

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS EN RELACION CON LA SALUD *

LUCILA NIÑO B. **

MYRIAM OROSTEGUI A. ***

EUCARIS GALLEGU B. ****

ZELIDETH MARTINEZ S. *****

RESUMEN

En Bucaramanga, Colombia, entre Septiembre de 1.988 y Marzo de 1.989, se llevó a cabo una investigación descriptiva con 1.447 familias pertenecientes a los cuatro estratos socioeconómicos más bajos de la ciudad, según clasificación del Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE-, con el objetivo de identificar el conocimiento de las personas acerca de los principales problemas de salud presentes en la región y así mismo, sus prácticas y actitudes para proteger la salud y enfrentar procesos patológicos de algún miembro del núcleo familiar.

La información fue recogida en un formulario tipo encuesta conformado por 48 preguntas y aplicado directamente en el domicilio de las familias incluídas en la muestra, a través de entrevistas con la madre.

Los temas abordados en la encuesta tenían relación con los daños o problemas que han venido ocupando los primeros lugares como causa de enfermedad y muerte en los diferentes grupos étnicos, en el municipio de Bucaramanga durante el último decenio.

Los resultados de la investigación permitieron comprobar aspectos tales como:

- El conocimiento popular sobre los principales problemas analizados (qué es, cómo se producen, qué ocasiona en el enfermo) se pudo catalogar como adecuado.

- Las prácticas frente a la salud se evalúan como inadecuadas; las familias se movilizan sólo ante la enfermedad (reflejo del modelo tradicional de los Servicios de Salud?) existiendo una gran ausencia de actitudes y comportamientos de tipo preventivo.

- El "conocer" no genera acciones a favor de la promoción y mantenimiento de la salud.

Con base en estos hallazgos se concluyó que para producir cambios en comportamientos y actitudes, la educación en salud debe ser ofrecida como un proceso de extensión en el tiempo, orientada a movilizar sentimientos y motivaciones, e involucrar activamente a las personas en ellos.

PALABRAS CLAVES: Educación en salud, Comportamiento y salud.

INTRODUCCION

La población colombiana es el producto de un largo proceso de adaptación a los diversos medios ecológicos, así como también de un proceso de mestizaje biológico y cultural de sus habitantes que enfrenta a los trabajadores de la salud con diferentes estilos de vida, costumbres, formas de comunicación, condiciones socio-

* Trabajo perteneciente a la línea de Investigación en Atención Primaria - PROINAPSA. (Código 7615).

** Profesora Asociada Departamento de Enfermería UIS - Directora Proyecto PROINAPSA. Universidad Industrial de Santander, Apartado Aéreo 678, Bucaramanga, Colombia.

*** Profesora Asociada, Jefe Departamento de Enfermería, Universidad Industrial de Santander.

**** Profesora asistente Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Industrial de Santander.

***** Coordinadora Programas comunitarios - Proyecto PROINAPSA, Universidad Industrial de Santander.

económicas y variadas concepciones acerca del cuidado y manejo de la salud.

Los estilos de vida son comportamientos culturales heredados y transmitidos de generación en generación con un gran componente social e ideológico que se hace necesario investigar, entender y valorar para un mejor desarrollo de los programas que buscan el mejoramiento de la salud y el bienestar.

La tarea consiste en encontrar el modo de incorporar los descubrimientos de las ciencias en el contenido de la vida diaria. Para ello el trabajador de la salud debe ser capaz de ver la salud y la enfermedad desde el punto de vista del usuario; pero como este punto está culturalmente condicionado, todo el personal de salud debe conocer la cultura de las personas con las cuales interactúa profesionalmente.

Cada grupo humano, tiene ya tradicionalmente un cuerpo de creencias y prácticas que forman su propio concepto de medicina preventiva y curativa y que fueron desarrollados en contestación a los persistentes problemas de la vida.

El desconocimiento de las actitudes, prácticas y comportamientos frente al cuidado y manejo de la salud que forman parte del acervo cultural de cualquier grupo, ha llevado al fracaso de muchos programas y con ello a pérdida de dinero y de tiempo y a la subutilización de un recurso humano de incalculable valor.

Es necesario recordar que no todos los conocimientos manejados diariamente por la comunidad para recuperar la salud redundan positivamente en ella, pero si no se sabe que es "lo bueno" para reforzarlo y "lo negativo" para modificarlo, se seguirán cometiendo los mismos errores y la meta "Salud para todos en el año 2.000" se tendrá que prorrogar cada vez más.

Los profesionales de la salud al desarrollar acciones de educación con individuos, familias y comunidades, hemos venido actuando un tanto a ciegas, al basar dichas acciones en supuestos. Al replicar en este proceso (que se orienta por otros principios y otras dinámicas) las metodologías y secuencias de los conocimientos a que fuimos sometidos en el proceso de aprendizaje en las aulas universitarias, identificamos éstos como los elementos importantes a ser transmitidos a las personas a través de la educación no formal.

En el terreno de los supuestos se observan con demasiada frecuencia las ideas de que la comunidad "no sabe

nada" que tenga relación con las enfermedades ni con la salud. Sin preocuparse por indagar si la apreciación es falsa o verdadera se asume lo segundo y se comienzan las "charlas" sobre aspectos relacionados con la forma y funciones de estructuras afectadas por los procesos patológicos (por ejemplo respiratorios), cuando los padres lo que quieren y necesitan saber es como actuar ante la crisis asmática del hijo, pues a su manera entienden y se explican el fenómeno que ocurre.

Otra observación que da base para cuestionar la eficiencia de la educación que se ha venido realizando como parte de los programas de atención en salud, es el encontrar grupos de la comunidad que han recibido por años "educación en salud" ya sea ofrecida por estudiantes de las universidades o por personal de los servicios de salud. Estas comunidades pueden casi recitar de memoria los conocimientos que han recibido, pero demuestran que sus problemas siguen exactamente vigentes a pesar de que aparentemente fueron activos y participaron en las acciones educativas y que éstas se hicieron esperando cambios en las prácticas y los comportamientos. Estas consideraciones entre otras, motivaron a un grupo de profesionales vinculados al Proyecto Interdisciplinario para la Atención Primaria de la Salud - PROINAPSA de la Universidad Industrial de Santander, para adelantar una investigación que permitiera comenzar a encontrar las respuestas ante inquietudes como las anteriormente planteadas. El estudio permitió definir las características del saber y el actuar de la madre (culturalmente la responsable por las prácticas y la conservación de la salud a nivel de la familia) frente a los problemas de salud más comunes en la región; igualmente dio bases para replantear el diseño, la implementación y la evaluación de los procesos de educación en salud.

MATERIALES Y METODOS

La población objeto de la investigación fue la ubicada en los cuatro estratos socio-económicos más bajos de la ciudad de Bucaramanga. Se excluyeron los estratos 5 y 6 (medio alto y alto) por considerar que su población no está incluida en la cobertura de los servicios de salud del estado, principal usuario de los resultados de ésta investigación.

La unidad de muestreo fue la vivienda y la de observación la madre de cada hogar o quien desempeñara el rol materno a nivel familiar.

El número de viviendas en los cuatro (4) estratos fue de 39.640 según datos del último censo (1.985); se

calculó el tamaño de la muestra por estrato y por medio de un muestreo aleatorio simple.

Se conformó la muestra total con 1.447 viviendas; se aceptó un 5% de error de muestreo con 95% de límite de confianza.

La fórmula utilizada para el cálculo, según el paquete estadístico True Epistat fue:

$$n = \frac{Z^2 p.q}{e^2 + \frac{Z^2 p.q}{N}}$$

Los términos para el cálculo del tamaño de la muestra son:

P: 0.50 ó 50%, proporción en la población de alguna de las características a ser estudiadas.

q: 0.50, complemento o proporción con la población sin la característica.

N: Tamaño del universo para cada estrato.

e: Error máximo de muestreo aceptado. 5% ó 0.05.

Z: Límite de confianza: 95%; Z=1.96

Una vez realizados los cálculos, el tamaño de muestra por estrato fue:

ESTRATO	T. DE MUESTRA	FRACCION DEL MUESTREO (N/n)
1	343	1/10
2	354	1/13
3	373	1/35
4	377	1/55
TOTAL	1447	

Posteriormente, sobre un mapa cartográfico de Bucaramanga se ubicaron las viviendas en donde se iba a aplicar la encuesta, asegurando la representación de los 80 barrios que conforman los cuatro (4) estratos en la muestra.

RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

El instrumento para recolección de datos se diseñó tomando como base la Encuesta sobre Conocimientos,

Prácticas y Actitudes que diseñó el Instituto Nacional de Salud en 1.986. El Formulario quedó conformado por 26 preguntas sobre conocimientos, 11 sobre actitudes y 11 sobre prácticas en salud. Los temas incluidos correspondieron a aquellos que están relacionados con los problemas que ocasionan las más altas tasas de morbimortalidad en los diferentes grupos etáreos en el municipio así: embarazo, parto y puerperio, bajo peso al nacer, ictericia y síndrome de dificultad respiratoria en los recién nacidos; lactancia y vacunación; planificación familiar; diarreas, infección respiratoria aguda; cáncer, accidentes.

La Encuesta fue aplicada por 25 estudiantes de todas las disciplinas del área de la salud, quienes fueron informados sobre el proyecto, sus objetivos, metodologías y utilización de resultados, además de haber sido entrenados para aplicar la encuesta.

Posteriormente a la recolección de la información se procedió a hacer la revisión de cada encuesta con el fin de corregir incoherencia e inconsistencias y dejar lista la entrada de datos al computador. Solo se descartó una encuesta del estrato 3, quedando el grupo de estudio, conformado por 1.446 personas, con una distribución igual a la planeada en la muestra. Los datos fueron procesados en un computador IBM/AT, utilizando el paquete SPSS/PC.

RESULTADOS

1. EMBARAZO Y CONTROL PRENATAL

Tabla 1. Resultado de gestaciones de madres que se embarazaron entre Enero de 1.987 y Diciembre de 1.988*, según estrato social. Bucaramanga, 1.989.

	E-1 %	E-2 %	E-3 %	E-4 %	TOTAL %
Hijo Vivo	31.2	22.0	22.8	24.1	25.0
Hijo Muerto	1.5	0.3	0.5	0.8	0.8
Aborto	3.5	2.0	0.8	3.2	2.4

* El porcentaje de madres encuestadas que se embarazaron fue de 28.7%

Una cuarta parte de las madres encuestadas reportó haber tenido un hijo vivo entre Enero de 1987 y Noviembre de 1988, 0.8% un hijo muerto y el 2.4% un aborto; estos resultados tuvieron mayor proporción

en el estrato bajo-bajo como era de esperarse, con un 31.2% de nacidos vivos, 1.5% de nacidos muertos y un 3.5% de abortos (Tabla 1).

Tabla 2. Porcentaje de inasistencia* al Control Prenatal según edad gestacional y estrato socio-económico. Bucaramanga 1989.

	E-1 %	E-2 %	E-3 %	E-4 %	TOTAL %
1er. Trimestre	45.5	40.7	22.0	18.2	31.0
2o. Trimestre	34.5	28.7	19.2	11.2	23.0
7o y 8o mes	31.4	26.4	18.	49.6	21.
9o mes	25.6	18.6	11.8	9.6	16.1

* Se refiere a 0 controles en cada período analizado.

En relación con el control prenatal, un 31% de las madres indicaron no haber tenido **ni un solo control** en el primer trimestre; 23% en el segundo trimestre, un 21% en el séptimo y octavo mes y un 16% en el último mes de gestación. En general se observó que sólo una cuarta parte de las embarazadas asiste a los controles según la norma del Ministerio de Salud en el primero y segundo trimestres, la mitad en el séptimo y octavo meses y más de las tres cuartas partes en el noveno mes; la inasistencia a los controles prenatales disminuye a medida que se incrementa el estrato social analizado.

Tabla 3. Razones para No solicitar consulta Médica durante el último embarazo según estrato. Bucaramanga, 1.989

	E-1 %	E-2 %	E-3 %	E-4 %	TOTAL %
No era necesario	25.7	14.2	39.3	62.2	29.6
Costoso	22.8	15.2	6.6	2.7	14.4
Servicio de salud queda lejos	10.9	14.1	6.6	2.7	10.0
Era atendida por partera	7.9	13.0	11.5	2.7	9.6
Atención es mala	4.0	6.5	0	5.4	4.1
No le sirve horario consulta	5.9	2.2	1.6	0	3.1
Otras	22.8	34.8	34.4	24.3	29.2
TOTAL	100	100	100	100	100

Cuando se indagó por las causas para no asistir al control prenatal, las principales respuestas fueron:

No se requiere control (29.6%), no podía pagar el costo (14.4%), distancia con el Centro de Salud (10%) y estaba atendida por partera (9.6%).

Las respuestas por estrato mostraron comportamientos diversos de acuerdo a la pregunta y en algunos casos un tanto sorprendentes como en el caso de la necesidad de asistir a los controles.

Esta información pone de relieve varios problemas: La consulta escasa y tardía para control al proceso de gestación, siendo los estratos con mayor riesgo socio-económico los más afectados por estos comportamientos no deseables. La concepción errónea de no requerir controles, porque se sienten saludables siendo sorprendentemente más frecuente en los estratos medio bajo y medio. (E-3, E-4). Con relación al costo de los servicios, a pesar de no ser muy alto el porcentaje de madres que se ven afectadas por él (14.4%), es de hecho una barrera de accesibilidad a los servicios de salud. En igual sentido podría ser analizado el 10% de madres que hablan acerca de la distancia al centro de salud; el problema puede ser más de tipo económico que realmente una barrera de accesibilidad geográfica, pues muchas veces las madres no disponen del dinero para pagar el pasaje del bus que las traslada hasta el centro de salud (Bucaramanga es una ciudad pequeña, ubicada en una meseta con no más de 500.000 habitantes; existen vías vehiculares hacia y entre todos los sectores de la ciudad y un completo sistema de transporte colectivo urbano).

Como ya se sabe, la ausencia de control prenatal impide la identificación precoz y la atención de problemas en la madre, que pueden afectar también al feto; es necesario recordar que el Hospital Universitario de Bucaramanga continúa teniendo como primera causa de egreso hospitalario en el grupo de mujeres de 15 a 24 años, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, con una preocupante tendencia al incremento en el valor porcentual del egreso por esta causa en los últimos cinco años (ver Tabla siguiente).

Esta situación coincide con la presentada a nivel nacional, donde al excluir la causa "Parto normal" de los motivos de egreso hospitalario, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio ocupan el primer lugar con un 16% (MinSalud. Planeación Nacional. Banco Mundial. E.S.S. Diagnóstico de Salud. Documento preliminar pág 57. Bogotá, 1988).

En el mismo tema del embarazo, se trató de identificar el grado de conocimiento sobre los "signos de alarma" para patología asociada con éste. Se encontró un porcentaje alto de identificación (por encima del 83%) para

Tabla 4. Complicaciones del embarazo, Parto y Puerperio como causa de Egreso Hospitalario, grupo de mujeres de 15 a 24 años. Hospital Universitario - Bucaramanga 1984 - 1985.

Año	Lugar causa egreso	Porcentaje/total egreso
1984	1a	12.8
1985	1a	18.1
1986	1a	20.9
1987	1a	21.5
1988	1a	25.4

Fuente: HURGV Informes anuales estadísticos. Bucaramanga.

sangrado vaginal, aumento de la presión arterial, edema generalizado y convulsiones. Otro grupo de signos y síntomas fue identificado con menor peso porcentual, como posibles generadores de problemas: vómito frecuente (45%), cefaleas persistentes (63%), dolores abdominales (66%) y aumento exagerado de peso (71%). Al preguntar a las madres qué conducta asumía en el caso de que hubiera tenido alguno de los problemas enunciados, el 95% respondió que consultaba a una institución de salud. Esto nos permite apreciar como, frente a la enfermedad hay un conocimiento y una práctica adecuada, siendo este hallazgo bastante homogéneo en los cuatro estratos socio-económicos bajo estudio y opuesto a lo encontrado para los componentes preventivos antes mencionados.

Sin embargo, es importante destacar que este comportamiento de consulta institucional al enfrentar signos y síntomas patológicos, es el deseable para evitar las complicaciones graves que pueden aumentar las cifras de muertes maternas, como aún ocurre. Afortunadamente ya se utiliza en todas las instituciones del sector oficial que atienden partos en Bucaramanga, la Historia Clínica Perinatal Simplificada, la cuál irá facilitando la información acerca del porqué se continúan teniendo muertes maternas evitables en Bucaramanga.

PATOLOGIAS DURANTE EL EMBARAZO:

De las 1.436 madres encuestadas, el 43.2% no reportó ninguna patología durante la gestación. Al indagar al

57% restante acerca de problemas tenidos durante el último embarazo (confirmado a ellas por el médico tratante) las respuestas dieron el siguiente perfil de morbilidad:

Anemia	15.9%
Edema generalizado	15.1%
Infección urinaria	7.8%
Hipertensión arterial	6.1%
Hemorragia vaginal	3.1%
Incompatibilidad (Rh-)	2.5%
Ruptura prematura de membranas	1.6%
Eclampsia	1.5%
Otro	3.2%
Ninguno	43.2%

Al analizar el comportamiento de cada problema por estrato, se encontró que la anemia como primera causa de la patología tiene sus más altos porcentajes en los estratos 1 y 2 (19.1% y 17.9%), lo cual muestra claramente el problema nutricional condicionado por los ingresos económicos de estas familias. Llamó la atención que la infección urinaria se diagnosticó más en los estratos altos mostrando el siguiente comportamiento (del estrato 1 al 4): 4.3%, 9.1%, 8.5% y 8.5%.

Igual situación se observó en el caso de la incompatibilidad Rh(-) en donde los porcentajes por estrato fueron 1.2%, 2.6%, 2.5% y 3.4%. Aquí también parece estar actuando la barrera económica de los estratos bajos, que no disponen del dinero para pagar los exámenes de laboratorio que corroboran estos dos problemas.

En el caso de la hemorragia vaginal y el edema generalizado, el comportamiento fue igualmente de incremento al subir en el estrato socio-económico pasando en el primer caso, del 1.4% al 4.5% y en el segundo de 8.1% al 17.7% con un pico de 19.1% en el estrato 2.

La hipertensión arterial y la eclampsia, mostraron homogeneidad en su presentación por estrato.

De las embarazadas que tuvieron alguna enfermedad durante el período gestacional, el 6.7% tuvo que ser hospitalizada para su tratamiento; llamó la atención que el porcentaje de hospitalización mostró una ligera tendencia a aumentar con el estrato, reflejando posiblemente las barreras de acceso económico y cultural a los servicios de hospitalización en los estratos más bajos.

2. PARTO Y PUERPERIO

La encuesta demostró que en los cuatro estratos más bajos de Bucaramanga, el 85% de los partos son institucionales y que las madres tienen una buena opinión acerca de la atención recibida y el costo del servicio. Sin embargo, la mortalidad por afecciones originadas en el período perinatal ha ocupado el primer lugar en el Hospital Universitario Ramón González Valencia desde 1.984. (La tasa por 1.000 egresos en 1989 fue de 6.8%).

El control médico post-parto sólo fue cumplido por la mitad de las madres (52%) en los primeros 42 días posteriores al parto; un 30% nunca lo llevó a cabo. Esta circunstancia, probablemente esté impidiendo reevaluar aspectos relacionados con la calidad de atención del parto y la morbilidad asociada a éste.

Las parteras son poco utilizadas en la ciudad para la atención del parto (14%); las madres de los estratos 1 (bajo-bajo) y 2 (bajo) son las que más acuden a ellas (23% y 16% respectivamente) probablemente en razón a la comodidad de permanecer en casa y las facilidades para el pago de los honorarios.

3. PATOLOGIA DEL RECIEN NACIDO

El 50% de las madres refirieron haber tenido alguno de los hijos con hiperbilirrubinemia neonatal siendo necesaria la hospitalización en el 38% de los casos.

El bajo peso al nacer afectó al 29% de los hijos de las entrevistadas (siendo hospitalizados el 30% de ellos) y el síndrome de dificultad respiratoria al 20% (hospitalizados el 28% por dicha causa).

Se indagó a las madres cómo identificaban una onfalitis (infección bastante común en el medio), encontrándose que sólo un 35% señala la secreción purulenta o el mal olor como "signo de alarma" y un 2% la fiebre en el recién nacido.

En el área de atención al recién nacido, se perciben grandes necesidades de educación en salud que facilite a las madres un mejor cuidado al niño dado que la patología en esta crítica etapa de la vida es bastante común en nuestro medio, terminando frecuentemente en muerte del neonato.

4. LACTANCIA MATERNA

En relación con el tema de la lactancia materna, se halló que un 92% de las madres han amamantado a su último hijo, siendo el estrato bajo-bajo el que presenta el porcentaje más alto (99.7%).

Sin embargo, un 33% de las madres suprimen la lactancia antes de los seis meses, siendo los estratos 3 (medio-bajo) y 4 (medio) los de los mayores porcentajes (distribución por estrato 26%, 29.6%, 34.3% y 44.7%). Este comportamiento podría ser explicado por la necesidad de las madres de incorporarse precozmente al mercado de trabajo, sin que hayan sido instruidas en la forma de lograr los dos objetivos en forma paralela. Este hallazgo bien puede relacionarse con los recientes datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nutricional para Bucaramanga, en el cuál se está detectando desnutrición aguda en los menores de un año no propiamente en los estratos socio-económicos más bajos, sino en los intermedios relacionado probablemente con la época del destete.

En cuanto a la ablactación, el 77% de las madres la practican entre el primero y sexto mes de vida del hijo, un 11% antes del primer mes y un 12% luego del sexto. Los caldos y sopas fueron los alimentos ofrecidos por la mayoría (50.1%) siguiendo en importancia los jugos de frutas con el 31.4%.

Es importante destacar como se ha venido modificando la práctica precoz de la ablactación; sobre ello se deberá seguir educando y proporcionando sistemas de apoyo a las madres con el propósito de tener en corto tiempo un comportamiento más acorde con las recomendaciones de los especialistas en el tema.

5. VACUNACION

Las preguntas relacionadas con el tema de las inmunizaciones fueron de las que reportaron mejores resultados reflejando el esfuerzo que el país ha hecho en este campo en los últimos años, combinando las Jornadas Nacionales de Vacunación, la vacunación permanente en centros de salud y la más grande campaña de publicidad sobre el tema, utilizando la televisión, prensa, radio, afiches, etc.

El 92% de las madres sabe exactamente el papel de las vacunas en la prevención de las enfermedades; el porcentaje de niños (menores de cinco años) vacunados

fue del 96% con BCG, 95% con antisarampionosa, el 94% con antipolio y el 93% para DPT.

6. PLANIFICACION FAMILIAR

En el caso del tema "Planificación Familiar" se encontró una situación de concordancia entre el conocimiento y la práctica; el 97% de las madres conocen los diferentes métodos de control natal y un 83% los aplican, siendo los anovulatorios orales y el dispositivo intrauterino los más utilizados (29% y 24%); ésta información coincide con un patrón de comportamiento nacional mediante el cual Colombia se ha colocado como el segundo país en América con la más baja tasa de natalidad (1.6%), resultado de dos décadas de promoción hacia la Planificación de la Familia impulsadas por PROFAMILIA y el Ministerio de Salud.

La utilización del condón es muy baja (2%), lo cual representa un serio desafío para los programas de prevención del SIDA.

7. INFECCION RESPIRATORIA AGUDA (IRA) Y ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)

Las preguntas realizadas para indagar conocimientos, actitudes y prácticas alrededor de los dos problemas que continúan causando las más altas tasas de morbi-mortalidad en la región en el grupo de menores de cinco años, arrojaron resultados muy importantes.

Tabla 5. Certeza de las madres acerca de que la EDA e IRA pueden ser causa de muerte de los niños según estrato. Bucaramanga 1989

	E-1 %	E-2 %	E-3 %	E-4 %	TOTAL %
EDA	98.8	94.9	95.7	93.6	95.7
IRA	77.0	67.8	62.4	66.3	68.2

En los dos casos, hay conciencia de que la enfermedad puede ser mortal, con mayor porcentaje para la EDA (95%) el cual llega a casi la totalidad de las madres encuestadas en el estrato bajo- bajo (98.8%) posiblemente porque ellas han vivido con mayor frecuencia la muerte de un infante a causa de diarrea. En el caso

Tabla 6. Opinión de las madres sobre gravedad del niño con cuadro clínico de IRA grave. Bucaramanga 1989

	SI %	NO %	NO SABE %
Dificultad Respiratoria	96.8	1.3	1.9
Cianosis	91.6	3.4	5.0
Tos persistente	88.8	8.9	2.3
Fiebre alta	95.4	3.4	1.2
Alterac. Conciencia	53.3	30.4	16.3

Tabla 7. Conocimiento por parte de las madres sobre signos de alarma para EDA. Bucaramanga 1989.

EDA	Nº	%
No conoce ninguno	756	37.9
Hundimiento de ojos	319	16.0
Vómito	307	15.4
Fiebre	291	14.6
Mucosas Secas	154	7.7
Llanto sin lágrimas	100	5.0
Anuria	42	2.0
Hundimiento de Fontanela	27	1.4
	1996	100

de la IRA aún no se percibe con la misma capacidad para ocasionar la muerte (68% de respuestas positivas).

Paradójicamente al hacer las preguntas dirigidas a indagar en la madre sobre las "Señales de alarma", se encontró mayor claridad en ellas, para el caso de la IRA (con aciertos entre el 53% y 97% para los diversos signos); contrariamente, en la EDA se destacó que el 38% de las entrevistadas refirieron **no saber** como identificar el agravamiento de un niño con diarrea; en ellas los aciertos para los signos de alarma fueron muy bajos: Variaron entre el 1.4% y el 16%.

En cuanto a las creencias acerca de los factores causales de las dos enfermedades, se encontró más cercanía con el conocimiento científico; en el caso de la IRA en orden de importancia fueron mencionados: Los cambios bruscos de temperatura ambiental (41.8%), el contagio de otras personas enfermas (11%), la contaminación ambiental (9.9%), deficientes condiciones nutricionales

(5.4%). En relación con la EDA se mencionó: Alimentos en mal estado o contaminados (42.6%), manos sucias (16.6%), agua contaminada (10%).

La última pregunta de esta serie estaba orientada hacia la identificación de la práctica, frente a la ocurrencia de las dos enfermedades; en ambos casos se puso de relieve la automedicación y el uso de "remedios caseros", siendo para el caso de la IRA el 66% de las respuestas. Sólo un 16% de las madres refirieron haber conducido al niño a una institución de salud.

En el caso de la EDA, a pesar de que también se utilizan los remedios caseros y se automedican, un 39% refiere utilizar sales hidratantes orales o "suero oral" y lleva al niño a una institución de salud en el 76% de los casos.

Las mayores tasas de mortalidad infantil por IRA probablemente son resultado de la actitud excesivamente confiada de las madres para manejar el problema del niño; de otra parte, a pesar de que saben cuales son los signos de alarma no los aplican constantemente y dejan agravar el proceso patológico respiratorio del niño hasta estadios que les pueden llevar a la muerte.

Estos son dos problemas en los que se requiere especial énfasis en las acciones educativas.

8. CANCER

La investigación en este campo se inició preguntando si se tenían conocimientos acerca de la existencia del cáncer de cérvix; el 95% de la madres dio una respuesta afirmativa. Al indagar sobre el conocimiento de la citología como medio para identificar precozmente un

Tabla 8. Edad de la Madre al realizarse Primera Citología Cervicouterina. Bucaramanga 1989.

	No.	%
20 años o menores	336	28.2
21 a 24 años	267	22.4
25 a 29 años	304	25.5
30 años y más	181	15.3
No recuerda	103	8.6
TOTAL	1191	100

posible cáncer de cérvix, el resultado fue igualmente elevado (96.3%). Sin embargo, al pasar a la pregunta de "Se ha tomado alguna vez este exámen?", el porcentaje disminuyó a 82.4%.

El comportamiento observado es aceptable; antes de los 25 años la mitad de las entrevistadas (50.6%) se tomó su primera citología y el 76.1% lo había hecho antes de los 30. Al respecto es importante recordar que éste no es el comportamiento de la población general de mujeres pues aquí solo están representadas las madres de familia.

Tabla 9. Periodicidad en la toma de la citología en las madres encuestadas según estratos. Bucaramanga 1989.

	E-1 %	E-2 %	E-3 %	E-4 %	TOTAL %
1 vez al año	37.0	40.1	41.8	47.5	41.8
2 veces al año	11.5	16.9	17.0	19.1	16.2
Ocasionalmente	27.8	23.5	25.3	21.5	24.4
Nunca	23.9	19.5	15.9	11.9	17.6

Indirectamente se podría plantear que los Servicios de Salud han hecho una buena labor al promover la toma de citología entre las madres que utilizan sus programas.

La tabla anterior presenta algunos datos que alarman y que se relacionan muy seguramente con las detecciones tardías de cánceres invasores y las muertes precoces por dicha causa; una cuarta parte de las madres encuestadas (24.4%) refirió la toma de la citología en forma "ocasional" y un 17.6% reportó nunca haberse practicado el examen. (En forma global juntos representan el 42% de las mujeres que ya han sido madres, y por estratos se ven más afectadas las de mayor riesgo socio-económico, el 1 y el 2). En el extremo contrario se detectó un 16.2% de madres que realizan la toma de la citología dos veces por año.

Con las mujeres que mostraron un comportamiento no deseado respecto a la toma de la citología, se indagó acerca de las causas para no realizar dicho examen. Las tres más importantes respuestas indicaron: temor ante el procedimiento (20%); no lo consideraron necesario (17%); sintió vergüenza para hacerlo (15%). En general en éste campo hay mucho por hacer en términos de educación.

Indagando por los conocimientos y prácticas relacionadas con la identificación del cáncer de seno, se encontró que la gran mayoría (92%) conoce la existencia de esta patología; el 60.4% sabe que es el autoexamen de mama pero sólo el 42% se lo ha practicado alguna vez. Llama la atención el hecho de que a pesar de "conocer" acerca del problema y cómo poder identificarlo precozmente, la mitad de las mujeres mantienen una actitud pasiva frente al propio cuidado de su salud en este aspecto.

En relación con la pregunta sobre la conducta a seguir en caso de detectarse una masa en el seno, casi la totalidad (96.5%) indicó que consultaría con una institución de salud. Aquí se podría deducir que las madres perciben claramente el potencial de daño de un posible cáncer, por lo cual no se recurre ni a la automedicación ni a la medicina tradicional (remedios caseros) para manejar el problema, como si se vio en otros casos, particularmente en las enfermedades agudas de los niños. Nuevamente las prácticas frente a la enfermedad son adecuadas en tanto que se falla en las del autocuidado para prevenir problemas.

9. ACCIDENTES

Dado que las lesiones por accidentes en el grupo de 15 a 44 años vienen ocupando desde 1984 la segunda causa de egreso hospitalario en nuestro Hospital Universitario (único de su categoría en todo el oriente del país), con un porcentaje promedio para los cuatro últimos años de 11.6% sobre el total de egresos - año y que las muertes por accidentes, según los últimos datos de mortalidad en el Departamento de Santander (1986) para el mismo grupo etáreo, ocasionaron el 68.7% del total de defunciones, se indagó respecto a estos problemas, señalando como período de estudio las dos semanas anteriores a la encuesta.

En el 28% de las familias se presentó algún caso de accidentes, siendo el domicilio el lugar donde ocurrieron la mitad de estos (49%) y la calle el lugar de ocurrencia del 38%. La escuela y el sitio de trabajo exhibieron porcentajes más bajos (el 7.5% y 5.4%).

Al preguntar las causas atribuidas al accidente se encontró que el 73% de las madres lo catalogaron como un descuido, imprevisión o imprudencia, y un 13.4% como una fatalidad.

La mitad de las lesiones producidas por los accidentes (48.4%) fueron atendidas en el hogar con "remedios caseros", lo cual haría pensar que se trató de procesos

leves que las familias manejaron internamente; casi la otra mitad 44.2%, demandó atención de una institución de salud reportándose sólo un caso de rechazo a la solicitud de atención de emergencia; el resto (7.2%) consultó al "sobandero".

Nuevamente se detecta que no es suficiente el conocer acerca de la génesis de los problemas; mientras no existan actitudes y prácticas preventivas en las familias, la problemática seguirá teniendo muy posiblemente la misma magnitud en todos los casos analizados.

CONCLUSIONES

1. El conocimiento que las familias tienen acerca de los diferentes problemas de salud que las afectan con mayor frecuencia, se puede catalogar en términos generales como adecuado. Ello plantea la necesidad de reenfocar los procesos educativos hacia otras áreas (los comportamientos, prácticas y actitudes), pues la mayoría de las acciones educativas dirigidas a la comunidad se han venido haciendo en forma equivocada, hacia el área del conocimiento. Esta puede ser una de las razones por las cuales la educación en salud no ha tenido impacto en la mejora del estado de salud de la población. Sin embargo, si se evaluara la cantidad de recursos que se han venido invirtiendo en actividades educativas en la comunidad, estaríamos ante cifras millonarias que se han desperdiciado por no haber partido de un punto básico: el conocimiento socio-cultural de los grupos a los cuales se pretende educar.
2. La actitud y las prácticas de promoción de la Salud y prevención de las enfermedades en el contexto familiar, no tienen aún la magnitud deseable como para hacer impacto y modificar positivamente el nivel de salud. Esto es reflejo del modelo de prestación de servicios esencialmente curativo que ha caracterizado al sector; la comunidad ha internalizado este tipo de enfoque y sólo se moviliza cuando ya la enfermedad ha hecho su aparición.
3. Para que se logren cambios en los estilos de vida, el proceso educativo debe involucrar activamente a las personas objeto del mismo, movilizándolo sentimientos y motivaciones. De otra parte debe haber estimulación plurisensorial en los mensajes, periodicidad en los refuerzos, variaciones en la forma de presentación de los contenidos educativos y actividades prácticas siempre que sea necesario.

Deben ser erradicadas las actividades educativas puntuales pues su eficiencia, eficacia y efectividad son muy bajas como se puede deducir cualitativamente de los resultados de esta investigación.

4. Es imperativo para el país modificar los modelos de prestación de servicios en tal forma que se logre el equilibrio entre las acciones preventivas, de curación y de rehabilitación, de acuerdo con las necesidades locales de salud.

SUMMARY

Niño B., Lucila et al. "Knowledge, attitudes and practice concerning health"

In Bucaramanga, Colombia, between September 1988 and March 1989, a descriptive investigation was carried out with 1447 families belonging to the four lowest socioeconomic strata of the city, according to the DANE (National Administrative Statistics Department) classification, with the objective of identifying the people's knowledge about the principal health problems present in the region, and also, their practices and attitudes about protecting the health and confronting pathological processes in some member of the nuclear family.

The information was collected on a survey - type form composed of 48 questions and applied directly in the homes of the families included in the sample, through interviews with the mother.

The topics dealt with in the survey were related with the injuries or problems which have come to occupy the primary places as cause of illness or death in the different age groups, in the municipality of Bucaramanga during the last decade.

The results of the investigation permitted the verification of aspects such as:

- Popular knowledge about the principal problems analyzed (what it is, how it is produced, what happens to the sick person) could be categorized as adequate.

- The practices concerning health are evaluated as inadequate; the families mobilize themselves only in the presence of illness (a reflection of the traditional model of the health services?), and there is a great lack of preventive - type attitudes and behavior.

- "Knowledge" doesn't generate actions in favor of the promotion and maintenance of health.

Based on these findings it was concluded that in order to produce changes in behavior and attitudes, health education

must be offered as an extended process over time, oriented toward mobilizing feelings, motivations, and actively involving the people in it.

REFERENCIAS

1. Redersen, D. Bibeau, G. Puentes, C. Programa Regional de apoyo al desarrollo de la Salud Materno Infantil OPS/OMS, Kellogg. Estilos de la vida y salud (documento de trabajo) Washington, 1985.
2. EISENBERG, L. Barriers to Care. Canadian J. Psychiatry. 29 (2), 1984.
3. OPS/OMS, KELLOGG, Grupo de trabajo sobre estilos de vida y sistemas culturales. Santiago de Chile, 1986.
4. OPS/OMS, Participación de la Comunidad en Salud y el Desarrollo en las Américas. Análisis de estudios de casos. Publicación científica No. 473, Washington, 1984.
5. FOSTER, George. Las Culturas tradicionales y los cambios técnicos. Fondo de Cultura económica, México, 1980.
6. OMS. Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional. Informe No. 622. Ginebra, 1978.
7. KROEGER, A. y F. Barbira-Freedman. Cambio Cultural y Salud. Ed. Abya-yala, Quito, 1984.
8. ESTRELLA, Eduardo. La práctica Médica aborígen de la Sierra Ecuatoriana. Ed. Epoca, Quito 1978.
9. ACUÑA, Héctor. Salud y Desarrollo en América Latina. Foro Mundial de la Salud. 2 (4): 536-538. Ginebra, 1981.
10. BANNERMAN, R.H. La Medicina Tradicional en la Moderna Atención de Salud. Foro mundial de la Salud. 3 (1): 172-176. Ginebra, 1982.
11. ROMERO, M. María Eugenia. Estudio etnográfico de las prácticas de alimentación infantil en Bogotá, Colombia. FEI. U. Javeriana, 1983.
12. FALS, O. et al. Investigación Acción participativa en Colombia. Foro Nacional por Colombia. Punta de lanza. Bogotá, 1986.
13. AVILA de HAILS, Patricia. El Papel que juega la Educación nutricional en el cambio de comportamiento. IV Congreso Colombiano de Nutrición y Dietética. Bucaramanga, 1987.
14. GALEWSKY, R. Actitudes y comportamientos de una Comunidad Urbana frente a la Salud. Dpto de Medicina Social. U. del Valle. Cali, 1973.