5 días, les comienza la calentura, se quedan trancados de la nariz en la noche cuando están durmiendo, cuando hace demasiado hielo. Se ponen morados, les duele el pecho y se ponen cansados. Es grave. Esa tos se va desarrollando por no acudir a un médico o por no darle un tratamiento que le llegue al niño.

Manejo y tratamiento de la enfermedad respiratoria

Cuando la enfermedad respiratoria está iniciando con tos, gripe o catarro, la madre administra medicamentos caseros tales como:

- Cocimiento de hojas de Eucalipto con Zacate Limón y flor de Sauco en un litro de agua, endulzado con miel de jicote o cocimiento de hojas de Guarumo.

De acuerdo al texto elaborado por CECALLI[1] el Sauco y el Zacate Limón son reconocidas como plantas antipiréticas y ésta última y el Eucalipto son identificadas como plantas antigripales.

- Vaporizaciones, para ello se ponen a cocer la hoja de Zacate Limón y le agrega zepol. El niño se pone boca abajo con una toalla encima para que absorba el vapor. Después se envuelven al niño en una toalla, siempre boca abajo y se les da golpecitos en la espalda para que afloje la flema.

- Una participante refirió que se les da a los niños media cucharada de aceite fino para purgarlo y con eso se curan.

- Algunos brigadistas mencionaron el dar frutas como la naranja, que tiene vitamina C y suero oral para que se limpien los pulmones.

- Los medicamentos que administran a sus hijos, sin necesidad de consultar con el personal de salud son las pastillas de Panadol o Acetominofén, para controlar la calentura o fiebre. En este particular, muchos participantes coincidieron en referir que administran Acetominofén y esperan aproximadamente 3 días para ver si el niño mejora.

El único antipirético que es promovido por el sistema de salud y otras organizaciones de salud es el Acetominofén, ya que no produce irritación gástrica, erosión o hemorragia que pueden ocurrir después de la administración de salicilatos[2].

Es importante destacar que el manejo casero de los problemas respiratorios fue referido igualmente por los padres, sumando a la lista el uso del aceite de zorrillo (zorro mion) o de danto para "despegar la flema del pecho".

---

[1] Floripe Fajardo Alejandro. Manual para promotores de salud. Nicaragua, 1998. p. 183
[2] Goodman Gilman Alfred, et.al. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Editorial Médica Panamericana 1998.

Percepción de la gravedad

La tos no es identificada como un problema grave ya que resuelve con los remedios caseros antes referidos.

Todos los participantes coinciden al expresar que la Neumonía, la Bronquitis y el Asma se consideran graves ya que pueden conducir a la muerte, sin embargo "tratándola desde el principio y con mucho cuidado los niños se sanan".

La gravedad se identifica cuando el niño presenta lo siguiente:

- Pérdida del apetito ("no come, no bebe, el niño que mama ya no quiere mamar")
- Respiración rápida ("se cansa mucho, respiraje")
- Tiraje subcostal ("el espiral de la costilla hundida")
- Estridor en reposo ("comienza a chillar el pescuezo, hace como gato, les chifla el pecho, tiene resma")
- Temperatura alta
- Tos que les corta la respiración, por lo que se ahogan

"El niño va acumulando la tosedura y cuando percató se le llenaron los cartones (pulmones) de esa grasa y cuando percató ya comienza el pechito a chillar. A esto se le llama asma".

Cabe destacar que los signos de gravedad identificados por los participantes en los grupos de discusión (pérdida del apetito, tiraje subcostal, estridor en reposo, respiración rápida y temperatura alta) están considerados como signos de Neumonía (en sus diversos estados de gravedad) en el cuadro de procedimientos del AIEPI[3].

En el manual[4] elaborado conjuntamente entre el MINSA y ADRA si orienta que el brigadista debe indicar a la madre cuándo buscar ayuda de inmediato, siendo éstas indicaciones las siguientes:

Aconseje a la madre que vigile si el niño muestra los siguientes signos y que regrese rápidamente sí ocurren: dificultad para respirar, la respiración se vuelve rápida, no puede beber ni tomar el pecho y empeora. Si hace más de 21 días que el niño tiene tos envíalo al centro de salud más cercano para evaluarlo.

En este sentido, éste manual orienta la identificación *temprana* de signos de peligro independientes del tiempo de evolución. El único signo que se asocia al tiempo es la tos, lo que sugiere que per sé no es considerado como peligroso.

[3] MINSA-OPS-OMS--UNICEF. Atención Integral a la Niñez. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Cuadro de Procedimientos. Julio 1998
[4] MINSA-ADRA. Manual para brigadistas de salud. Diciembre 1999

Grupo etáreo más afectado

Los niños menores de cinco años, en particular los menores de un año. Una de las participantes en el grupo de discusión efectuado en Chontales indicó:

> "La tos y el catarro les da a los niños cuando empiezan a caminar, porque se meten en los charcos".

Búsqueda de ayuda

En general, los participantes coinciden al expresar que acuden a la unidad de salud a los dos o tres días de iniciado el proceso respiratorio, siendo el máximo de cinco días, sin embargo aclararon que si el problema es grave se va directamente al hospital porque hay mejor atención.

Algunos participantes indicaron que buscan ayuda pronto para que el niño no se empeore ya que se mueren cuando no se acude con tiempo a la unidad de salud, en particular, cuando presentan asma y bronquitis.

En el caso particular de la búsqueda de ayuda, otra fuente de información fueron las entrevistas efectuadas a madres con niños menores de dos años que presentaron alguna patología y que acudieron a la unidad de salud para tratar dicha enfermedad, encontrándose que más de la mitad (62.5%) de los niños presentaron problemas respiratorios.

Los días de evolución de la enfermedad oscilaron entre 1 y 8 días, siendo el promedio de 4.2 días. (Tabla 1)

Tabla 1
Días de evolución de la enfermedad y momento en que solicitó ayuda

Días de estar enfermo el niño	Momento en que buscó ayuda (en días)
5	3
8	1
1	1
4	3
3	1
3	1
5	5
8	1
2	1
3	2

En la mayoría de los casos fue la madre la que percibió el proceso mórbido en el menor. El padre fue referido únicamente en dos de los casos y la abuela en uno. De igual manera, la persona que llevó al niño a la unidad de salud fue en la mayoría de las ocasiones, la madre, encontrándose en segundo lugar algún familiar como la abuela, la tía del niño o el padre.

En la mitad de los niños, el cuadro respiratorio inicio con tos o catarro, el cual evolucionó a cansancio y fiebre, siendo el cansancio el signo identificado de gravedad, por parte de las madres, seguido de la tos. Es interesante observar que en la mitad de los casos la madre desconocía el diagnóstico emitido por el personal de salud, lo que sugiere una deficiente comunicación con la usuaria del servicio de salud (Tabla 2)

Tabla 2
Signos de enfermedad identificados por el familiar y diagnóstico

Signos identificados por el familiar al inicio de la enfermedad	Número de casos	Signos identificados por el familiar durante la enfermedad	Signos considerados más graves por la madre	Enfermedad que la madre consideró previo a la consulta en la unidad de salud	Diagnóstico referido por el personal de salud a la madre
Cansancio, veteado, sudor helado	1	Calentura	Cansancio	Tétano	Neumonía
Calentura, tos y catarro	2	Cansancio, sudor en la piel	Cansancio	Neumonía Bronquitis	Neumonía Bronquitis aguda
Tos, catarro	1	Calentura	Tos	Tos	No sabe
Tos	1	No come, cansado	Cansancio	Asma	No sabe
Catarro	1	Tos, cansancio	Cansancio	Asma	No sabe
Cansancio	2	Cansancio, tos fuerte, diarrea	Diarrea, tos	Neumonía Infección pulmonar	Neumonía No sabe
Trancazón	1	Tos	Tos	Gripe	Bajo peso
Ronquera, no llora	1	Cansancio, fiebre, tos	Cansancio, fiebre	Asma	Neumonía

Un poco más de la mitad de las madres refirieron que la enfermedad que padecía su hijo era un proceso respiratorio el que osciló entre "gripe", "tos", "asma" y "neumonía".

En el 60% de los casos, las madres administraron algún medicamento tales como Panadol, frotar con Zepol o Vaporub. En el caso particular del asma, la madre administró Salbutamol. En todos los casos en los que se aplicó “remedios caseros”, la madre refirió que el niño mejoró.

Enfermedad Digestiva

Enfermedades más frecuentes en los niños

La totalidad de participantes en los grupos de discusión coincidieron al expresar que la diarrea es otra de las enfermedades más frecuentes en los niños. Algunas personas agregaron el vómito y únicamente una persona mencionó el Cólera.

Con relación al momento en que se presenta con mayor frecuencia, un grupo de padres indicó que “la diarrea da más en el verano, que está caliente y da el calor”.

Causas de enfermedad diarreica

Tanto las madres, como los padres y las abuelas coinciden al referir que la diarrea se origina por la falta de higiene (desaseo) en: la casa, las manos (no lavarse las manos para darles de comer), las uñas, los alimentos (las moscas se paran en la comida, descuido en la pacha, el atol mal hervido, daño por la leche de vaca).

En particular, enfatizaron la contaminación del agua, lo cual es producido por la falta de letrinas, por encontrarse éstas cerca de los pozos lo que puede infiltrar el agua o por la presencia de moscas en las mismas. De igual manera mencionaron el no usar agua clorada.

Algunos señalaron que no darles el pecho y alimentar al niño con leche de vaca, atol de millón o maíz tostado con canela la cual se ofrece en pacha hace daño al niño. Una madre refirió que no lavarse el pecho puede provocar diarrea en el niño.

Identificación de la enfermedad diarreica en el menor de dos años.

Todos los participantes en los grupos de discusión coincidieron al referir que la diarrea se identifica principalmente porque el niño ensucia más de tres veces al día (cuatro a seis veces). En menor proporción mencionaron la consistencia suave o líquida (chirre) y la presencia de moco o sangre.

La mayoría de las personas refirieron que el niño se deshidrata. Este término lo asocian con signos que no se corresponden con los establecidos técnicamente, como es "la pérdida de peso", "desnutrición", "palidez en la palma de las manos", "debilidad", sin embargo a este concepto le están sumando los signos correctos, tales como: ojos hundidos, llora sin lágrimas, ojos secos, boca y lengua seca, sed, hundimiento de mollera y signo del pliegue ("el pliegue flojito").

"Cuando el niño está deshidratado él bebe con ansia porque está con sed y es cuando uno debe estar propicio de estarle dando el suero"

Debido a que la deshidratación produce sed, los participantes indicaron que se trata con suero oral por lo que hay que llevarlo al centro de salud.

En este último tema, si bien es cierto aún existe confusión con relación a la definición del término deshidratación, es evidente que ha habido modificaciones en el conocimiento de la población con relación a este punto en particular, lo que posiblemente se deba a la ejecución de los diferentes proyectos de salud materno - infantil que desarrollan diversas OPVs en el país, tales como CRS, Jinohealth, CARE, el mismo HOPE, cuya base primordial es la educación de la población a través de la red colaboradores voluntarios (incluye parteras y brigadistas) en cada una de las comunidades beneficiarias.

Ello se evidencia en los parámetros establecidos por los diversos proyectos, en donde la mayoría incluye indicadores tales como:

- El XX% de los niños entre los 0-23 meses son tratados con TRO o soluciones caseras
- El XX% de las madres reconocen 3 signos de deshidratación en los niños
- El XX% de las madres reconocen 2 signos de peligro de la IRA
- El XX% de las madres solicitan ayuda cuando el niño tiene tos y respiración rápida

En general, lo participantes en los grupos de discusión, clasificaron la diarrea de la siguiente manera:

- Por amebas o desgaste: Se identifica porque hay distensión abdominal ("la barriga se pone grande"), les da tenesmo ("pujo"), dolor en el vientre y la rabadilla, hay diarrea con sangre ("salidera afuera" con sangre). La sangre se debe a que las amebas "comen los intestinos al niño, cuando no hayan donde salir, de eso mismo el intestino se les sale". Echan listas de sangre con moco lo que significa que las amebas están alborotadas y ello se evidencia en los pañales ("mantillas") manchadas de sangre.

  Se trata dando al niño 3 piñuelas asadas en ayuna. En caso de que el intestino se salga se procede a pelar un limón y se calienta, luego se le mete en el intestino al niño. Es considerada como una diarrea grave.

- Cólera: es causada por servicios higiénicos que no tienen condiciones, por el fecalismo al aire libre o tomar agua contaminada. Es más frecuente en adultos.

- Por empacho: se presenta cuando el niño no está acostumbrado a comer mucho, presenta náuseas ("el estómago se le juega por dentro") quedándose la comida "pegada en el estómago y el intestino".

  Algunos alimentos que se consideran producen empacho son la leche, el frijol crudo o mal cocido, la cáscara de la papa cruda y el atol de arroz mal cocido.

  En ocasiones, en las deposiciones, la madre puede observar las partículas de alimentos que le sugieren el tipo de alimento que le ha ocasionado el cuadro diarreico.

  La diarrea por empacho se identifica por ser abundante, aguada, chingastosa, hedionda y verde. El niño se deshidrata, no come, se debilita, vomita, hace fuerza y presenta cólico ("se retuerce").

  Es una diarrea que no se cura aún cuando el médico mande amoxicilina por siete días. Debido a ello el niño es llevado al curandero o partera para que lo purgue con leche de magnesia, aceite fino, laxol o comino tostado y le sobe los costados en forma de cruz, con aceite fino, para irle acomodando el estómago, con el fin de buscar que le salga por el intestino. Ensucian dos o tres veces y ya se les quita la diarrea.

"El médico dice que el empacho no existe, que eso es psicológico, por eso se cura con curandero, porque los médicos no creen en eso, no le dan a uno medicamento".

- Por lombrices: en esta diarrea el niño presenta fiebre, vómito ("arrojadera"), se distiende el abdomen ("se ponen empanzados") y el niño duerme con los ojos abiertos ("ojos pelados"). Se trata con ajo que se coloca en la frente y en las orejas del niño para que se calmen las lombrices. Esto disminuye el vómito y la diarrea, ya que "a las lombrices no les gusta el olor del ajo".

  Un remedio casero mencionado por la totalidad de los participantes es el Apazote que se usa cuando los parásitos están revueltos.

  Esta hierba se prepara restregándola, se exprime en un colador y se le da una cucharadita al niño o se purga mezclándolo con leche de vaca. Esto le quita la diarrea en menos de una hora. Otra forma de administrarla es colocando una gota en los oídos y en la nariz del niño.

- Por malos alimentos: es ocasionada por alimentos mal cocidos, como la leche de vaca o por cambiar de leche de caja a leche de vaca. Otros alimentos mencionados son los frijoles, el aguacate, el huevo, el aceite y la grasa. No es considerada grave, ya que defecan ("ensucian") suave.

- Por movimiento: la diarrea es aguada, y se presenta cuando el niño inicia la dentición ("viene echando un dientito") o cuando empieza a caminar. Generalmente ensucia tres o cuatro veces al día y tiene una duración aproximada de tres - cuatro días. No es considerada como grave.

- Por ojo: se presenta particularmente cuando el niño es muy risueño o juguetón. Se identifica no tanto por la deposición ("ensuciada") sino porque al niño se le pone pequeño (chiquito) cualquiera de los ojos, le da vómito ("vasca") y diarrea aguada. El tratamiento se basa en rociar al niño con guaro mezclado con la hoja de Ruda.

"El marido mío es ojeado, no puede jugar con un niño porque ya le hace ojo, tienen que irlo a traer para que lo nalguee y lo rocíe, sino no se alivia".

- Por parásitos: esta diarrea se caracteriza por ser chingastosa y hedionda. El niño se muestra inquieto ("vuela los pies, no tiene quietud"), presenta bruxismo ("masca dormido"), y fiebre la cual es percibida por la madre al tocar las costillas del niño. El abdomen se distiende ("empanza") y aunque se les dé tratamiento para infección no mejoran.

- Por susto: ocurre cuando el niño cae y es levantado rápidamente por un adulto ("lo levantó ahí nomás"). Es una diarrea normal porque es blanda ("floja").

  De todas estas diarreas, la población considera más grave la que presenta sangre y moco.

Manejo y tratamiento de la enfermedad diarreica

En primera instancia, algunos participantes indicaron que se debe evitar la diarrea dando el pecho al niño y teniendo más higiene en la casa.

Los medicamentos utilizados con mayor frecuencia y que no necesitan prescripción médica incluyen: Enteroguanil o Enteroamebak. En el caso particular del Enteroguanil, éste se administra disolviendo una tableta, en una cucharadita de agua, la cual se administra tres veces al día hasta que se le quite la diarrea, por tres días. Si el niño no mejora se busca otra cosa.

En cuanto a la administración de medicamentos, la mayoría coincide en que al niño debe dársele suero oral y para ello deben cocer un litro de suero (de bolsita) y darle por lo menos durante cuatro horas.

En el caso del suero casero, las indicaciones expresadas fueron incorrectas ya que expresaron que se debe hervir un litro de agua y echar una cucharadita pequeña de azúcar y media de sal o un cuarto de sal, para que quede salobre, y exprimir limón o naranja.

Es de esperarse que las madres no recuerden ni coincidan totalmente en las proporciones de azúcar y sal que se deben de mezclar para preparar el suero casero, ya que aún en la bibliografía consultada se encuentran discrepancias con relación a la cantidad de estos elementos en donde éstas oscilan entre ½ a 1 cucharadita rasa de sal y entre 7 a 8 cucharaditas rasas de azúcar disueltas en un litro de agua, indicando algunos textos que debe de agregársele unas gotitas de limón[5][6][7].

Otros tipos de líquidos incluyen: limonada cocida y lactancia materna. En el caso particular del uso del limón, un grupo de padres indicó que esta fruta es "buena porque corta la diarrea".

Con relación a la preparación de las sales de rehidratación oral (SRO), el MINSA educa a la población sobre la preparación del suero oral que facilita el mismo sistema de salud, ello se respalda en los documentos técnicos referidos con anterioridad.

Por otro lado, la utilización de las SRO por parte de la población está documentado en diversos informes, tales como el estudio de Línea de Base sobre Higiene y Saneamiento Ambiental y Salud[8] en donde el cuarenta por ciento de los entrevistados indicaron que darían SRO al enfermo de diarrea, en particular de cólera. De igual manera el estudio realizado por PROSERBI-99[9], reportó que más del setenta por ciento de las entrevistadas habían administrado dichas sales a sus niños durante el episodio de diarrea.

El medicamento casero utilizado con mayor frecuencia es el Apazote, el cual se usa cuando la diarrea no mejora. Otras prácticas incluyen darles plátano fresco, hoja o cáscara de Guayaba o el Bálsamo.

---

[5] Ara, An et. al. Buscando Remedio. Atención Básica y uso de medicamentos esenciales. Guía de aprendizaje y acción para el trabajador de salud a nivel local. Nicaragua, 1995. pag. 131.
[6] Save the Children Nicaragua. Manual del manejo de un UROC en la comunidad
[7] Ministerio de Salud, SILAIS Oriental - GTZ. Manual para promotores integrales de salud. 1995. pag155
[8] UNICEF. Estudio de Línea de Base sobre Higiene, Saneamiento Ambiental y Salud. Diciembre 1999
[9] Presidencia de la República. Secretaría de Acción Social. UNICEF-ASDI. Programa de Servicios Básicos Integrados-99.

En el texto elaborado por CECALLI, tanto el Apazote como la Guayaba son plantas reconocidas como antihelmínticas.

Los brigadistas entrevistados refirieron que orientan a la madre que ofrezca más líquido de lo normal y más comida sólida.

Percepción de la gravedad

La diarrea es considerada por los participantes como "bastante grave", lo cual se evidencia por:

- diarrea con moco y sangre
- diarrea frecuente
- vómito
- deshidratación: ojos hundidos ("bien jalados"), mollera hundida, signo del pliegue ("se les agarra el pellejito, se le pega la piel")
- pérdida del apetito ("no come, no bebe")
- palidez ("no tiene buen color, se ve pálido")
- pérdida de peso ("delgado, flaquito")
- debilidad ("no tiene fuerza, no tiene aliento")

"Una diarrea seguida ya uno tiene que preocuparse porque eso es lo que mata al niño, la diarrea rapidito lo termina".

"Cuando están gordos, buenos y sanos, que se les agarra el pellejito y no se les hunden los dedos, y cuando están deshidratados sí, porque uno les hace así y se les queda el dedo pintado".

Cuando el niño presenta alguna de las manifestaciones arriba mencionadas, el familiar decide llevarlo a la unidad de salud en un lapso de uno o dos días.

Cabe señalar que los signos de deshidratación expresados por los participantes en los grupos de discusión tales como los ojos hundidos, el signo del pliegue y la pérdida del apetito están considerados como signos de deshidratación grave en el cuadro de procedimientos del AIEPI[10].

En el Manual para Brigadistas de Salud elaborado conjuntamente entre el MINSA y ADRA[11], se indica que si el niño presenta cualquiera de los siguientes signos: *demasiado dormido o difícil de despertar, no puede beber ni tomar el pecho, tiene fiebre, presenta sangre en las heces y continúa con heces líquidas abundantes,* éste debe ser llevado al hospital o centro de salud, de manera que la identificación *temprana* de los signos se limita a la observación de los mismos en el niño, independientemente del tiempo.

[10] MINSA-OPS-OMS--UNICEF. Atención Integral a la Niñez. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Cuadro de Procedimientos. Julio 1998
[11] MINSA-ADRA. Manual para brigadistas de salud. Diciembre 1999

Grupo etáreo más afectado

No hubo consenso con relación a la edad en que más afecta la diarrea, dado que algunos opinaron que afecta al mayor de 6 meses, pues se piensa que "el niño ya tiene más animales y esos animales ya comienzan a molestar".

En tanto otros opinaron que afecta más a los tiernos (2-4 meses) porque tienen menos defensas.

Búsqueda de ayuda

En general, los participantes coincidieron en referir que cuando el niño inicia el cuadro diarreico lo tratan en casa y buscan ayuda en el centro de salud si notan que es más avanzada.

Información que complementa los datos obtenidos en los grupos de discusión son las entrevistas realizadas a las madres que acudieron a la unidad de salud por tener a su niño enfermo. Unicamente dos niños presentaban diarrea, teniendo 5 y 3 días de evolución respectivamente.

La madre identificó la diarrea ya que las deposiciones eran líquidas en uno de los niños y con sangre y moco en el segundo caso. Ante este cuadro, las madres consideraron que el niño tenía una infección intestinal y "desgaste" respectivamente.

El niño que presentaba "desgaste" fue tratado con atol de almidón al que se le agregó tres gotas de limón, el cual sirvió para "quitar el moco de las heces".

La diarrea persé fue considerada como un signo de gravedad por ambas madres por lo que acudieron a la unidad de salud al segundo día de haberse iniciado ésta.

El diagnóstico final fue infección intestinal para ambos casos.

Problemas dérmicos

Enfermedades más frecuentes en los niños

Entre las enfermedades referidas por los participantes y que afectan a los niños, se encuentran las "ronchas" la cual es considerada desde el punto de vista técnico como una lesión primaria de la piel la cual puede ser ocasionada por diversas enfermedades. Otras enfermedades mencionadas ocasionalmente fueron las producidas por hongos o efectos del sol en la piel ("paño"), infecciones dérmicas como el impétigo ("la quemada de puro"), abcesos ("diviesos") y las exantemáticas tales como el Sarampión, Rubéola y Varicela.

Causas de enfermedad dérmica

El origen de los problemas dérmicos es diverso, mencionándose los piquetes de animales, parásitos, por infección en la sangre, descuido en la ropa, la falta de aseo y el uso de agua contaminada.

En el caso particular del "paño", los participantes indicaron que se presenta en los niños que estudian mucho, debido a que juegan la tiza lo que perjudica la piel. En el caso del recién nacido, éste puede adquirirlo por la madre.

Identificación de la enfermedad dérmica en el menor de dos años.

Cuando el niño presente una enfermedad en la piel, ésta se identifica porque comienza con prurito (rascadera) y a medida que se van rascando la piel se va enrojeciendo y salen las ronchas, incluso pueden presentar erosión y ulceración de la piel ("llagas") provocadas por el rascado.

Manejo y tratamiento de la enfermedad dérmica

Para tratar las "ronchas" se lava el área con hoja de Sangregado mezclada con leche para que se marchite o se pone penicilina en polvo.

El Sangregado es una de las plantas dermatológicas reportadas por CECALLI, en el documento elaborado para los promotores de salud comunitaria.

En el caso de los "diviesos" se usa Manzanilla tibia con sal o Escoba Lisa machacada con jabón y un puntito de azúcar para que "jale el divieso y reviente".

Percepción de la gravedad

En general, la población participante en los grupos de discusión no considera los problemas dérmicos como graves.

Grupo etáreo más afectado

Al igual que en otros temas, no hubo consenso con relación al grupo etáreo ya que una proporción refirió que los problemas dérmicos se presentan en los mayores de 2 meses, en tanto otros opinaron que no hay diferencia en cuanto a edades.

Otros problemas de salud

CALENTURA/FIEBRE: Es una de las manifestaciones clínicas mencionadas con mayor frecuencia por los participantes en los grupos de discusión, quienes la consideran como una enfermedad. Este concepto es captado de igual manera en el texto titulado Folklore Médico Nicaragüense[12] en donde se refiere que la fiebre es consignada por el enfermo como una enfermedad y no como un síntoma.

[12] Miranda G. Ernesto. Folklore Médico Nicaraguense. 2da edición, 1997.

Enfermedades asociadas a la calentura/fiebre

De acuerdo a lo referido, ésta se presenta cuando el niño tiene infecciones respiratorias (tos, gripe, catarro, neumonía), malaria, diarrea, parasitosis, vómito y por la aplicación de vacunas.

Identificación de la calentura/fiebre en el niño

Se identifica porque el niño se siente "irritadito", "calientito en la frente, los costados, las manos y el cuello". Pueden tener frío, los ojos rojos y pasan dormidos, les duele el cuerpo y la cabeza. No quieren mamar.

Cuando la calentura se incrementa, se usa el término de fiebre la que se identifica porque tiene "los grados más altos". El niño se pone "prendido como si tuviera una brasa, y están rojos como un tomate". El pulso lo tiene rápido, comienza a temblar, brincan, se mueven, lloran más, convulsionan y están inquietos. Puede tener seca la boca e inclusive ampollas y delirio ("desvarío").

Una madre que participó en un grupo de discusión del área urbana de Jinotega indicó que considera "fiebre alta cuando el niño tiene más de 38.5 grados centígrados".

En el libro de Folklore Médico Nicaragüense[13], se indica que la fiebre es considerada una temperatura tan elevada capaz de "carbonizar" al enfermo si no se le presta pronta ayuda.

Por otro lado, el Manual para Brigadistas de Salud[14], indica que *si la marca en el termómetro está por arriba de 37.5 grados centígrados, el paciente tiene fiebre,* en tanto el Cuadro de Procedimientos de la AIEPI agrega que *se puede determinar si el niño tiene fiebre por el interrogatorio o si se siente caliente al tacto.*

Esta última anotación indica que no es necesaria la cuantificación de la fiebre para determinarla como tal.

Manejo y tratamiento de la calentura/fiebre

Si el niño sólo presenta calentura se le administra flor de Sauco cocida o mezclada con Zacate Limón y se les ofrece con una o quince gotas de Acetominofén.

Otra forma de disminuir la calentura/fiebre es utilizar paños de agua tibia mezclada con alcohol ("fomentos: trapitos ralitos en agua"), los que se colocan en la cabeza, la frente y espalda.

Si la calentura es alta se le restriega hoja de Ruda mezclada con guaro o cususa, se envuelve en su cobija para que sude.

[13] Miranda G. Ernesto. Folklore Médico Nicaraguense. 2da edición, 1997.
[14] MINSA-ADRA. Manual para brigadistas de salud. Diciembre 1999

Si la calentura se acompaña de tos se le da al niño un cocimiento de hoja de Eucalipto, Zacate Limón y flor de Sauco, con Panadol o Acetominofén. Otras variantes incluyen canela, hoja de naranja dulce o agria y azúcar o miel de jicote.

Debido a que bañarlos con agua fría es considerado como incorrecto ("malo"), ya que "la sangre se congela porque tiene el cuerpo caliente", se practica el baño con agua tibia. Cuando tienen dos o tres días de calentura los niños no se bañan y sólo se mantienen con "fomentos" de agua tibia con alcohol.

"Allí en el hospital han llegado niños y los han bañado cuando están con fiebre, dicen que uno que lo bañaron así se murió, están con la fiebre y en el hospital lo bañan".

La práctica referida por la población, de aplicar paños de agua tibia para controlar la fiebre en el niño, es una de las recomendaciones estipuladas por el MINSA para el manejo de la fiebre en casa, sin embargo, ésta es modificada por la población ya que le agrega alcohol. Este hecho sugiere que debe aclararse el mensaje sobre la aplicación del medio físico, con el fin de que se aplique de manera correcta.

Percepción de la gravedad

Se considera grave cuando no suda la calentura durante de dos días, cuando se le da tratamiento como Panadol o Acetominofén y no mejoran, sugiriendo ello la presencia de una infección severa ("muy grande"). De igual manera cuando delira ("habla locuras") o convulsiona ya que puede morir.

Las madres de niños mayores de 1 año, que participaron en un grupo de discusión indicaron que si la fiebre no se trata con Acetominofén, le puede entrar "una fiebre helada", que se identifica porque el niño tiene los pies y las manos heladas, eso se debe a que la fiebre se les va dentro y se mueren.

Es evidente que el Acetominofén es el fármaco de mayor uso para el tratamiento de la fiebre, lo cual concuerda con lo establecido por el MINSA, ya que recomienda: *dar Acetominofén para la fiebre alta (38.5 grados centígrados o más)*.

Grupo etáreo más afectado

Las opiniones con relación al grupo etáreo más afectado, presentaron variaciones, de manera que algunos participantes indicaron que se presenta en los niños menores de dos años ("chiquitos") en tanto otros expresaron que no hay diferencias en cuanto a edades.

Debido a que la MALARIA fue mencionada por los participantes ésta patología se abordó, encontrándose que es considerada una enfermedad causada por la picadura de un zancudo. Un brigadista expresó lo siguiente:

"El zancudo se posa de la sangre de un animal, después picó a un ser humano, las bacterias que tiene aquel animal no son aceptables para el cuerpo humano, entonces ahí viene lo malo".

Se caracteriza por ser una calentura de alta temperatura o fiebre que se presenta día de por medio, dolor de cabeza y en los huesos, disminución del apetito ("desgano de comer"). Se identifica cuando la calentura se trata con Desenfriol o Acetominofén y no mejora ("merma"), entonces ya el familiar decide que no es una calentura pasajera, y puede ser malaria, paludismo o dengue.

Los participantes indicaron que es más frecuente en los adultos.

En general, la población tiene conocimiento sobre los signos de peligro, en particular las enfermedades respiratorias y las diarreicas. Por otro lado, organismos como CECALLI, GTZ, Save the Children y ADRA han elaborado manuales para promotores de salud, en donde se abordan el manejo y tratamiento de las enfermedades respiratorias y la diarrea.

Toma de decisión

En general, el proceso de toma de decisión en cualquier enfermedad, es el siguiente: la madre consulta con el compañero o esposo en caso de estar acompañada, sin embargo en la mayoría de las ocasiones es únicamente ella la que acude a la unidad de salud, ya que según lo expresado por los hombres en un grupo de discusión efectuado en Chontales "el hombre se dedica al trabajo en tanto la mujer está dedicada al cuido de los niños, ella tiene más tiempo".

Si es madre soltera consulta con la abuela u otro familiar cercano, con el fin de ponerse de acuerdo. Al final la decisión la tiene el hombre o en su defecto la persona de mayor edad en el núcleo familiar.

"soy la cabeza de familia, yo tengo que decidir por mis hijos, porque si mi mujer es menos activa yo tengo que decidir"

"la mujer no puede andar sola"

Problemas de salud identificados en el menor de dos meses de edad

En general, las madres identifican que el niño menor de dos meses tiene algún problema de salud porque "lloran y están inquietos".

Entre los problemas referidos por los participantes se encuentra el "moto", el cual se identifica por que el niño se pone inquieto, con cianosis ("moradito en las uñas y labios"). Según las referencias obtenidas, existen dos tipos de moto: el negro y el amarillo.

El moto negro se caracteriza por que el niño presenta calentura, vómito y cianosis, siendo el tratamiento la administración de camibar y nuez moscada. Es considerado grave.

El moto amarillo se identifica cuando el niño presenta ictericia ("piel amarilla") y llora mucho, tratándose con "calentamientos de sol".

Esta descripción del "moto", coincide con los resultados obtenidos en un estudio efectuado por el Proyecto Garantía de Calidad[15], en donde los participantes refirieron que existen dos tipos de moto: el "negro y el amarillo".

El "moto negro" se presenta por ponerles tela negra y "es más complicado porque los niños se mueren de inmediato". Se identifica porque la cianosis, la fiebre, llanto continuo y "defeca negro". El tratamiento incluye darles líquido ámbar y camibar.

El "moto amarillo" se identifica porque "los ojos y el ombligo se les pone amarillo", siendo "malo" ponerle cosas amarillas. No es considerado grave ya que "les da un poquito de tiempo" y "sólo se hace un remedio y ya quedan buenos".

La depresión de la fontanela ("mollera hundida") es otra situación que se asocia al menor de dos meses, la cual puede ser producida por golpes, sustos y diarrea fuerte. Se identifica además porque el niño no puede mamar. Es manejada particularmente por la partera quien "chupa la mollera", siendo efectivo dicho tratamiento.

Otros problemas identificados en el recién nacido, incluyen: el niño no puede respirar, tiene diarrea, está con bajo peso o tiene infección en los ojos u ombligo.

En el caso particular del problema respiratorio, éste fue considerado muy grave tanto por los hombres como por las mujeres que participaron en los grupos de discusión en tanto el enrojecimiento del ombligo y/o los ojos y la ictericia ("coloración amarilla de la piel") fue referida como menos grave.

Una enfermedad referida por los participantes fue la "pandera" el cual fue identificado porque el niño presenta convulsiones ("se pandea de la rabadilla, se arquea") y fiebre, lo que lo lleva a la muerte. Puede ser ocasionado por una persona que tiene una "mirada fuerte", siendo las mujeres embarazadas una de las personas que tienen esta característica. Se trata con aceite de gallina.

El tenesmo ("pujo") es una de las situaciones identificadas en el menor de dos meses, el cual es ocasionado cuando el bebé es cargado por una mujer anda con la menstruación ("la regla"), por lo que el tratamiento debe ser practicado por la misma persona que lo ocasionó, siendo éste el desnudar al niño y escupirlo.

[15] Proyecto Garantía de Calidad. Conocimientos, actitudes y comportamientos de la comunidad ante los signos de peligro durante el embarazo, parto, postparto y en el recién nacido. Octubre 2000

Objetivo 3:

Explorar el grado de comprensión de las madres sobre las señales de peligro técnicamente definidas por el sector médico cuando el niño menor de dos años presenta un proceso mórbido.

Para valorar el grado de comprensión que las madres, los padres y las abuelas poseen sobre las señales de peligro que son mencionadas por el personal de salud, se les leyeron a los participantes de cada grupo de discusión cuatro de los quince signos que considera el Ministerio de Salud a través de la Estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

1. BOCA SECA: fue referido por los participantes como uno de los signos de deshidratación, el cual es provocado por la diarrea. Los participantes no expresaron otros términos o sinónimos.

No se considera grave por lo que es tratado en casa con líquidos y sales de rehidratación oral.

2. CONVULSION: no todos los participantes en los grupos de discusión pudieron definir el término convulsión, por lo que el investigador procedió a definirla con el fin de obtener sus comentarios con relación a dicho signo. Sin embargo uno de los participantes expresó lo siguiente:

"Cuando un niño tiene fiebre comienza a convulsionar, comienza a moverse, a temblar, a pegar brincos y voltear los ojitos, a veces pegan gritos o hablan entre ellos mismos. O le da desvarío, que deliran"... comienza a convulsionar el estómago, a echar la bebida, se ponen pálidos, se desmayan"

Otras características que se presentan cuando el niño está convulsionando son que se "pone sofocado, se estira, está sólo llorando y a veces se ponen negros o morados".

La convulsión es grave ya que se les puede paralizar el corazón ("porque el corazón palpita rápido entonces se cansa"), por lo que se le da masaje para evitar que se muera. El niño puede quedar demente ("loco"), paralítico de un brazo y de eso mismo puede surgir la epilepsia que se presenta cuando ya es adulto.

Una vez definido el término se solicitó a los participantes mencionaran las posibles causas siendo la principal la "calentura fuerte o bien acelerada". Otros mencionaron la diarrea, el vómito, el sarampión, la meningitis, los parásitos y la indigestión ("congestión").

Una persona refirió que el tétano provoca convulsiones, la que se presenta cuando la partera corta el ombligo de un niño recién nacido con una tijera o guillete no desinfectada con alcohol. Además de las convulsiones el niño se pone morado y se muere.

Se presenta más en menores de un año, es una emergencia y se lleva al hospital.

Más de la mitad de los participantes indicaron que utilizan como sinónimo de éste término la palabra "ataque", sin embargo "el ataque", también es considerado como "la misma epilepsia", por lo que se presenta más en las personas adultas. Otros participantes coincidieron al expresar que el ataque puede presentarse por algún sufrimiento, estar enterrando a alguien que quiere.

Cuando una persona sufre un ataque, éste se desmaya, voltean los ojos, se caen al suelo, gira a todos lados, es indomable de tal manera que una sola persona no puede con las contracciones del cuerpo. Lo padecen más cuando hay epilepsia o algún problema en el corazón del niño. Es considerado igualmente como grave.

3. DIARREA CON SANGRE: éste término se abordó cuando las madres indicaron que la diarrea es una de las enfermedades frecuentes en los niños.

Se asocia a infección intestinal, utilizándose el término de "gastroenteritis", "diarrea por amebas" y "calor en el estómago", por lo que es extremadamente preocupante, buscándose atención inmediata al centro de salud.

Afecta a cualquier edad, sobre todo cuando el niño comienza a ingerir alimentos sólidos.

4. DIARREA POR 14 DIAS: al igual que el término anterior, la duración de la diarrea se presenta en los resultados del objetivo dos, sin embargo al expresárseles el término de "diarrea por 14 días", la mayoría de los participantes refirieron lo siguiente:

"No creo que alguien aguante 14 días, creo que 24 horas no aguantamos con una diarrea bien pegada".

Por lo que muchos participantes no la consideraron posible. Por tal motivo, no se encontraron sinónimos.

5. FIEBRE ALTA POR 7 DIAS: este es un signo que preocupa mucho, ya que es peligro debido a que el niño puede convulsionar y morir. Se asocia a la malaria, infección respiratoria y parasitosis. La padecen los mayores de 2 meses.

Se trata inicialmente con remedios caseros: Eucalipto, Zacate Limón, té de Naranja y de hoja de Limón, Acetominofén y si no resuelve se acude a la unidad de salud.

6. INCONSCIENTE: la mayoría de los participantes no sabían el significado de dicho término. Al explicárseles la asociaron con enfermedades tales como fiebre, deshidratación y asma. Algunos asociaron el término con "una persona que se está muriendo", y que presenta bajo peso y mollera hundida.

No se presentaron preferencias en cuanto a la edad y fue considerada como grave por lo que la búsqueda de ayuda no va más allá de 1 día y se acude al hospital.

7. LLANTO EXCESIVO: se presenta más en los menores de dos meses ("tiernos") e indica dolor de cabeza, de oído, de estómago o porque el niño no pueden mamar. Los términos que utiliza la población son "llorón" y "lloradera".

Una de las causas es la mollera que se les hunde, y sucede cuando se hace un mal movimiento, que uno lo agarra rápido y se lo echa para la espalda y se les baja, o por que se caen. Cuando se les cae la mollera ellos no pueden mamar. Si el llanto es por la mollera hundida se lleva donde la partera.

Debido a que se asocia al dolor, la madre intenta identificar la ubicación del mismo por lo que administra pastillas, si no mejora se esperan dos días para ir a la unidad de salud.

8. NO AUMENTA DE PESO: no hubo una correcta interpretación de este término ya que fue referido más como pérdida de peso, por lo que fue asociado al hecho de no tener buena alimentación, no tener cuido, no tomar vitamina, al inicio de cualquier enfermedad: diarrea, vómito, deshidratación, calentura, tos, catarro, neumonía.

Los participantes indicaron que cuando el niño está enfermo, baja de peso en un día, dos días ya que se "desganan de comer" y se ponen pálidos. Identifican este signo cuando la madre lo "chinea" y lo sienten más liviano, la ropa se le ve más floja, además cuando está delgadito se le ven los huesos, las costillitas. Se presenta más en los mayores de dos meses.

Para éste signo, los participantes utilizaron otros términos tales como "flaquito", "delgado" o "pierde peso".

No es considerado como algo muy grave, por lo que la búsqueda de ayuda no es inmediata, oscilando entre una semana, un mes y máximo cinco meses. En un grupo de discusión en donde participaron madres de niños menores de un año, indicaron:

"Si el niño es finito, delgadito, es normal, pero si el niño es gordito y con una enfermedad se adelgaza, eso es malo".

El tratamiento incluye darle frutas (papaya, zanahoria, mango, naranja), verduras (chaya, ayote, papa) y medicamentos.

9. NO COME, NO BEBE: este signo es el único identificado como grave tanto en la enfermedad respiratoria como en la diarreica. Sin embargo, al abordarlo como un signo aislado los participantes lo asocian con parasitosis, amigdalitis (" glándulas inflamadas") o fiebre.

Otros términos que utiliza la población para referirse a éste signo son "desganado de comer", "no mama".

No hubo consenso con relación a la edad, sin embargo indicaron que se presenta más en los niños mayores de 1 año.

10. OJOS HUNDIDOS: este signo fue identificado por los participantes al abordar la diarrea, y se asocia a la deshidratación. Es considerado como signo de gravedad ya que "pareciera como que el niño va a morirse", por lo que la madre acude a la unidad de salud.

En los grupos de discusión se describió este signo como "ojos jalados".

11. PICAZON Y MANCHAS EN LA PIEL: los problemas de piel fueron referidos como una de las enfermedades más frecuentes en los menores de dos años, siendo el término utilizado el de "ronchas", "quemada de puro" y "divieso". No es considerado como grave por lo que se trata en casa.

12. RESPIRACION RAPIDA: la respiración rápida se identifica como "cansancio" o "respiraje". Esta puede ser ocasionada por tos, fiebre, asma, bronquitis, neumonía y problemas del corazón. Es preocupante después de 24 horas, en particular en los niños menores de un año

No hubo consenso con relación a la edad en que se presenta con mayor frecuencia, ya que algunos indicaron que se ve en menores de dos años, otros refirieron que el niño descansa de los 6 años para arriba.

13. SED: la sed se presenta cuando el niño tiene calentura o por estar deshidratado. No es considerado un signo de gravedad por lo que se trata con agua, limón hervido ralito con agua al tiempo o agua de Zacate Limón o café amargo.

No es algo que preocupe mucho ya que se trata en casa. En caso de acudir a la unidad de salud sería después de tres días.

14. SIGNO DEL PLIEGE: al igual que los ojos hundidos, este signo fue asociado a la deshidratación causada por la diarrea. La descripción realizaron de éste fue "se le agarra el pellejito". Es considerado como un signo de gravedad, por lo que el niño es llevado a la unidad de salud.

15. VOMITO: se asocia a la diarrea, la ingesta excesiva de comida, por dar leche en mal estado o por que el niño presenta tos. Se trata con un cocimiento de hojas de naranja agria y canela y suero oral el cual es adquirido en el centro de salud.

Es considerado como grave en especial en los menores de un año, en particular cuando vomita más de dos veces ya que no les impide comer. Igualmente consideran la cantidad, ya que si es poca no es catalogada como grave. La búsqueda de ayuda es inmediata (1 hora o menos).

En el caso particular del menor de dos meses, la regurgitación que presenta el niño posterior a la alimentación al pecho materno no es considerada vómito, ya que "el niño todavía mama y al eructar echa la leche para atrás, pero no es vómito".

Tabla 3
Percepción de la gravedad y grupo etáreo en que más se presentan las señales de peligro técnicamente definidas.

Signo médico	Considerado Grave	Edad en que se presenta
1. Boca seca	No	Menores, en niños con diarrea
2. Convulsiones	Sí	Menor de 1 año por fiebre En el adulto por Epilepsia
3. Diarrea con sangre	Sí	Cualquier edad
4. Diarrea por 14 días	Sí	Cualquier edad
5. Fiebre alta por 7 días	Sí	Mayores de dos meses
6. Inconsciente	Sí	Cualquier edad
7. Llanto excesivo	Sí	Menores de dos meses
8. No aumenta de peso	No	Mayores de dos meses
9. No come no bebe	Sí	Mayores de un año
10. Ojos hundidos	Sí	Menores, en niños con diarrea
11. Picazón y manchas en la piel	No	Cualquier edad
12. Respiración Rápida	Sí	Cualquier edad
13. Sed	No	Cualquier edad
14. Signo del pliegue		Menores, en niños con diarrea
15. Vómito	Sí	Menor de 1 año

En general, los signos médicos que son considerados graves por la población, provocan la búsqueda de ayuda médica, siendo estos: las convulsiones, fiebre alta, respiración rápida, el estar inconsciente y la diarrea con sangre. En las otras situaciones, la madre procede a aplicar remedios caseros por dos o cinco días, dependiendo de la percepción de la gravedad del problema de salud.

De todas los términos técnicos mencionados los participantes, consideraron más peligrosas las siguientes, en orden de frecuencia;

1. Diarrea con sangre
2. Convulsión
3. Respiración rápida
4. Fiebre muy alta

Objetivo 4

Proponer las formas de expresión de las señales de peligro a fin de que sean comprensibles para las madres y que promuevan la búsqueda apropiada de atención en salud.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, los sinónimos que la madre utiliza para diferentes situaciones de salud son los siguientes:

Término técnico	**Término popular**
Anemia:	palidez de manos, de la piel
Convulsiones:	ataque
Cianosis:	morado, se pone negro
Decaído:	asomatado[16]
Diarrea:	salidera afuera, obradera, ensuciada
Diarrea con sangre:	gastroenteritis, amebas, desgaste
Bronconeumonía:	broncomonía
Bruxismo:	masca dormido
Distensión abdominal:	barriga se pone grande, empanzados
Fiebre alta:	rojo como un tomate, caliente como la brasa
Fontanela hundida:	mollera hundida
Indigestión:	congestión
Llanto excesivo:	llorón, lloradera
Náuseas:	el estómago se juega por dentro
Obstrucción nasal:	trancazón, trancado de la nariz
Ojos hundidos:	ojos jalados
Pérdida de peso:	delgado, flaquito
Pérdida del apetito:	desganado de comer, no mama
Respiración rápida:	cansancio, respiraje
Rinorrea:	moquera, chorriazones de narices
Sibilancia:	hervor, ronquido de gato, chillar el pescuezo, le chifla el pecho, tiene resma, lira
Signo del pliegue:	se le agarra el pellejito
Tenesmo:	pujo
Tiraje intercostal:	espiral de la costilla
Vómito:	arrojadera, vasca

Existen otros términos en los que no se encontraron sinónimos, tal es el caso de: sed, diarrea por catorce días y fiebre alta.

[16] Asomatado: expresión particular del Departamento de Chontales

Objetivo 5

Proponer el material educativo, metodología de distribución y uso del mismo para orientar a las madres sobre la identificación temprana de los signos de peligro y la búsqueda oportuna de atención médica.

Para identificar el tipo de material educativo de mayor preferencia y aceptación por parte de la población, se realizaron visitas domiciliares en la que se le preguntó a la madre si disponía de algún material educativo, en caso de tenerlo, se solicitaba que indicara su contenido y lo mostrara. Igualmente se le preguntaba a la madre cómo le gustaría que fuera el nuevo material educativo y se finalizaba mostrándole algunos con el fin de obtener su opinión.

Debido a la pobre existencia de materiales educativos en los domicilios, el equipo de investigadores decidió considerar el carnet de control de crecimiento y desarrollo del niño como material educativo, por lo que los resultados en este sentido, no son concluyentes.

Por otro lado es necesario señalar que los materiales educativos mostrados por el equipo de investigadores fueron variables y no comparables entre sí, por lo que no se logró obtener suficiente información.

Un poco más de la mitad de las casas (65%-13) visitadas únicamente disponían de carnet de salud, el cual fue considerado por los investigadores como material educativo, seguido de un 25% (5) en los que se encontró algún afiche.

En el caso del carnet de salud, éstos se encontraban guardados dentro de una bolsa, en el ropero, la cartera/bolso, caja o valija.

Los temas que ilustraban los afiches eran principalmente de salud infantil: inmunización, salud del niño, preparación de las sales de rehidratación oral, lactancia materna y malaria, estando ubicados en áreas "comunes" del hogar, es decir el corredor, la sala y pared externa de la casa. De acuerdo a lo referido por las entrevistadas, éstos fueron adquiridos a través del Ministerio de Salud y las parteras.

Al preguntárseles ***¿cómo les gustaría que fuera el material educativo?*** Un poco más de la mitad (55.5%) indicaron que el afiche, en tanto un poco menos de un tercio (27.7%) opinó que le gustaría un calendario. Los colores vistosos y las figuras fueron las razones para preferir el afiche.

Se les mostró a las madres una serie de materiales educativos con el fin que conocer la preferencia, encontrándose que el 40% se ubicó el afiche o lámina en primer lugar, seguido del calendario y el rotafolio (Tabla 4)

Tabla 4
Materiales preferidos por las parteras y brigadistas para ser entregados a las madres y familias

Tipo de material	**Prioridad**	***¿Por qué prefiere ese material?***
Afiche	1er lugar	♦ Por el color, tamaño, las letras son vistosas y los mensajes ♦ Tiene imágenes ♦ Se puede pegar en la pared ♦ Es fácil de entender ♦ Tiene un mensaje en cada dibujo ♦ Tiene mejor visibilidad por ser grande y se lee mejor ♦ Los dibujos se explican bien ♦ Todos lo pueden ver
Calendario	2do lugar	♦ Util ya que tiene los días y meses ♦ Tiene información sobre las enfermedades ♦ Además de las fechas tiene figuras y mensajes educativos ♦ Sirve para recordar el mensaje y la fecha en que uno tiene que ir al centro de salud ♦ Sirve para marcar las citas de vacunas del niño ♦ Es útil, ya que se consulta diario ♦ Por los colores, dibujos ♦ Puede pegarse en la pared
Rotafolio	3er lugar	♦ Tiene muchos dibujos y letras ♦ Por el color y el tamaño y da orientaciones escritas ♦ Lleva imágenes que pueden ser consultadas por todos los que viven en el hogar y que no saben leer

Otra fuente de información fue la entrevista dirigida a las parteras y los brigadistas en la que se incluyeron dos preguntas, la primera se formuló con el objetivo de obtener información basada en la experiencia relativa a los materiales que cree más apropiados para las madres y las familias, en tanto la segunda pregunta se basó en la demostración de diversos materiales educativos que presentaba el investigador con el fin de conocer la opinión del entrevistado en cuanto a su preferencia y razón de ello.

Los resultados obtenidos indican que el folleto (58.3%) y el afiche (50.0%) son los materiales que las parteras y los brigadistas consideran más apropiados para darles a las madres y las familias. (Tabla 5)

Tabla 5
Materiales identificados como apropiados para entregar a las madres y familiares

Tipo de material	***¿Qué tipo de material cree usted que es lo más apropiado para darles a las madres y a las familias?***
Folleto	58.3 %
Afiche	50.0 %
Calendario	25.0 %
Rotafolio	25.0 %

Sin embargo, al mostrárseles los diversos materiales educativos que portaba el investigador, los resultados orientan que calendario, el afiche y el folleto son los preferidos para ser utilizados con la población blanco. (Tabla 6).

Tabla 6
Materiales preferidos por las parteras y brigadistas para ser entregados a las madres y familias

Tipo de material	**Prioridad**	***¿Por qué prefiere ese material?***
Calendario	1er lugar	♦ Se usa para mirar diario la fecha, así como los meses ♦ Las fechas ayudan a organizar y ver cuando se hacen las reuniones ♦ Las personas están familiarizadas con el calendario y los mensajes ♦ La mamá ve que día es hoy y tiene a la vista el mensaje ♦ Es bonito y cómodo
Afiche	2do lugar	♦ Se puede pegar en la pared ♦ Se puede dar de casa en casa ♦ Es vistoso, de colores, con imágenes, explica con palabras sencillas y claras ♦ Es grande, visible, se puede ver todo
Folleto	3er lugar	♦ Lo pueden tener en sus manos ♦ Esta al alcance en la casa, lo pueden leer y tiene gráficos. ♦ Las letras son grandes ♦ Es sencillo, claro y tiene temas importantes

El plegable y la calcomanía fueron otros de los materiales preferidos pero en menor proporción, siendo las razones las siguientes: El plegable posee bastante información, es pequeño, cómodo y tiene ilustraciones, en tanto la calcomanía tiene mensajes y fotos.

Uno de los brigadistas entrevistados expresó la siguiente experiencia:

> "La vez pasada el MINSA implementó un sistema para explicar las causas del cólera, trajo unas láminas, tal vez no todos podemos estar oyendo durante media hora una charla extensiva, no todos podemos captarla porque lo hemos olvidado, pero las láminas, yo sé que a muchas personas se les hizo fácil entenderle y anduvieron de hogar en hogar".

Resultados obtenidos en diversos estudios[17][18] han demostrado que las fuentes de información sobre las enfermedades respiratorias y la diarrea incluyen al personal que labora en las unidades de salud y a los brigadistas y parteras.

En cuanto a los materiales, los resultados obtenidos en el estudio de Validación de materiales para la campaña publicitaria de fortificación del azúcar con vitamina A, las personas expresaron preferir dibujos de formas redondeadas, se prefieren colores vivos, si el gráfico contempla una familia ésta debe poseer características del prototipo de gente nacional. Con relación al tamaño de la letra se sugirió hacer letra grande.

[17] UNICEF. Línea de Base sobre Higiene, Saneamiento Ambiental y Salud. Diciembre 1999
[18] Proyecto Garantía de Calidad. Conocimientos, actitudes y comportamientos de la comunidad ante los signos de peligro durante el embarazo, parto, postparto y en el recién nacido. Octubre 2000

V. Conclusiones

1. La población reconoce la necesidad de buscar ayuda del personal de salud, para solventar el problema de salud del niño, sin embargo, esta búsqueda se efectúa después de uno - dos días de haberse iniciado el proceso mórbido.

2. En general, la familia identifica la importancia de actuar ante un proceso mórbido para mejorar el estado de salud del niño y únicamente se indica "que es la voluntad de Dios" cuando ha agotado de todos los recursos disponibles.

3. La mayoría de las madres utilizan remedios caseros para mejorar el estado de salud del niño, los que en algunas situaciones no benefician al niño.

4. La principal limitación que refiere la población para la búsqueda de ayuda es la económica y la falta de medicamentos en la unidad de salud.

5. El concepto general de gravedad de la enfermedad, tanto en el menor de dos meses como en el menor de dos años, está ligado a la pérdida de apetito del niño, la debilidad y el llanto. En el caso particular de los problemas respiratorios se asocia a la respiración rápida (cansancio) y en la diarrea a la frecuencia y consistencia líquida de las deposiciones así como a la observación de los ojos hundidos en el niño.

6. La mayoría de los términos médicos son literalmente comprendidos, sin embargo la población utiliza "sinónimos". Se encontraron divergencias en la comprensión de los siguientes términos: convulsiones, inconsciente, deshidratación y no aumenta de peso.

7. No se encontraron materiales educativos en los domicilios visitados y la consideración, por parte del equipo de investigadores, del carnet infantil como material educativo no fue lo más adecuado, ya que la madre no lo identifica como tal.

8. Con relación a la preferencia de los materiales educativos, la población elige el calendario (por su utilidad) y el afiche (por el tamaño, fotografía, color y carácter decorativo), sin embargo por las limitaciones presentadas en la presente investigación (escasa disponibilidad de materiales en el domicilio, muestrario presentado por los investigadores a los participantes y la no inclusión del personal de salud), no se puede concluir cuál es el tipo de material educativo más adecuado para elaborar el recordatorio ni el sistema de distribución del mismo.

VI. Recomendaciones para el material recordatorio a desarrollar

1. De los quince signos de gravedad presentados a la población, seleccionar los que ellos identifican, siendo el "desgano de comer o no mama" (pérdida de apetito), "el decaimiento" (debilidad) y el llanto los propuestos para cuando el niño presenta cualquier proceso mórbido, En el caso de las enfermedades respiratorias agudas y las diarreicas agudas, se proponen los términos "cansancio" (respiración rápida) y "ojos jalados" (ojos hundidos), respectivamente.

2. Corroborar la universalización de los términos antes referidos así como la comprensión e involucramiento del mensaje definido.

3. En cuanto a los materiales impresos, profundizar en los aspectos de atracción y aceptación del calendario y el afiche, con el fin de obtener mayor información que facilite la selección de uno de ellos.

4. Utilizar imágenes, de preferencia fotográficas, así como la inclusión de recordatorios de corta extensión considerando el nivel de alfabetización que tiene la población nicaragüense.

5. En otros estudios se ha demostrado la preferencia de la población por los medios radiales (audio), por lo que se sugiere explorar la factibilidad del uso de medios auditivos que la madre pueda manipular.

Recomendaciones para futuras investigaciones:

1. Homogenizar el muestrario de materiales educativos a utilizar en la investigación.

2. Incorporar en las guías que valoran los materiales, los aspectos relativos a atracción, comprensión, aceptación e involucramiento entre otros, con el fin de obtener mejores resultados que orienten la selección del recordatorio.

3. No sobreestimar la disponibilidad de materiales educativos a nivel domiciliar.