



EL SABER DE MIS HIJOS  
HARÁ MI GRANDEZA

# UNIVERSIDAD DE SONORA

## DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES

### DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

**Factores psicosociales involucrados en la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas en madres yaquis.**

TESIS

Que para obtener el Título de

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

Presenta:

*Guadalupe Valenzuela Avendaño*

**M.C. Jesús Francisco Laborín Álvarez**  
Director de Tesis

**Dr. Miriam Teresa Domínguez Guedea**  
**M.C. Luis Fuentes Navarro**  
**M.C. Jesús Ernesto Valenzuela Medina**  
Comité Revisor

Hermosillo, Sonora

Agosto de 2006

# Repositorio Institucional UNISON



“El saber de mis hijos  
hará mi grandeza”



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess


Hermosillo, Sonora a 31 de julio de 2006

C. DOCTORA BLANCA A. VALENZUELA  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE  
PSICOLOGÍA Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN  
UNIVERSIDAD DE SONORA  
Presente.

Por medio de la presente la Comisión Dictaminadora del trabajo de la pasante Guadalupe Valenzuela Avendaño intitulado "**Factores psicosociales involucrados en la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas en madres Yaquis**" informa, que después de una revisión minuciosa del mismo concluimos que cumple con los criterios de decoro académico para un trabajo de Tesis. Por lo que solicitamos de la manera más atenta, efectúe los trámites correspondientes para fijar la fecha y lugar en que deberá realizarse el examen profesional para obtener el grado de Licenciatura.

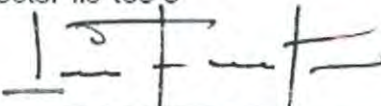
Sin más por el momento, no sin antes agradecerles de antemano la atención prestada, quedamos a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE



---

M.C. Jesús Francisco Laborín Álvarez  
Director de tesis




---

M. C. Luis Fuentes Navarro  
Dictaminador propietario



---

Dra. Miriam Teresa Domínguez Guedea  
Dictaminador propietario



---

M. C. Jesús Ernesto Valenzuela Medina  
Dictaminador suplente

*Tú eres mi Señor y mi Dios  
mi gozo se encuentra sólo en ti,  
tú eres mi único bien  
no hay nada fuera de ti.*

*Tú eres la roca que me salva  
mi alcázar de refugio hallo en ti,  
tú eres la parte de mi herencia  
mi alma descansa sólo en ti.*

*Doy Gracias a Dios que me alimenta  
de día me lleva por sus sendas,  
de noche me instruye en sus caminos  
mis pasos a su vista siempre están.*

*Muchas Gracias mi Dios porque  
sin tú amor, comprensión y ayuda,  
no habría podido realizar esta tesis.*



## AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

Quiero agradecer a la Universidad de Sonora, por formarme como una profesional de la psicología, al Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A. C., por prestarme sus instalaciones durante mi estancia como tesista.

Gracias a mi director de tesis M. C. Jesús Francisco Laborín Álvarez, por todo su apoyo y comprensión durante esta etapa de mi vida, a mis asesores de la universidad Dra. Miriam Domínguez, M. C. Ernesto Valenzuela, M. C. Luis Fuentes, por sus atinados consejos cuando algo estadístico no salía; agradezco también al Dr. José Ángel Vera Noriega, porque aunque no fue revisor me ayudó enormemente.

También quiero agradecer a mis compañeros, amigos y hermanitos de Desarrollo, tanto tesistas como maestrantes, Jesús Tánori, Alberto, Blanca, Miguel Ángel, Rosita, Martín, Miguel Enrique, Manuel, Fernando, Erick, Marta Peña, Francisco, Claudia, Nohemi, Cesia, Enriqueta, Lupita, Mario, Juliana, Hugo, Jesús Robles y José, por compartir su conocimiento conmigo, por brindarme su amistad y hacer mi estancia en CIAD más agradable y sobre todo, por darme su apoyo durante mis *Lapsus Brutus Suatos*.

Al personal que labora en CIAD, por ayudarme cuando lo necesité, especialmente al personal del Taller de Cómputo (Luis Leyva, Adalberto Murrieta, Martín Peralta y José Luis Aguilar), al personal de Biblioteca (Gerardo Reyna y Luis Conde) y a la persona encargada de sacar copias (Héctor Cota).

A mis amigos Los Solitos, por brindarme su amistad y por aguantarme: Pancho, Carlos, Mortal, Piter, Juan Carlos, Davidcito, Wero, Carlos, Nohemi, Dario, Jorge, Mirna, Atziri y los Residents, por aceptarme y permitir que sea su amiga durante tanto tiempo.

A los chicos del coro, David, Miguel, Rigo, Reyes, Chavo, Vilchis, Sonia, Marta, Carmen, Azucena, Bladi, Adriana, Lucy, Javier, Belén, Marina, Loli, Werito, Paty, Betzy, Handy, Rafa y Gaspar.

A mis amigas por ser mis psicólogas y darme sus consejos: Sara, Mary, Miros, Vicky y Judith.

Por último, dedico esta tesis a mi enorme y loca familia por su apoyo, comprensión y ejemplo, en especial a mi hermano Juan Pablo, a mi hermana Gilda y sus Flaquitas (karinita y Fernandita) y a mis hermanos adoptivos Mario, Lupito y Aaron.

A mis amados padres por darme una vida llena de amor, por todos los sacrificios que tuvieron que hacer para que yo estuviera aquí, por su apoyo, por jalarme las orejas cuando lo necesitaba y por su ejemplo de fortaleza, honradez y perseverancia.... mil gracias.

Muchas gracias a todos por estar conmigo en los momentos felices y difíciles, los quiero mucho, y espero dejar una huellita aunque sea chiquitita en su enorme corazón.

*Muchas Gracias  
Lupita... yo!*



## PRÓLOGO

En ciertos países, y principalmente en los países en desarrollo, las enfermedades diarreicas continúan siendo la principal causa de defunción entre niños de 1 a 4 años, contiguo a las infecciones respiratorias (Carrada, 2003).

La distribución y la frecuencia de los cuadros diarreicos, así como su impacto en la salud y su gravedad, se encuentran relacionados con factores de diversa índole, entre los cuales se encuentran: a) el nivel de escolaridad y la cultura de la comunidad, principalmente de las madres de familia, agentes primarios de la salud; b) el estado nutricional, especialmente de los niños menores de cinco años, ya que son un grupo muy vulnerable a estas enfermedades; c) el saneamiento básico, fundamentalmente la eliminación de desechos, el suministro de agua, y la limpieza de los alimentos, debido a los mecanismos de transmisión de la enfermedad diarreica y a su naturaleza; d) el acceso y la calidad de los servicios de salud (Gutiérrez, 1994).

No obstante, a los factores socioeconómicos relacionados con las enfermedades, también se pueden observar factores psicosociales que influyen en la prevención y tratamiento de cualquier padecimiento, entre los que se encuentran los valores, las actitudes y las creencias de la población en la que se habita. Observándose así, que en cada comunidad existen distintas formas de prevenir y tratar las enfermedades (Carbonell, 2002). Por ello, es de suma importancia, estudiar los factores psicosociales en las agrupaciones rurales, ya que son las comunidades que por sus condiciones se hallan en un mayor riesgo de contraer enfermedades diarreicas (Reyes, Guiscafré, Sarti, Montoya, Tapia y Gutiérrez; 1996).

Una de las regiones rurales más importantes del Estado de Sonora y que se encuentra en las condiciones propicias para que la enfermedad se presente, son las comunidades Yaquis. Algunas de estas condiciones son: la escasez de agua, la falta de higiene en las calles y alrededor de la casa, el defecar al aire libre, los corrales para los animales cerca de la casa, el aseo personal deficiente, el tipo de alimentación, las creencias en salud mágico-religiosas, entre otras.

A pesar de que en el campo de las enfermedades diarreicas se han realizado una gran cantidad de estudios referentes a los factores sociales involucrados, en lo

referente al plano individual, se observa un gran vacío en la investigación; así como, el trabajo con grupos étnicos locales, por lo que se hace necesario estudiarlos.

En la psicología, existen distintas teorías que tratan de explicar la forma en la que se involucran tanto los factores psicológicos como los no psicológicos en el proceso de salud-enfermedad. Entre estos supuestos teóricos se encuentran el modelo de creencias en salud de Rosenstock, Hochbaum y Leventhal (Rosenstock, 1974; Becker, 1974; en Álvarez, 2002), el modelo de los sistemas autorregulatorios de Levanthal (1980; en Álvarez, 2002), la teoría de la conducta planeada de Ajzen (1988; en Laborín, Vera y Durazo, 2003) y la teoría de acción razonada de Fishbein y Ajzen (1975).

Una de las teorías más empleadas en el campo de la psicología social, es el modelo de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975) el cual supone que las intenciones conductuales se encuentran gobernadas por las actitudes que las personas tengan con respecto a la enfermedad y por las normas subjetivas, y estas a su vez están regidas por las creencias conductuales y creencias normativas.

Debido a que esta teoría casi no ha sido utilizada en las comunidades indígenas y a su alto valor predictivo de la conducta de salud, se considera importante comprobarla en este tipo de poblaciones, y específicamente en la comunidad yaqui.

Para esto se llevó a cabo el presente trabajo de tesis, en donde la principal finalidad es analizar la relación existente entre los factores de la teoría de acción razonada en la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas en madres Yaquis, la cual, se desarrolla en seis capítulos.

El primer capítulo, aborda el estudio de las enfermedades diarreicas y las condiciones tanto socioeconómicas como culturales actuales de las comunidades Yaquis.

En el capítulo dos, se presenta el planteamiento del problema, así como los objetivos que guían la investigación y la hipótesis a comprobar.

El tercer capítulo expone las distintas teorías formuladas para explicar el porqué de las conductas saludables.

En el cuarto capítulo, se describen las características de la población estudiada, el tipo de estudio, los instrumentos aplicados, procedimiento y secuencia de análisis estadísticos.

El quinto capítulo presenta en forma de tablas y figuras los resultados obtenidos en los distintos análisis estadísticos. Finalmente, el capítulo seis, se muestran las discusiones y conclusiones, así como los alcances y limitaciones encontradas en la realización del proyecto.



## ÍNDICE GENERAL

Prólogo.....	iv
Índice General.....	vii
Lista de Tablas.....	x
Lista de Figuras.....	xi
Resumen.....	xii
1. Antecedentes.....	1
2. Planteamiento del Problema.....	10
3. Marco Teórico	
3.1 Modelo de Creencias en Salud.....	14
3.2 Modelo de los Sistemas Autorregulatorios.....	18
3.3 Teoría de la Conducta Planeada.....	23
3.4 Teoría de Acción Razonada.....	25
3.4.1 Aplicación de la Teoría.....	31
4. Metodología	
4.1 Población del estudio.....	38
4.1.1 Ubicación Geográfica de las comunidades Yaquis.....	38
4.1.2 Características de la Población.....	38
4.2 Tipo de Estudio.....	45
4.3 Escenario.....	46
4.4 Medidas para la población.....	46

4.4.1 Datos de Identificación.....	47
4.4.2 Recordatorio de 72 horas.....	47
4.4.3 Inventario de Conocimiento.....	48
4.4.4 Inventario de Creencias Conductuales.....	48
4.4.5 Inventario de Creencias Normativas.....	49
4.4.6 Escala de Actitudes.....	49
4.4.7 Inventario de Motivación.....	51
4.4.8 Inventario de Intenciones.....	51
4.5 Procedimiento.....	52
4.6 Secuencia de análisis estadísticos.....	52
5. Resultados	
5.1 Análisis Descriptivos.....	54
5.2 Prueba t para Muestras Independientes.....	63
5.3 Valores de Correlación de Pearson.....	65
5.4 Valores de Regresión Lineal.....	65
6. Discusión y Conclusión.....	68
Referencias.....	78
Anexos	
1. Ubicación geográfica de las comunidades yaquis.....	86
2. Datos de Identificación y observación directa en el hogar.....	87
3. Recordatorio de 72 horas.....	89

4. Escala de Actitudes.....	91
5. Inventario de conocimiento.....	94
6. Inventario de Creencias conductuales.....	96
7. Inventario de Creencias Normativas.....	97
8. Inventario de Intenciones.....	98
9. Inventario de Motivación por complacer.....	99

## LISTA DE TABLAS

Tabla	Pág.
1. Comunidad de Residencia de las madres evaluadas.....	39
2. Edad de las madres evaluadas.....	39
3. Lugar de nacimiento de las madres evaluadas.....	40
4. Escolaridad de las madres evaluadas.....	40
5. Estado civil de las madres evaluadas.....	41
6. Ocupación de las madres evaluadas.....	41
7. Escolaridad del padre del niño.....	42
8. Ocupación del padre del niño.....	42
9. Sexo del niño.....	43
10. Edad en meses del niño.....	43
11. Lugar de nacimiento del abuelo.....	44
12. Lugar de nacimiento de la abuela.....	45
13. Valores descriptivos.....	54
14. Tabla de frecuencia para el inventario de conocimiento.....	56
15. Tabla de calificaciones obtenidas en el inventario de conocimiento.....	57
16. Media y desviación estándar para creencias conductuales.....	58
17. Media y desviación estándar para creencias normativas.....	60
18. Media y desviación estándar para actitudes.....	61
19. Media y desviación estándar para motivación por complacer.....	62
20. Media y desviación estándar para intenciones.....	63
21. Valores de t por grupo de conocimiento.....	64
22. Valores de intercorrelación de Pearson.....	65
23. Valores de Regresión Lineal.....	66

**LISTA DE FIGURAS**

	Figura	Pág.
1.	Modelo de Creencias en Salud.....	15
2.	Modelo de los Sistemas Autorregulatorios.....	19
3.	Teoría de la Conducta Planeada.....	24
4.	Teoría de la Acción Razonada.....	27
5.	Modelo de regresión lineal para los factores de la Teoría de Acción Razonada.....	67



## RESUMEN

El objetivo de la investigación fue el analizar la relación existente entre los factores de la teoría de acción razonada en la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas en madres de la etnia Yaqui. A través de un diseño no experimental de tipo transversal correlacional y por medio de un muestreo no probabilístico se seleccionaron un total de 209 familias con al menos un hijo menor de seis años. Entre los resultados destaca: el nivel de conocimiento de las madres poseen es medio con respecto a las causas, síntomas y cuidados durante los episodios diarreicos; existe una correlación de baja a moderada entre los factores del modelo de acción razonada; el análisis de regresión muestra a las actitudes, creencia conductual y creencia normativa como aquellos factores que mayormente predicen la intención de las madres en realizar prácticas de cuidado positivas en la prevención y tratamiento de enfermedades diarreicas. Finalmente, se sugiere incorporar aspectos culturales e idiosincráticos del grupo étnico.

## ANTECEDENTES

Los cuadros diarreicos son un grave problema de salud en varios países, y especialmente en niños, en los que existe una alta tasa de morbilidad y mortalidad.

De acuerdo con la Secretaria de Salud-SSA (2005), en los últimos cinco años, en México las enfermedades que producen cuadros diarreicos se encuentran en el segundo sitio, provocando esto un aumento en la demanda de atención en los servicios de salud, y consecuentemente, ocupando una buena proporción del personal de enfermeras, médicos y otros miembros del equipo de salud.

Según Guiraldes, Larraín y Harris (1996), un niño en los tres primeros años de vida presentará entre uno y tres cuadros diarreicos al año, aumentando la cifra a diez episodios en las comunidades en extrema pobreza.

Las enfermedades diarreicas, pueden ser definidas como un aumento en la frecuencia de deyecciones líquidas o semilíquidas, en comparación con el patrón normal de cada persona (Lanata y Black, 1988).

Los cuadros diarreicos más comunes en los países y comunidades pobres son de origen infeccioso (virus, bacterias o parásitos), resultando aún más común y peligroso en los niños pequeños, ya que su cuerpo no se ha desarrollado completamente y no poseen las defensas suficientes para combatir eficazmente estas infecciones (Silva, 2005).

Se reconoce, que las enfermedades diarreicas por su complejidad explicativa, corresponden a un fenómeno multifactorial y multideterminado, donde es necesario identificar el peso específico que guarda cada uno de sus factores.

Atkín, Supervielle, Cantón y Sawyer (1987), clasifican los factores que influyen en el brote de los cuadros diarreicos, en cuatro grupos: el primero, se refiere a todos los factores relacionados con el niño; el segundo, tiene que ver con los factores concernientes a la madre; el tercer grupo, corresponde a los agentes relacionados con la familia; y por último las causas referentes a la comunidad donde el niño habita.

Entre los factores vinculados directamente con el niño se encuentran el bajo peso al nacer, la ausencia de lactancia materna y el destete precoz. Entre las causas relacionadas con la madre se encuentran el estado de nutrición y salud deficiente, la edad de la madre, la baja escolaridad y las dificultades psicológicas (op. cit.).

Dentro de los factores de riesgo asociados con la familia podemos encontrar a los recursos económicos insuficientes, la vivienda inadecuada y los factores socioculturales negativos. En los agentes relacionados con la comunidad se encuentran el aislamiento, las condiciones ecológicas adversas, el suministro inadecuado de agua y la falta de saneamiento (Atkin, et. al., 1987).

Reyes, et. al. (1996) mencionan, que la ruralidad puede considerarse favorable para que las enfermedades diarreicas se presenten por distintos factores, entre los que destacan el acceso difícil a los servicios de salud, las precarias condiciones de vida y la baja escolaridad.

Una de las regiones rurales de gran importancia en el Estado de Sonora, y que se encuentra en las condiciones tanto socioeconómicas como culturales propicias para que las enfermedades diarreicas se desarrollen -en algunas agrupaciones vulnerables, como los niños-, son los grupos Yaquis.

Una de estas condiciones es el clima de la zona, debido a que es semidesértico y extremo, observándose temperaturas de hasta 50° C en el verano, mientras que en



invierno llega a bajar hasta 3.2°C. Las lluvias son escasas, presentándose esporádicamente en invierno y verano (CDI, 2004-2005).

Además, entre las tribus Yaquis se puede observar una falta de higiene dominante. En la casa del mestizo, del indígena y del criollo, se pueden percibir aspectos penosos de suciedad, desorden y construcción. Sin poderse explicar uno cómo es que puede existir en estas inadecuadas condiciones sus habitantes y particularmente los niños.

Ochoa (1990) realizó un estudio médico-social de las comunidades Yaquis, donde observó las condiciones sanitarias y de salud en las que se encuentran inmersos estos grupos. Indicando que los indígenas yaqui continúan defecando al aire libre; el agua que se consume en esta comunidad, tanto para la preparación de los alimentos como para bebida, es almacenada y manejada sin las debidas precauciones que impidan su contaminación por las heces humanas y animales.

También menciona, que en las comunidades Yaquis se utiliza el agua de sus canales de riego para uso doméstico, debido principalmente a la falta de agua entubada, y a que el agua de pozo contiene una gran cantidad de sales, dándole un mal sabor. Siendo esto un gran problema de salud, ya que además de agentes infecciosos, el agua de riego contiene una cantidad regular de materia orgánica.

Afirmando así, que el uso doméstico del agua de los canales de riego, se encuentra estrechamente relacionado con los patrones culturales del indígena, ya que tienen la creencia de que el agua no les puede originar ningún daño, por ser uno de los elementos que Dios les manda del cielo para conservar su salud. Observándose inclusive, que los parientes le llevan a sus enfermos hospitalizados agua de los canales o del río, debido a que éstos rechazan beber agua del hospital, que es de pozo.

En el aseo personal también observó deficiencias, ocasionadas principalmente por la insuficiencia de medios para tener agua cerca de las casas, y a las restricciones culturales como por ejemplo, para los enfermos y las puérperas, el baño con agua helada representa un “desarreglo”; aunado a esto, en las comunidades no se cuenta con los medios suficientes para tener agua tibia, ya que la leña de mezquite y otros árboles, que es el combustible utilizado, es más caro y escaso cada día.

En lo tocante a la vivienda yaqui, Ochoa menciona que, a pesar de contar la casa con 3 divisiones (enramada o portal, cocina y recámara), durante el invierno se hacían en una sola habitación, junto con los animales domésticos que son huéspedes de enfermedades. Asimismo, las paredes, los pisos de tierra y los techos, son utilizados como madrigueras para chinches, pulgas, alacranes, garrapatas, y otros bichos que constituyen un peligro para la salud.

No obstante, a que la casa es barrida continuamente, en las veredas, calles y alrededores, se advierten desechos en descomposición y basureros que forman criaderos y fuentes de propagación de roedores, moscas y otros vectores de enfermedad, siendo frecuente la contaminación de los alimentos por parásitos que pueden causar malestares.

Dentro de los factores culturales que afectan a la población, Ochoa señala la creencia de que las enfermedades son enviadas por Dios como castigo a la desobediencia de las normas culturales, y la idea de que el curandero de la comunidad es quién debe realizar el diagnóstico y tratamiento del enfermo, evitando en la mayoría de las ocasiones asistir con un médico institucionalizado.



Del mismo modo, se puede observar un aislamiento del grupo tanto en cuestiones sociales como de salud, debido principalmente a la situación política y cultural en las que se encuentran estas comunidades, dificultando así el acceso a estas.

Con la investigación realizada por Ochoa, se deja ver, que los pobladores de las comunidades indígenas Yaquis, poseen una mayor probabilidad de adquirir una enfermedad infecciosa, principalmente un cuadro diarreico, debido esencialmente a la falta de higiene tanto del hogar como de los alimentos y del agua que se consume.

Por lo que, se hace necesario conceptualizar a la salud en estas comunidades, como el desarrollo del individuo dentro de la comunidad donde confluyen diferentes variables de tipo social, económicas, políticas, culturales y psicológicas en distintos niveles de participación, lo que pondera el papel de la evaluación de los factores psicosociales en este tema (Sosa, 2003).

Por otro lado, en México y en el resto del mundo, se han realizado una serie de investigaciones relacionadas con los cuadros diarreicos, donde se explica la influencia que tienen los factores de riesgo, presentes en la comunidad del niño, sobre la aparición de las enfermedades diarreicas.

Una de estas investigaciones es la realizada por Vázquez y Shamah (1996) en la que realizaron un estudio transversal en el estado de Chiapas, con la finalidad de conocer las diferencias existentes entre comunidades de distintos estratos socioeconómicos con relación a la conceptualización y tratamiento de la diarrea, así como si existe una asociación entre el tipo de comunidad y la tendencia de la mujer hacia la medicina empírica tradicional o moderna. Concluyendo que las características sanitarias y socioeconómicas de la comunidad se encuentran estrechamente relacionadas con la preferencia de las madres hacia la medicina tradicional o moderna.

Otra de estas investigaciones, es la realizada por Reyes, et. al. (1996) donde analizaron las variaciones urbano-rurales en la atención recibida en el hogar del niño menor de 5 años de edad con enfermedad diarreica. Encontrando que en la zona rural se administra té con mayor frecuencia. En las comunidades urbanas, el mejor nivel económico y la influencia de los mensajes comerciales pueden haber incrementado el uso de líquidos no recomendados, como suero comercial y refrescos. Indicando esta investigación que existen diferencias claras entre las zonas rurales y urbanas en el manejo de las enfermedades diarreicas, influyendo en esto principalmente la cultura de la comunidad.

En 1996, Fullana, Artero, Sales, Mir y Morales, estudiaron el conocimiento y actitudes de 142 madres atendidas en un centro de salud para niños con diarrea, concluyendo que las madres que asisten a la clínica tuvieron una buena actitud hacia la prevención, aunque se observaron algunos errores en la forma de rehidratar y alimentar a los hijos cuando presentaban cuadros diarreicos.

De igual forma, Martínez, Diez y Meneses (1998) identificaron los alimentos locales que son aceptados culturalmente para nutrir a los niños que presentan diarrea aguda y probaron su impacto y aceptación sobre el peso corporal de los niños. Encontrando a las preparaciones de arroz, pollo y frutas (plátano y manzana), dentro de los alimentos brindados por las madres en la fase aguda de la enfermedad, y en la fase de convalecencia el caldo de frijol, la sopa de fideos, carne de res y tortilla. Estos autores concluyeron que las decisiones de las madres sobre el manejo del niño enfermo son parte de las prácticas culturales de la comunidad y se encuentran influidas por el consejo de los mayores, el consejo médico y la propia experiencia en el manejo de episodios similares.

Castillo, Sierra y Cantú (2000) en su investigación, establecieron la relación de la calidad y disponibilidad del agua de uso y consumo humano con la ocurrencia de diarreas en menores de cinco años. Encontrando que el factor asociado significativamente con la posibilidad de enfermar de diarrea es el nivel de cloración del agua en rangos menores de 0.50 mg/lts con un Odds Ratio de 4.14 (IC 95% 1.62-10.69) y una fracción etiológica del 75.9%. Indicando esto, que si el agua no es suministrada de modo adecuado, puede ser un factor predisponente de los cuadros diarreicos.

Alonzo y Roque (2001) en su trabajo, describieron el comportamiento de la tasa de incidencia de diarrea en niños de 1.5 a 23 meses de edad en una guardería de Mérida, Yucatán, México, y llegando a la conclusión de que la mayor tasa de incidencia de diarrea se presenta entre los niños menores de un año, siendo el grupo de menos de 6 meses de edad el más afectado.

Corral-Terrazas, Flores-Huerta, Duque-L., Turnbull y Levario-Carrillo (2002) realizaron una investigación donde identificaron los conocimientos y creencias de un grupo de médicos rurales relacionados con el manejo de alimentación durante la diarrea aguda de los menores de cinco años y contrastarlos con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Concluyendo que la información conseguida difiere de la recomendación de la OMS, especialmente con la alimentación sostenida.

Sosa (2003) diseñó y validó una escala de actitudes maternas hacia la prevención y tratamiento de enfermedades diarreicas pertenecientes a la etnia yaqui. Concluyendo que las madres de la comunidad, valoran de forma diferente, la conceptualización y cuidado de los cuadros diarreicos, en el que, la visión que tienen sobre la salud y su naturaleza es la misma que la de sus antecesores.



Gutiérrez, Villa, Mota, Cabrales y Gómez (2004), evaluaron el impacto de una intervención educativa en el conocimiento de las madres sobre el manejo de la diarrea y su aplicación en el hogar. Estos autores encontraron que la intervención educativa resultó ser efectiva debido a que, antes de la intervención las madres presentaban una falta de conocimientos sobre el manejo correcto de las enfermedades diarreicas, en cambio, al finalizar la intervención se observó un incremento del 60% de estos conocimientos.

Velásquez, García, Rodríguez, Gómez, Melo, Anaya y Torres (2004) examinaron los cambios en la prevalencia y estacionalidad de la mortalidad y morbilidad por diarrea grave y evaluaron el papel actual de la diarrea por rotavirus en niños mexicanos menores de 5 años de edad. Estos autores llegaron a la conclusión de que la mortalidad y morbilidad por diarrea grave disminuyó significativamente de 1990 a 2001; siendo una consecuencia de los programas de intervención del control de cólera desde 1991, viéndose que tuvieron un mayor impacto sobre la diarrea de la temporada primavera-verano y respuesta limitada para la diarrea de otoño-invierno, cuando es más común el rotavirus. En la actualidad la diarrea por rotavirus demanda nuevas medidas de control específico y estrategias de prevención, como por ejemplo un programa de vacunación contra el rotavirus.

Basándose en lo expuesto con anterioridad, se observa que la mayoría de las investigaciones realizadas en México, se encuentran enfocadas principalmente a los factores socioeconómicos, biológicos y epidemiológicos involucrados en las enfermedades diarreicas, más que a los factores psicológicos, siendo necesario dentro de la psicología social investigarlos.

Además, se considera importante investigar las enfermedades diarreicas en las comunidades Yaquis, debido a que muchas de las condiciones que pueden originar la aparición de un cuadro diarreico, se encuentran presentes en estas poblaciones, haciendo a sus habitantes vulnerables a contraer la enfermedad y, en un mayor grado a los niños.

Otro factor considerado de importancia en esta investigación, es el hecho de que las comunidades indígenas son muy cerradas en su forma de tratar las enfermedades, asistiendo primero con el curandero de la tribu, antes que ir al médico de una institución, pudiendo ocasionar que la enfermedad empeore.



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los cuadros diarreicos son uno de los problemas primordiales que aquejan a los niños, debido a que originan el círculo vicioso de infección/malnutrición y a que crea una importante demanda en el ámbito de los servicios de salud. No obstante, a que la mortalidad en general ha disminuido, las enfermedades diarreicas imperan como un problema de salud pública (Borrell, 2005).

Cruz (2004), menciona que a escala mundial, los padecimientos diarreicos son considerados como un muy grave problema de salud, ya que origina más de 2 millones de hospitalizaciones y 440 mil defunciones al año. Únicamente en América Latina ingresan al hospital por esta causa 75 mil niños y mueren 15 286 por año.

Agregando que cada año en México las enfermedades diarreicas causan alrededor de 2 mil muertes de niños menores de 5 años de edad, teniendo un impacto económico de grandes magnitudes tanto para las familias como para el sector salud.

Las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia y que poseen un mayor índice de peligrosidad en las enfermedades diarreicas de los niños, son la deshidratación por la pérdida exagerada de líquidos, y la malnutrición por la disminución del apetito e incremento de las necesidades de alimentación o por la costumbre de reducir el alimento en los niños con diarrea por considerarse peligroso (Lanata y Black, 1988).

La malnutrición acarrea en los niños la presencia de bajo peso, un aspecto de delgadez y debilitamiento, generándose así una mayor propensión a enfermarse de nuevo y que esta vez sea más larga y severa.

Aunado a los factores socioeconómicos relacionados con las enfermedades, como lo son el nivel de escolaridad y la cultura de la comunidad, el estado nutricional de los niños, el saneamiento básico, y el acceso y la calidad de los servicios de salud (Gutiérrez, 1994); también se pueden observar factores psicosociales, entre los que se encuentran las prácticas, creencias, valores, rituales, símbolos, ideologías, normas y elementos no racionales de la población en la que se habita (Ochoa, 1990). Observándose así, que en cada comunidad existen distintas formas de prevenir y tratar las enfermedades.

Annan (2001) señala que en las comunidades pobres se puede observar una mayor predisposición para enfermarse que en las de mejor posición económica, debido principalmente a que sus niveles de bienestar y salud son inferiores. Estos pobladores tienen un mayor contacto con las enfermedades contagiosas y menor resistencia a ellas; cuentan con menos acceso al agua no contaminada y una escasez de alimentos; los servicios de salud a los que pueden acceder son de baja calidad y no responden a sus necesidades, teniendo menor probabilidad de una recuperación total y/o morir antes que los demás.

En las comunidades Yaquis del Estado de Sonora, se pueden observar una serie de condiciones socioeconómicas y culturales que pueden influir para que se presenten las enfermedades diarreicas en la población, y específicamente en los niños.

Algunas de estas condiciones son la escasez de agua potable, teniendo que abastecerse de las aguas del río o de los canales de riego y el mal manejo y almacenamiento de ésta; continuar defecando al aire libre; la poca importancia que se le da al manejo higiénico de los alimentos y utensilios de cocina; el aseo personal deficiente; el material con que están construidas las viviendas y el hacinamiento que en

ellas existe; la falta de higiene en las calles y alrededores de la casa; y la construcción de corrales para animales cercanos a la vivienda (Mejía, 1987)

Dentro de los factores culturales que afectan a la población se encuentra la creencia de que las enfermedades son enviadas por Dios como castigo a la desobediencia de las normas culturales, y la idea de que el curandero de la comunidad es quién debe realizar el diagnóstico y tratamiento del enfermo, evitando en la mayoría de las ocasiones asistir con un médico institucionalizado. Del mismo modo, se puede observar un aislamiento del grupo tanto en cuestiones sociales como de salud, debido principalmente a la situación política y cultural en las que se encuentran estas comunidades, dificultando así el acceso a estas (Ochoa, 1990).

Si bien es cierto, en el tema de las enfermedades diarreicas se ha observado una gran cantidad de trabajos donde se trata de encontrar los factores sociales que están involucrados en este padecimiento y sus posibles consecuencias, también se ha observado un gran vacío de investigaciones en lo referente a los factores individuales presentes en la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas, tal es el caso de las creencias, actitudes e intenciones.

Con lo anterior, se deja claro la necesidad de explorar e investigar las comunidades indígenas Yaquis dentro del proceso de salud-enfermedad, por lo que el principal problema que aqueja a esta investigación es el de encontrar cuales son los factores psicosociales que se involucran en la prevención y el tratamiento de las enfermedades diarreicas en madres Yaquis.

Algunas de las interrogantes a las que se tratará de dar respuesta en esta investigación son: ¿cuál es el nivel de asociación de las creencias conductuales, creencias subjetivas, normas subjetivas, actitudes, intención y conducta (factores de la



teoría de acción razonada), en la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas?; y ¿Cuál es el grado de asociación que tienen los factores para poder influir en la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas?

El objetivo general que tiene esta investigación es el de determinar la relación existente entre los factores de la teoría de acción razonada en la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas en madres Yaquis, del cual se desprenden los siguientes objetivos específicos:

- \* Determinar cuál es el nivel de asociación de los factores de la Teoría de Acción Razonada en la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas en madres Yaquis.
- \* Encontrar cuál es el factor de la Teoría de Acción Razonada que predice en un mayor grado la conducta de prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas.

La hipótesis a comprobar propone que son los factores individuales los que influyen en un mayor grado sobre la ejecución de la conducta de prevención y tratamiento de las diarreas en madres Yaquis en comparación con los factores sociales.

## MARCO TEÓRICO

Existen numerosas contribuciones teórico-conceptuales planteadas en las áreas comportamentales y psicosociales, originadas especialmente para investigar e intervenir en el cambio de las conductas de salud (Cabrera, Tascón y Lucumí, 2001).

Entre estos supuestos teóricos se encuentran el modelo de creencias en salud de Rosenstock, Hochbaum y Leventhal (Rosenstock, 1974; Becker, 1974; en Álvarez, 2002), el modelo de los sistemas autorregulatorios de Levanthal (1980; en Álvarez, 2002), la teoría de la conducta planeada de Ajzen (1988; en Laborín, Vera y Durazo, 2003) y la teoría de acción razonada de Fishbein y Ajzen (1975).

### **3.1 Modelo de Creencias en Salud.**

Durante el transcurso de los años 50's, cuatro psicólogos sociales del servicio de Salud Pública en Estados Unidos Irwin Rosenstock, Godfrey Hochbaum, Hugh Leventhal y Stephen Kegeles, hicieron la propuesta original del Modelo de Creencias en Salud (Green, 1974; en Cabrera, et. al., 2001).

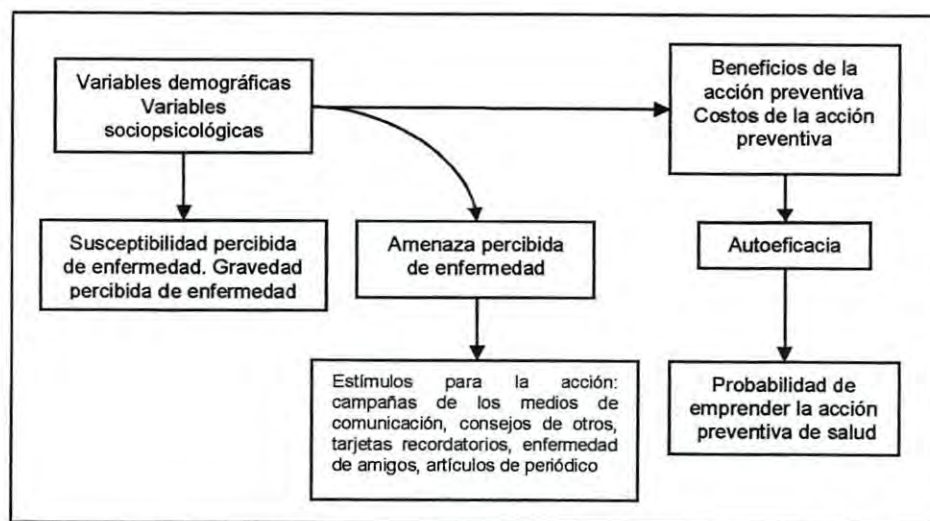
Este modelo fue uno de los precursores que aplicó la teoría de las ciencias de la conducta a los problemas de salud, enfocándose primordialmente, en incrementar el uso de los servicios preventivos disponibles en esos años, como inmunizaciones, como vacunas contra la gripe y radiografías de tórax para detectar la tuberculosis (Córdova, 2003).

*“Fue propuesto para explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, considerado éste como el resultado de una función interactiva de ciertas creencias que las personas tienen (Green, 1974). Más tarde su aplicación se extendió a las*



respuestas de las personas a los síntomas y a su comportamiento en respuesta a enfermedades diagnosticadas, con énfasis en la adhesión a tratamientos médicos (Becker, 1974)” (Cabrera, et. al., 2001: 5).

Según Córdova (2003), “el modelo de creencias en salud se explica en términos de cuatro ideas que representan la amenaza percibida de la enfermedad y los beneficios netos: susceptibilidad percibida, gravedad percibida, beneficios percibidos y barreras percibidas. Según se planteó, estos conceptos explicarían la “disposición a actuar” de las personas. Además, menciona que fueron agregados los conceptos de señales para la acción, con las cuales se activaría la disposición para actuar y estimularía el comportamiento abierto, y autoeficacia o confianza propia en la capacidad de desempeñar con éxito una acción (Figura 1)” (Pág. 13).



**Figura 1.** Modelo de Creencias en Salud (Becker, 1974; en Álvarez, 2002: 59)

Álvarez (2002), indica que las dos primeras dimensiones (susceptibilidad y gravedad), generarían la percepción personal de peligro frente la enfermedad y establecería el grado de motivación para ejecutar la conducta.

Del mismo modo, la siguiente dimensión (beneficios), abarcaría el análisis de accesibilidad a acciones y comportamientos que se realizarían. Todas estas dimensiones, sumadas a algunos elementos externos como indicadores psicológicos, demográficos y estructurales, originarían fundamentalmente las creencias y las conductas de salud.

Además, este autor menciona, que el modelo de creencias en salud utiliza tres elementos para realizar o no determinadas conductas señaladas por un médico:

1. *“Las creencias de las personas acerca de la naturaleza del tratamiento en términos de sus percepciones subjetivas ante el peligro.*
2. *Las creencias acerca de las acciones específicas y sus beneficios del tratamiento.*
3. *Las creencias acerca de las barreras y costos al llevar a cabo dichas acciones”* (op. Cit.: 60).

Según este modelo, las creencias sobre la gravedad o importancia de una enfermedad, la vulnerabilidad ante esa enfermedad y el que la conducta a realizar provoque más beneficios que costos, propician que se eviten los comportamientos riesgosos, el mejoramiento y conservación de la salud, la prevención de las enfermedades y la adquisición de formas de vida saludables (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003).

Por otro lado, algunas contribuciones que el modelo de creencias en salud ha brindado al campo de la salud han sido:

1. *“Conceptuar las creencias como elementos relevantes para la interpretación de las conductas de los individuos en lo referente a la salud y la enfermedad.*



2. *Intentar sistematizar un modelo que permita estudiar la influencia de las creencias referentes a las conductas ante la enfermedad (Stroebe y Stroebe, 1995).*
3. *El modelo ha servido para demostrar que existe una fuerte relación entre la percepción de adquirir alguna enfermedad y las conductas preventivas (Páez, et. al., 1994; Stone, 1982)" (Álvarez, 2002: 63).*

Asimismo, el Modelo de Creencias en Salud ha sido cuestionado duramente por varios autores en distintos aspectos:

1. *"Su énfasis en lo abstracto (creencias) y además se ha encontrado que en muchas ocasiones las personas no se comportan de acuerdo con sus creencias (Ajzen, 1988).*
2. *El hecho de considerar que la percepción de riesgo es un acto individual que se desprende de la percepción de susceptibilidad y severidad de la enfermedad, no permite al modelo de las creencias el abordaje del juicio social de las mismas, como por ejemplo la influencia de las opiniones de los demás, la información en la cultura respecto a la susceptibilidad y percepción de severidad de determinada enfermedad y la percepción de esa enfermedad que tiene el grupo al que pertenece esa persona (Páez, 1994).*
3. *El modelo considera una congruencia entre las actitudes, creencias del sujeto y su conducta. Sin embargo, es un hecho conocido en la psicología social que tal relación está lejos de ser perfecta y que varía dependiendo de la situación (Fishbein y Ajzen, 1975).*
4. *Resta importancia al elemento emocional individual y social suscitado ante determinada enfermedad. Esto debido a la omisión de variables ambientales y/o*

*su efecto emocional en las personas y la negación de su influencia en el procesamiento de la información (Leventhal y Cameron, 1987).*

5. *No incluir como variable por estudiar las diversas formas de afrontamiento previas que los individuos llevan a cabo ante un evento de enfermedad.*
6. *El excesivo pragmatismo en la interpretación y conceptualización del proceso de la salud y enfermedad, esto es, la importancia que se da a la aplicación práctica de lo encontrado.*
7. *Percibir al sujeto como un procesador lógico-económico que aplica el principio costo-beneficio en el proceso de la información respecto a las conductas promotoras de salud (Stroebe y Stroebe, 1995).*
8. *No considera la opinión de las personas respecto al modelo institucional médico” (Álvarez, 2002: 63-64).*

### **3.2 Modelo de los Sistemas Autorregulatorios.**

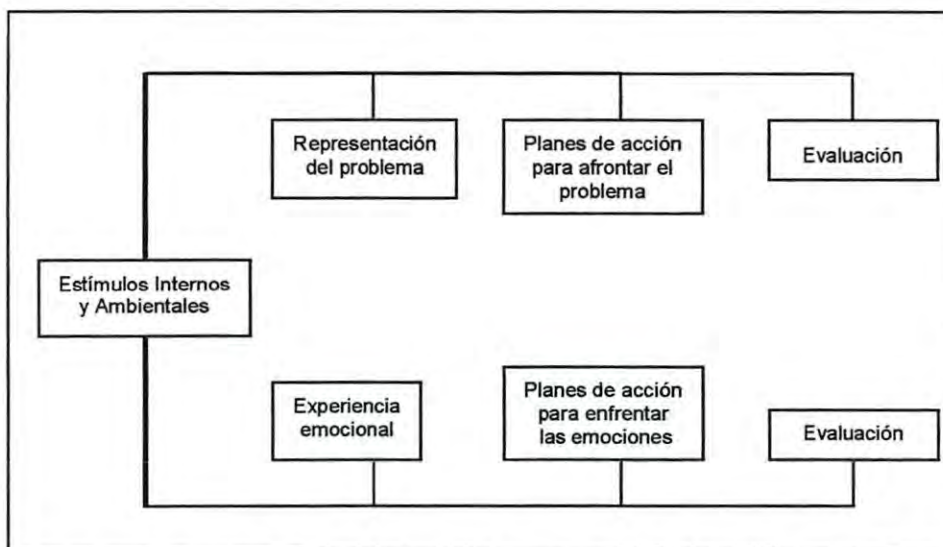
El modelo de los sistemas autorregulatorios de Leventhal (1980; Álvarez, 2002) fue propuesto a principios de los años 80's, intentando solucionar los problemas que se presentaban en las distintas investigaciones realizadas en el área de la salud y la enfermedad y que se fundamentaban en el modelo de creencias de salud y otros de enfoque conductista.

En este modelo se concibe “a las personas como sujetos activos, inmersos en un proceso permanente de evaluación de su estado presente y cuyo objetivo sería conseguir o preservar su estado de funcionamiento ideal a través de la retroalimentación” (Leventhal et al., 1980; Álvarez, 2002: 70).



Con el modelo de los sistemas autorregulatorios, Leventhal pretende explicar la manera en que los sujetos se involucran en un proceso autorregulador que permite la adopción a corto o largo plazo frente a la enfermedad. Las conductas de salud o enfermedad son establecidas por las creencias o representaciones de sentido común respecto a la enfermedad, de su tratamiento, del estado corporal ideal, del estado corporal presente, de los planes de cambio, de la experiencia emocional y la evaluación de todo (op. Cit.).

El sistema autorregulatorio es un sistema basado en la retroalimentación, y se encuentra conformado por varias etapas (Figura 2).



**Figura 2.** Modelo de los Sistemas Autorregulatorios (Álvarez, 2002: 70)

En la primera etapa se plantean los objetivos deseados y muestra el campo de los estímulos ambientales. Los niveles superiores del esquema pertenecen al procesamiento cognitivo, esquemático y representacional del estímulo:

1. Por medio de las representaciones de sentido común que el sujeto posea de la enfermedad y de su peligrosidad percibida, sus probables consecuencias al tenerla y la vulnerabilidad que se percibe;
2. Se construyen planes de acción y se eligen las acciones o conductas para afrontar la enfermedad, se realizarán planes de acción.
3. Se evaluarían los resultados de los comportamientos realizados, basados en los progresos de la obtención del estado ideal, es decir, si se han alcanzado los objetivos que originaron ese proceso de autorregulación.

Los niveles inferiores conciernen al procesamiento representacional emocional de los estímulos, donde las emociones son sentimientos privados, subjetivos, que integran la respuesta afectiva frente a los estímulos y que funcionan como elementos guía del comportamiento. En cualquiera de las tres etapas, los estados emocionales podrían activarse, estos circulan paralelamente a los procesos cognitivos, y tienen la posibilidad de interactuar entre ellos en el procesamiento de algunos estímulos.

*“El modelo define a los dos procesos como sistemas autorregulatorios: uno para el manejo cognoscitivo, que sería un procesamiento que se basa en las características objetivas del medio, y el otro sería un manejo emocional, esto es, las reacciones emocionales ante los objetos” (Álvarez, 2002: 71).*

Según Leventhal los dos sistemas reguladores son independientes, pero al mismo tiempo son interactivos, ya que se encuentran implicados en el trabajo de la percepción consciente y las emociones relacionadas a una enfermedad específica, y a situaciones o personas. En lo tocante a la enfermedad, la estimulación desfavorable es procesada simultáneamente en un sistema de la emoción o la molestia y en un sistema informacional u objetivo. Los dos sistemas trabajan en paralelo desde la admisión de



estímulos, interactuando a través de las distintas etapas de interpretación, afrontamiento y evaluación.

De la misma forma, menciona que las distintas representaciones de la salud y enfermedad se forman por medio de un proceso de características específicas individuales. Además explica que el mismo individuo podría percibir de diferentes maneras la misma enfermedad en tiempos distintos, y consecuentemente comportarse frente a ella de forma diferente.

También, expresó que utilizando la memoria semántica (que tiene que ver con el conocimiento conceptual que a la vez es un reflejo del conocimiento general que existe referente a una enfermedad) y la memoria autobiográfica (que son las experiencias pasadas con los padecimientos), el sujeto estudia la ocurrencia de la enfermedad, obtiene sus conclusiones, y basándose en ellas ejecuta los planes y tipos de afrontamiento.

Comenta también, que las acciones y los juicios que precisan realizar para controlar su estado, son dirigidos y encabezados por las representaciones de la salud y enfermedad que los sujetos tienen. También, menciona que una de las principales dificultades que se presentan a la hora de poner en marcha el modelo radica en descubrir las distintas características que se observan en los conflictos semánticos, con la finalidad de poder conocer en que contextos se presenta la consistencia o no-consistencia de los comportamientos preventivos de salud.

Según Álvarez (2002), algunos de los elementos que el modelo de los sistemas autorregulatorios ha aportado al estudio de las creencias en salud y enfermedad son:

1. *“Trata de integrar las creencias en un marco de explicación de ámbito más social.*

2. *Incluye a las emociones como factor importante en la problemática salud-enfermedad, así como también, estudiarles desde una perspectiva de construcción social y no solamente fisiológica.*
3. *Intenta explicar la salud y la enfermedad como una combinación de elementos cognoscitivos y emocionales.*
4. *Señala la importancia de las diferencias culturales en las representaciones de sentido común de la salud y la enfermedad” (pág. 74).*

Entre las deficiencias señaladas al modelo de los sistemas autorregulatorios se encuentran:

1. *“La importancia dada al proceso de información como un proceso de análisis lógico-individual, basado en sensaciones fisiológicas y ambientales.*
2. *El afirmar que los individuos evalúan una enfermedad con base a los síntomas fisiológicos, recordemos que muchas enfermedades no tienen síntomas específicos o éstas aparecen en estados avanzados de las mismas.*
3. *El separar el proceso cognoscitivo del proceso emocional.*
4. *El que a pesar de que el modelo considere las emociones como algo geométrico, en sus investigaciones se centra sobre todo en el miedo, y además, define de una manera poco clara que entiende él respecto a los diferentes tipos o grados de miedo ante una enfermedad o ante diferentes enfermedades*
5. *Los resultados de las investigaciones bajo este modelo serían insuficientes al no estimar las diversas emociones y la función que desempeñan en la adopción de las conductas estudiadas.*
6. *Otra limitación es cuando por la propia representación del investigador, se obvia elementos importantes que intervienen e influyen en el afrontamiento.*



7. *Se centra en las relaciones paciente-médico como elemento fundamental en la formación de creencias de salud y enfermedad de las personas, lo que limita el objeto de estudio sólo para aquellas personas que tienen contacto con su sistema médico.*
8. *A pesar de que reconoce la importancia de las creencias públicas en sus investigaciones, el modelo no maneja conceptos referentes a categorías grupales, en relación no con las características de la enfermedad que se padece, sino con el grupo social de donde procede el sujeto, es decir, cuáles son las creencias del grupo ante la enfermedad y cuáles son sus reacciones ante las mismas.*
9. *Basar sus investigaciones tomando como prioritaria la conducta de complacencia a las recomendaciones médicas es cargar de pragmatismo el estudio de las creencias acerca de la salud y enfermedad” (op. cit.: 74-75).*

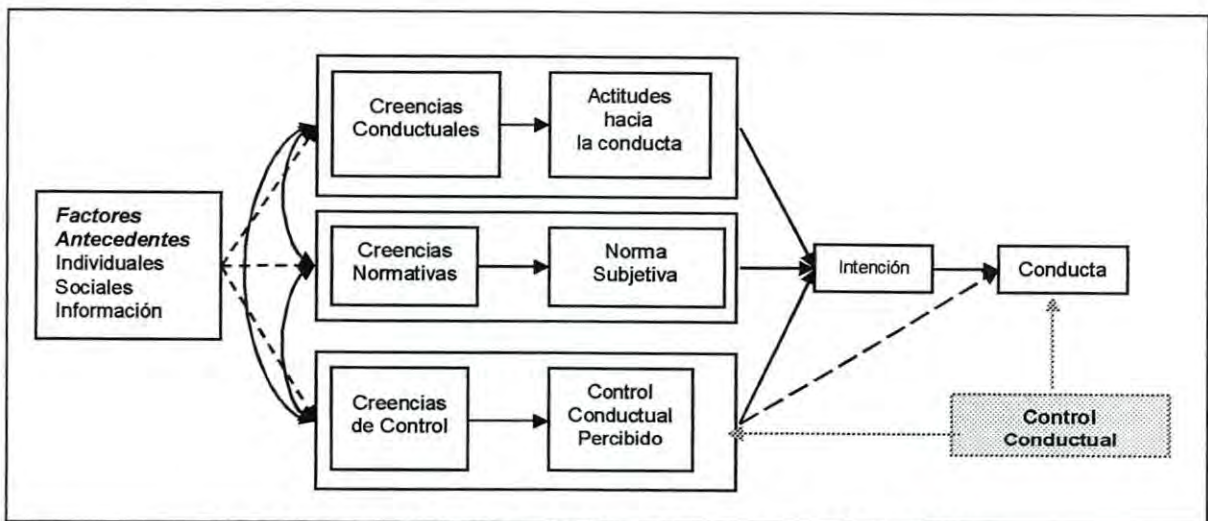
### **3.3 Teoría de la Conducta Planeada.**

La Teoría de la Conducta Planeada de Ajzen (1988; en Ardouin, Bustos, Gayó y Tarpa, 2001), es una extensión de la Teoría de Acción Razonada, debido a que se incluye la variable de control sobre la conducta.

Conforme a esta teoría, la conducta es regida por tres tipos de creencias: las creencias acerca de las posibles consecuencias de la conducta y las evaluaciones de esas consecuencias (creencias conductuales), creencias acerca de las expectativas normativas de otros y la motivación para acatar esas expectativas (creencias normativas), y creencias acerca de la presencia de factores que pueden facilitar o

impedir la ejecución de la conducta y el poder percibido de esos factores (creencias de control) (Ajzen, 2002).

Las creencias conductuales producen una favorable o desfavorable actitud hacia la conducta; las creencias normativas resultan de la percepción de la presión social o norma subjetiva; y las creencias de control producen el control conductual percibido. En combinación, la actitud hacia la conducta, la norma subjetiva y el control conductual percibido inducen la formación de la intención conductual (op. Cit.). (Figura 3).



**Figura 3.** Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen y Fishbein, 2005)

Esta teoría pretende predecir tanto el comportamiento volitivo como el no volitivo. Menciona que un comportamiento se encuentra bajo control volitivo cuando los requerimientos especiales para realizarla no existen, dependiendo solamente de la voluntad del sujeto para ejecutarla (Álvarez, 2002).

Según Ardouin, et. al. (2001), es preciso incluir en la Teoría de la Conducta Planeada, el control conductual percibido sobre el comportamiento en la predicción de

conductas, intenciones o ambas. Es decir, el que la persona piense que es apto o no de ejecutar una conducta o acción específica es visto como determinante, en conjunto con la norma subjetiva y las actitudes hacia la conducta, de ciertas intenciones y comportamientos específicos.

*“El control percibido se refiere a la percepción de dos tipos de obstáculos: los internos, que se refieren a la falta de habilidades, de competencias, etc.; y los externos o situacionales, que se refieren a la poca accesibilidad, no-colaboración de otros, etc.”* (Álvarez, 2002: 65). Y, en contraste con la actitud hacia la conducta y la norma subjetiva, poseería una correlación directa con la intención conductual y con la conducta real (Ajzen, n. d.; op. Cit.).

De esta forma, Ardouin, et. al. (2001), menciona que las personas que piensan que no tienen control sobre la ejecución de un comportamiento específico de salud, probablemente no realicen la conducta o no seguirán sus intenciones de ejecutar dicho comportamiento, sin importar sus normas subjetivas y actitudes al respecto. No obstante, un sujeto que se siente apto para realizar el comportamiento tiene mayor probabilidad de que pretenda efectuar la conducta y/o que conserve sus intenciones de realizarla (Smith y Stasson, 2000; op. Cit.).

### **3.4 Teoría de Acción Razonada.**

La Teoría de Acción Razonada de Martín Fishbein e Icek Ajzen, fue desarrollada en 1967. Durante los primeros años de los 70's la teoría fue revisada y ampliada por sus autores. Antes del año de 1980 el modelo fue utilizado para estudiar el comportamiento humano y para desarrollar intervenciones apropiadas (McCormack, 1999).



De la concepción que tenían estos autores sobre las actitudes y la intención de conducta, de su correlación y de la dificultad para predecir la conducta de los individuos, postularon la teoría de acción razonada, el cual es un modelo que, según ellos, es útil para explicar la relación entre las actitudes, las intenciones y la conducta, y la predicción de la misma (Álvarez, 2002).

La teoría de acción razonada se fundamenta en la concepción del ser humano como ser racional que utiliza la información para hacer evaluaciones, juicios y tomar decisiones sobre ejecutar o no una conducta (McCormack, 1999).

Además, explica la correlación entre los factores afectivos, cognitivos, sociales y conductuales que se inmiscuyen en el cambio y formación de actitudes (Hirsch, 2005).

Esta teoría supone que las conductas se encuentran influidas por creencias ocultas que resultan de y están mantenidas por el patrón social y cultural de las comunidades en las que se vive (Organización Panamericana de la Salud/Kellogg, 2001).

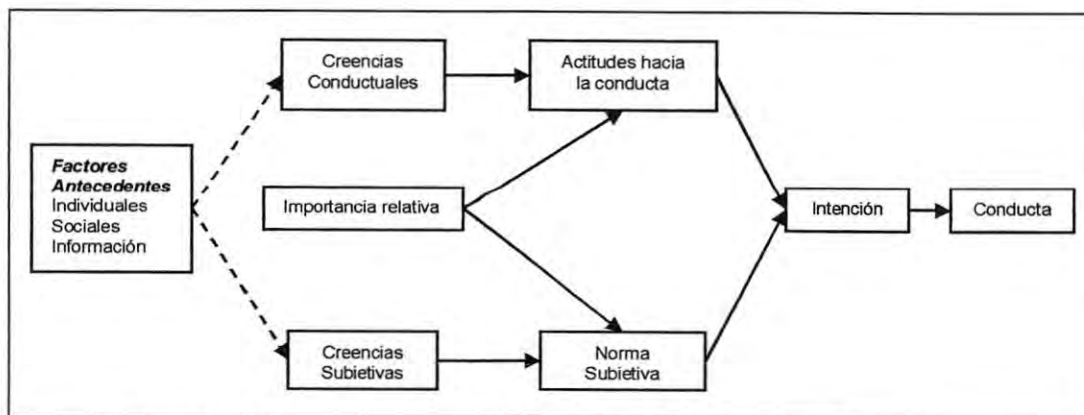
*“Dentro del modelo los autores parten de considerar, que las creencias que posee una persona hacia un objeto determinan lo que valora (actitudes); éstas a su vez, determinan las intenciones conductuales con respecto a ese objeto, y por último, estas intenciones determinan la conducta de la persona. Por lo que el modelo, refiere que la mejor manera de predecir una conducta es la intención que tenga la persona de llevar a cabo o no dicha conducta” (Laborín, et. al, 2003: 3).*

Cuando la norma subjetiva y la actitud son de signo similar (negativas o positivas), se concretarán en la intención o no de ejecutar un comportamiento. Cuando el signo es distinto, la intención responderá a la intensidad de cada una de ellas.

Según McCormack (1999), si una persona percibe como positivo el resultado de realizar una conducta, entonces tendrá una actitud positiva hacia ese comportamiento. En cambio, si percibe un resultado negativo, entonces tendrá una actitud negativa.

Si los familiares, amigos o vecinos consideran un comportamiento como positivo y si el sujeto está motivado para satisfacer esas expectativas de los otros, entonces se tiene una norma subjetiva positiva. Al contrario, si las personas alrededor del individuo consideran una conducta como negativa y el individuo quiere complacer las expectativas de los otros, entonces se experimentará una norma subjetiva negativa para el sujeto.

Por lo demás, la teoría de acción razonada trata, principalmente, sobre creencias, actitudes, intenciones y conducta (figura 4).



**Figura 4.** Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975), en Ajzen y Fishbein, 2005.

Las creencias son definidas por Escámez como *“la categoría en la que subsume toda la información que el sujeto tiene sobre el objeto de la actitud (...) Engloba conceptos como idea, opinión, información y todo aquello que está relacionado con el ámbito del conocimiento”* (1991; en Hirsch, 2005: 3).

Se distinguen dos tipos de creencias: conductuales y normativas.

- \* **Creencias Normativas:** se relacionan con la convicción que posee la persona de que ciertas instituciones o personajes, importantes para él, esperan que ejecute una conducta específica. Este tipo de creencias genera a las normas subjetivas.
- \* **Creencias Conductuales:** consisten en la certeza que tiene el sujeto, acorde a la información que posee, de que efectuando una conducta determinada conseguirá consecuencias positivas para él. Estas creencias producen las actitudes.

Las actitudes son, según Escámez (1998; en Hirsch, 2005), predisposiciones aprendidas para comportarse de una forma favorable o desfavorable respecto a una situación específica.

De acuerdo con Fishbein y Ajzen (1975), una persona realizará una actitud favorable hacia una conducta dada, si piensa que al realizarla tendrá consecuencias positivas; igualmente, si el sujeto cree que de su comportamiento saldrá un resultado negativo, entonces tendrá una actitud negativa para esa conducta (Mykytyn y Harrison 1993; en Hyun, 1997).

Contiene tres componentes: afectivo, cognoscitivo y comportamental:

- \* **Componente Cognoscitivo:** expresa opinión, conocimiento, creencias, ideas o pensamientos alrededor de la persona, resultado, objeto o suceso.
- \* **Componente Afectivo:** concentra a la evaluación o sentimientos del sujeto sobre algún resultado, persona, objeto, o suceso.
- \* **Componente Comportamental:** se refiere a la conducta en presencia de la persona, resultado, objeto o suceso (Hirsch, 2005).



*"La teoría de acción razonada, distingue entre las actitudes hacia una enfermedad o condición y actitudes hacia conductas recomendadas para enriquecer la salud. Los autores encontraron que la actitud hacia una conducta de enriquecimiento de la salud es un mejor pronosticador de la adopción de la conducta de lo que lo es la actitud hacia la enfermedad o la condición de salud" (Organización Panamericana de la Salud/Kellogg, 2001: 28).*

Las normas subjetivas son un factor social y están fundamentadas en las creencias normativas. Se pueden definir como la conjunción de valoraciones positivas o negativas del sujeto sobre la opinión de sus familiares, amigos o miembros de su comunidad y cómo esta valoración influye la motivación de realizar o no la conducta (Shiao, 2000).

Las intenciones son el componente cognitivo de la actitud y pueden ser consideradas como un caso especial de las creencias. Se basan en las actitudes, normas subjetivas y creencias y es el antecedente inmediato del comportamiento (Ajzen, 2002).

Las intenciones radican en la determinación del individuo de realizar o no un comportamiento determinado y se encuentra relacionado con la situación que se pretende realizar (Hirsch, 2005).

De este modo, en las intenciones se pueden observar dos tipos de determinantes, uno de tipo personal o individual (actitudes) y otro reflejo de la influencia social (normas subjetivas) (Ríos y Vargas, 1998).

Además, Ajzen y Fishbein (2005) suman a su modelo distintos factores que anteceden a las creencias tanto conductuales como normativas y su influencia puede intervenir sobre la ejecución de la conducta.

Estos factores son clasificados en tres tipos: individuales, sociales y de información.

Entre los factores individuales podemos encontrar a la personalidad, humor o emociones, inteligencia, valores, estereotipos, actitudes generales y experiencias. En los factores sociales se localiza la educación, edad, género, ingresos, religión, raza o etnia y cultura. En el factor de información, se encuentra todo el conocimiento que la persona tenga sobre el tema (Ajzen y Fishbein, 2005).

Algunas de las aportaciones positivas que se han atribuido a la teoría de acción razonada, concenientes a la salud y la enfermedad son:

1. *“Da un paso más adelante en llevar a la psicología social fuera de los temas tradicionales en el estudio de las actitudes, sobre todo las referentes a la salud y la enfermedad, y desarrollar una forma de explicación a las mismas más amplia que los anteriores intentos (Stroebe y Stroebe, 1995).*
2. *Intenta introducir aspectos de lo social a través del concepto de norma subjetiva, el cual es un buen predictor de la conducta (Sheppard, et al, 1988; Páez, et al, 1994).*
3. *Da un gran impulso a la psicología social para considerarla como un elemento importante que intenta explicar algunos aspectos de la salud y la enfermedad, además de señalar problemas metodológicos importantes en los abordajes teóricos previos del objeto de estudio (Feal, 1991)” (Álvarez, 2002: 68).*

A pesar de las numerosas contribuciones brindadas por el modelo al campo de la salud, se han hecho algunas críticas, entre las que destacan:

1. *“Ofrece una visión superrelacionista de las personas respecto a la toma de decisiones (Echeverría y Valencia, 1993; Páez, 1994). Esta visión minimiza los*



*procesos motivacionales y emocionales, en aras de mostrar a las personas como complejos organismos dotados de un constante evaluador de probabilidades que aplican a su medio, visión que por otra parte, encaja muy bien con la filosofía del sistema de producción.*

2. *Su excesivo énfasis en considerar sólo los procesos individuales en la toma de decisiones, ignorando elementos ecológicos y categorías macrosociales e institucionales. A pesar de que introduce el factor norma subjetiva para intentar explicar estos elementos, da una pobre definición de los mismos (Echevarria, 1991), no puede distinguirse donde ubica lo macrosocial, donde lo grupal y donde lo institucional.*
3. *No considera los puntos de vista de las personas acerca del modelo institucional médico.*
4. *Al igual que el modelo de creencias de salud, no considera las conductas de salud anteriores que han llevado a cabo las personas (Rodríguez, 1995).*
5. *No considera ni indirectamente los aspectos emocionales (Leventhal y Cameron, 1987), ubicándose así en la "mejor" tradición de la psicología cognoscitiva" (Op. Cit.).*

#### **3.4.1 Aplicación de la Teoría.**

El modelo ha tenido numerosos partidarios, ya que es un modelo que se ha adaptado bien con la filosofía economicista dominante en el campo de la salud pública. No obstante, a sus fallos, en la última década se han realizado diversas investigaciones en todo el mundo basadas en la teoría de acción razonada, probablemente debido a



que su supuesto de costo-beneficio se relaciona adecuadamente con la orientación capitalista de los problemas de la salud y enfermedad (Álvarez, 2002).

Algunos de los estudios donde se utiliza la teoría de acción razonada tratan principalmente sobre higiene dental, educación, conducta anticonceptiva y fumadora, cáncer tanto testicular como cervical, donación de sangre, uso del cinturón de seguridad, entre otras (Cuerrier, Deshaies, Vallerand y Pelletier, 1992; citado en Gurule, 2002).

En estas investigaciones, lo que se trata de hacer básicamente es conocer el valor predictivo de la teoría en lo referente al campo de la salud y la enfermedad.

Una de estas investigaciones es la realizada por Díaz-Loving y Villagran-Vázquez (1999) donde estudiaron los componentes de la teoría de acción razonada en el uso y petición del condón de los empleados del gobierno en México. Se encontró que cuando los temas se referían a parejas ocasionales, son más importantes las creencias y las actitudes, mientras que cuando los temas se refirieron a parejas sexuales regulares, la norma subjetiva y la motivación por complacer fue más importante. Indicando esto que el uso del condón es predicho mejor por un modelo que incluye las intenciones de utilizar el condón en comparación con uno que tenga el comportamiento meta.

Perko, Bartee, Dunn, Wang y Eddy (2000), aplicaron un examen para predecir el uso de un suplemento alimenticio en los atletas adolescentes, con la finalidad de determinar la influencia de las creencias, actitudes e intenciones conductuales de los atletas con respecto a los suplementos. Se encontró que el examen muestra una relación entre la intención de usar o no los suplementos con las actitudes y las normas

subjetivas que se tengan de la conducta; y se identificaron al entrenador, padres y médicos como las personas que influyen en la toma de decisión del atleta.

McKinlay, Couston y Cowan (2001), estudiaron las intenciones conductuales de las enfermeras referentes a los pacientes por envenenamiento. Los resultados indicaron que las actitudes que las enfermeras tienen y las creencias acerca de las actitudes de otros, predicen sus intenciones conductuales referentes a los pacientes por envenenamiento. También se encontró que las enfermeras con una orientación positiva mayor referentes a los pacientes por envenenamiento, difiere en creencias normativas y conductuales en comparación con las que tienen una menor orientación positiva.

Stefani (2001) intentó predecir y explicar el comportamiento probado que sirve para prevenir la infección del SIDA por vía sanguínea, en ancianos de ambos sexos. Llegando a la conclusión de que se puede predecir la intención de realizar el comportamiento preventivo por medio del conocimiento de las actitudes referentes a esa conducta y de las normas subjetivas y que es posible que las mujeres realicen en un mayor grado el comportamiento preventivo en comparación con los hombres debido a que mostraron actitudes más favorables e intenciones firmes hacia dicha conducta.

Devos-Comby, McCarty, Ferris y Salovey (2002) utilizaron la teoría de acción razonada para predecir el más reciente uso del condón a través del bajo ingreso, con 516 mujeres que habitan en una colonia pobre de la ciudad. Se encontró que el control percibido de la conducta es el mejor predictor para el uso del condón, seguido por las normas subjetivas y las actitudes y, que para las mujeres, el uso del condón no es una conducta volitiva –el que ellas piensen que pueden ejecutar con éxito esta conducta, es crucial para determinar la motivación de adoptar la conducta.

Lozano (2003) construyó, validó y confiabilizó una escala de actitudes hacia la donación de órganos y tejidos. Concluyendo que la actitud hacia la donación de órganos y tejidos es positiva, siendo la opinión de la familia y la religión, un factor determinante en la decisión de la persona de donar.

Feeley (2003) utilizó la teoría de acción razonada para organizar la literatura sobre los predictores y correlaciones de la retención de los médicos practicantes rurales. Este autor encontró que la teoría de acción razonada es un modelo útil para organizar la literatura sobre la retención de los médicos rurales. Las normas subjetivas de los médicos referentes a la práctica rural, son una importante fuente de influencia en la decisión de seguir o dejar una posición.

Carruyo, Vizcaíno, Carrizo, Arteaga, Sarmiento y Vizcaíno (2004) realizaron una investigación donde el objetivo era conocer las creencias y determinar la actitud de las personas con hemofilia respecto a su enfermedad. Demostrando que los individuos con hemofilia entrevistados no conocen completamente su enfermedad, su correcto cuidado y sus formas de tratamiento. Además, la actitud levemente positiva mostrada se apoya principalmente en las creencias sobre un mayor conocimiento de la enfermedad y del cuidado de la misma, la posibilidad de mejoría económica y la atención médica de emergencia, para tener una mejor calidad de vida. También se observó, que las creencias referentes a enfermedades contagiosas por medio de transfusiones, la herencia y la deficiencia del factor causante de la hemorragia, la afectación articular con secuelas incapacitantes, ayudan a formar una actitud negativa en las personas.

Parchment (2004) investigó las creencias referentes a la salud de la próstata en una muestra de hombres Americanos y Caribeños Africanos residentes en Miami-Dade, Florida y determinar así, si un programa educativo originaría un aumento en las



investigaciones sobre este tema. Los resultados obtenidos revelan que la mayoría de los hombres tuvieron aversión a la idea de un examen rectal digital y temor a las intervenciones para tratar el cáncer de próstata. Concluyendo, que estos resultados son constantes en otras investigaciones y que están estrechamente relacionados con la teoría, ya que supone que las intenciones están influenciadas por las creencias de salud.

Andreu, Galdón, Durá, Carretero y Tulles (2004) en su trabajo observaron las actitudes y creencias referentes al cáncer de mama relacionadas a la asistencia a un programa de cribado en distintos grupos de edad. La conclusión a la que estos autores llegaron es que dependiendo de la edad de la mujer, se pueden observar diferencias en las actitudes y/o creencias concernientes a la asistencia a los programas para la prevención del cáncer de mama.

Van Voorhees, Fogel, Houston, Cooper, Wang y Ford (2005), estudiaron la asociación entre la severidad del síntoma de la depresión, la creencia y las actitudes hacia el tratamiento, normas sociales subjetivas y el comportamiento pasado en la intención de no aceptar el diagnóstico de depresión del médico. Estos autores concluyeron que las creencias y actitudes negativas, las normas sociales subjetivas, y la ausencia de experiencias pasadas exitosas de tratamiento se encuentran relacionadas con la intención de no aceptar el diagnóstico de depresión y contribuye a la poca incidencia de tratamiento en los adultos jóvenes.

Stefani (2005) en su trabajo trató de predecir y explicar la conducta probable de internar a un anciano en un geriátrico, concluyendo que si bien es probable que los sujetos eviten la internación geriátrica debido a que muestran actitudes desfavorables y perciben una norma subjetiva que desapruueba el comportamiento, también es probable

que los sujetos con mayor edad, al mostrar actitudes más favorables que los jóvenes, eviten menos la ejecución de esta conducta.

Del mismo modo la teoría de acción razonada ha sido aplicada a las enfermedades diarreicas, un ejemplo de esto es la investigación realizada por Laborín, et. al. (2003), donde identificaron los factores psicosociales que intervienen en la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas en niños de 0 a 6 años de las comunidades Yaquis, ubicadas en el Estado de Sonora. Encontrando que las madres de familia se comportan de acuerdo a las normas que dominan en el ceno familiar, tomando en cuenta las instrucciones y consejos brindados por su madre, esposo y suegra; especialmente, en la toma de decisiones para la prevención y tratamiento de los cuadros diarreicos en los menores de 6 años; esta tendencia se incrementa cuando el sexo del hijo es masculino, dejando de lado actitudes, conocimientos y creencias propias respecto a la enfermedad y a su tratamiento.

En estos estudios se investiga el valor predictivo de las conductas saludables basándose en la teoría de acción razonada, identificándose al conocimiento que se tenga de la enfermedad, la influencia social que percibe el sujeto sobre él y la edad como algunos de los factores que influyen en un mayor grado sobre la intención de ejecutar una conducta saludable.

Se utilizó este modelo de salud para sustentar esta investigación, ya que es una de las teorías que complementa tanto factores psicosociales (las creencias conductuales y subjetivas, las actitudes y las normas subjetivas), como factores individuales (intención y conducta).

Otra de las razones por las que se empleó esta teoría, es que explica la relación entre los factores afectivos, cognitivos, sociales y conductuales en la toma de

decisiones de comportarse de una determinada manera en las situaciones de salud-enfermedad.

Además, la teoría de acción razonada ofrece la oportunidad de obtener una explicación mayor de los factores que facilitan o dificultan la presencia de cuadros diarreicos, y permite acciones educativas que se encaminen a sustituir prácticas inadecuadas de cuidado.



## METODOLOGÍA

### **4.1 Población de Estudio.**

Se seleccionaron por medio de un muestreo no probabilístico, a 209 madres de familia yaqui asistentes al programa de educación inicial (PRODEI) a cargo de la Dirección General de Educación Indígena (DGEI), cuyo requisito de inclusión era que tuvieran al menos un hijo menor de seis años pertenecientes a la etnia yaqui y que en las últimas 72 horas, al momento de la entrevista, ubieran cursado al menos un episodio diarreico.

#### **4.1.1 Ubicación geográfica de las comunidades Yaquis.**

Los Yaquis se localizan en el suroeste del Estado de Sonora, en los municipios de Bécum, Cajeme, Guaymas y Empalme, en una extensión de 489,000 hectáreas. La región yaqui se compone de tres zonas importantes: una zona pesquera (Guásimas y Puerto Lobos); una zona serrana (Sierra del Bacatete); y tierras de cultivo (el Valle del Yaqui). Ubicada esta última zona principalmente en ocho pueblos: Vícam (cabecera de la tribu), Pótam, Cócorit, Tórim, Loma de Bécum, Ráhum, Pitahaya o Belén y Huírivis (Anexo 1).

#### **4.1.2 Características de la población.**

Las comunidades de residencia de las madres evaluadas fueron: de Huírivis fue el 10% (n= 21) de las madres de familia; de Loma de Bécum era el 9.6% (n= 20); de Pitahaya era el 1% (n= 2); y de Pótam era el 3.3% (n= 7) (Tabla 1).

Tabla 1. Comunidad de residencia de las madres evaluadas

Comunidad	Frecuencia	Porcentaje
Bataconcica	13	6.2
Bahugo	12	5.7
Loma de Guamúchil	14	6.7
Huírivis	21	10.0
Bahía de Lobos	19	9.1
Loma de Bécum	20	9.6
Tórim	20	9.6
Pótam	7	3.3
Vícam Pueblo	20	9.6
Tetabiate	18	8.6
Rahum	15	7.2
Vícam Estación	20	9.6
Casas Blancas	8	3.8
Pitahaya	2	1.0

Con respecto a la edad de la madre se observó que en su gran mayoría fue de 16 a 39 años (94.73%) (Tabla 2).

Tabla 2. Edad de la madre evaluada

Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 16 a 23 años	59	28.2
De 24 a 31 años	101	48.3
De 32 a 39 años	38	18.2
De 40 a 47 años	8	3.8
Más de 48 años	3	1.4

Las comunidades de nacimiento fueron: de Vícam Estación era el 34.4% (n= 72); de fuera de la región yaqui fue el 15.3% (n= 32); de cada una de las comunidades de Oroz, Compuertas, Chamampaco, Cárdenas, Mezteno, Tajimaroa y Cocorit fue el 0.5% (n= 1) (Tabla 3).

Tabla 3. Lugar de nacimiento de las madres evaluadas

Lugar de Nacimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bataconcica	3	1.4
Bahugo	2	1.0
Loma de Guamúchil	8	3.8
Huírivis	8	3.8
Loma de Bécum	9	4.3
Tórim	9	4.3
Pótam	26	12.4
Vícam Pueblo	15	7.2
Tetabiate	5	2.4
Rahum	6	2.9
Vícam Estación	72	34.4
Casas Blancas	2	1.0
Pitahaya	2	1.0
Oroz	1	0.5
Fuera de la Región Yaqui	32	15.3
Compuertas	1	0.5
Guásimas	3	1.4
Chamampaco	1	0.5
Cárdenas	1	0.5
Mezteno	1	0.5
Tajimaroa	1	0.5
Cocorit	1	0.5

En lo tocante a la educación de las madres de familia, se observó que la mayoría de ellas tienen estudios de primaria y secundaria tanto completa como incompleta (79.90%) (Tabla 4).

Tabla 4. Escolaridad de las madres evaluadas

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ningún estudio	10	4.8
Primaria Incompleta	60	28.7
Primaria Completa	42	20.1
Secundaria Incompleta	31	14.8
Secundaria Completa	34	16.3
Preparatoria Incompleta	7	3.3
Preparatoria Completa	14	6.7
Universidad Incompleta	5	2.4
Universidad Completa	2	1.0
Comercio Completo	4	1.9



El estado civil fue: el 88.5% (n= 185) de las mujeres eran casadas, y el 9.1% (n= 19) eran madres solteras (Tabla 5).

Tabla 5. Estado civil de las madres evaluadas

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	185	88.5
Viudo	2	1.0
Separado	3	1.4
Madre Soltera	19	9.1

En lo referente a la ocupación de las madres evaluadas, se observó que el 89.47% (n= 187) era ama de casa (Tabla 6).

Tabla 6. Ocupación de las madres evaluadas

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de Casa	187	89.5
Maquiladora	4	1.9
Trabajo en el Campo	3	1.4
Jornalero	5	2.4
Maestra	2	1.0
Comerciante	1	0.5
Promotora de Salud	1	0.5
Organización de mujeres de la tribu yaqui	1	0.5
Auxiliar de Enfermería	1	0.5
Planta potabilizadora	1	0.5
Planta empacadora de camarón	1	0.5
CONAFE	1	0.5
Salubridad	1	0.5

En la escolaridad del padre se observó, que la mayoría de los padres tenían primaria y secundaria tanto completa como incompleta (73.68%) (Tabla 7).

Tabla 7. Escolaridad del Padre del niño

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ningún estudio	11	5.3
Primaria Incompleta	65	31.1
Primaria Completa	30	14.4
Secundaria Incompleta	30	14.4
Secundaria Completa	29	13.9
Preparatoria Incompleta	11	5.3
Preparatoria Completa	10	4.8
Universidad Completa	4	1.9
No sé	19	9.1

La ocupación del padre fue, en su mayoría, jomalero (55.5%, n=116), aunque también se dedican a la pesca (n=22) y al trabajo en el campo (n=18) (Tabla 8).

Tabla 8. Ocupación del padre del niño

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Jomalero	116	55.5
Maquiladora	6	2.9
Pescador	22	10.5
Trabajo de campo, regador, tractorista	18	8.6
Albañil	4	1.9
Maestro (normal, estudios universitarios)	1	0.5
Carbonero	6	2.9
Empleado del Ayuntamiento	2	1.0
Ganadero	3	1.4
Soldado	2	1.0
Vaquero	1	0.5
Comerciante	2	1.0
Mayordomo	1	0.5
Agrónomo-agricultura	2	1.0
Obrero	1	0.5
Granjas	2	1.0
Planta empacadora	4	1.9
No trabaja por enfermedad	1	0.5
No sé	15	7.2

Con respecto al sexo del niño, se observó que 109 (52.2%) era femenino y el 47.8% (100) era masculino (Tabla 9).

Tabla 9. Sexo del niño

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	109	52.2
Masculino	100	47.8

La edad en meses del niño fue, en su mayor parte, entre los 26 a 51 meses (58.37%) (Tabla 10).

Tabla 10. Edad en meses del niño

Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 0 a 12 meses	31	14.8
De 13 a 25 meses	41	19.6
De 26 a 38 meses	58	27.8
De 39 a 51 meses	64	30.6
De 52 a 64 meses	13	6.2
Más de 64 meses	2	1.0

El lugar de nacimiento de los abuelos del niño fue: de Pótam era el 15.3% (n= 32); de Vícam Estación fue el 13.9% (n= 29); de cada una de las comunidades de Oroz, Cárdenas, Tapiro, Bacabachi, Guasimitas, Estación Y y Jori era el 0.5% (un abuelo) (Tabla 11).



Tabla 11. Lugar de Nacimiento del abuelo

Lugar de Nacimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bataconcica	5	2.4
Loma de Guamúchil	6	2.9
Huírivis	9	4.3
Loma de Bécum	13	6.2
Tórim	13	6.2
Pótam	32	15.3
Pueblo Vícam	24	11.5
Tetabiate	4	1.9
Rahum	6	2.9
Vícam Estación	29	13.9
Casas Blancas	4	1.9
Pitahaya	6	2.9
Guásimas	2	1.0
Fuera de la región Yaqui	22	10.5
Fuera de Sonora	11	5.3
Conti-Cocorit	4	1.9
Compuertas	3	1.4
Oroz	1	0.5
Cárdenas	1	0.5
Tapiro	1	0.5
Bacabachi	1	0.5
Guasimitas	1	0.5
Estación Y	1	0.5
Jorí	1	0.5
No sé	9	4.3

Asimismo, el lugar de nacimiento de la abuela del niño fue: de Vícam Estación era el 21.1%(n= 44); de Pótam era el 16.7% (n= 35); y de cada una de las comunidades del Bacatete, Guasimitas, Pilas, Agua Escondida, Tajimaroa, Juvani, Cocorit y Jorí era el 0.5% (n= 1) (Tabla 12).

Tabla 12. Lugar de Nacimiento de la Abuela

Lugar de Nacimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bataconcica	8	3.8
Bahugo	1	0.5
Loma de Guamúchil	6	2.9
Huírivis	3	1.4
Loma de Bácum	14	6.7
Tórim	13	6.2
Pótam	35	16.7
Pueblo Vícam	20	9.6
Tetabiate	2	1.0
Rahum	3	1.4
Vícam Estación	44	21.1
Casas Blancas	4	1.9
Pitahaya	6	2.9
Fuera de la región Yaqui	28	13.4
Fuera de Sonora	5	2.4
Oroz	2	1.0
Compuertas	3	1.4
El Bacatete	1	0.5
Guásimitas	1	0.5
Pilas	1	0.5
Tapiro	2	1.0
Agua Escondida	1	0.5
Tajimaroa	1	0.5
Juvani	1	0.5
Cocorit	1	0.5
Jorí	1	0.5
No sé	2	1.0

#### 4.2 Tipo de Estudio.

Se utilizó un diseño no experimental de tipo transversal correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Se empleó un diseño no experimental debido a que se realizó una investigación donde solamente se observó la conducta, tal y como se encuentra en su ambiente natural, y después fue analizada.

Igualmente, el motivo por el que se adoptó un diseño de tipo transversal correlacional es porque sólo se intentó describir la relación existente entre las variables de la teoría en un solo momento.

### **4.3 Escenario.**

Los instrumentos fueron aplicados por las promotoras de Educación Inicial de la dirección de Educación Indígena-SEC, pertenecientes al grupo yaqui, las entrevistas se realizaron en el hogar de cada mujer que cumplía con los requisitos que se solicitaban (visita domiciliaria).

### **4.4 Medidas para la población.**

Los instrumentos que fueron utilizados para este estudio se seleccionaron por su funcionalidad y propiedades para medir las actitudes; de igual forma, los inventarios elaborados para este trabajo, se pensaron así con la finalidad de obtener información acerca de los factores mencionados en el modelo de acción razonada y que complementarían el análisis realizado.

Los reactivos fueron elaborados por Sosa (2003) basándose en cuatro preguntas que evaluaban las ventajas y desventajas de que el niño se enferme de diarrea, e identificaba a las personas significativas para la madre en la crianza del niño.

Para elaborar los inventarios, primero se hizo un plan de prueba donde se identificaban áreas y actividades, después, por medio de la técnica de lluvia de ideas, se elaboraron los reactivos para cada uno de los factores psicosociales mencionados en la teoría (creencia conductual, creencias normativas, actitudes, motivación por complacer, conocimiento e intenciones).

Una vez construidos los inventarios, se hizo el piloteo en zonas semirurales, con la finalidad de ajustar semánticamente los reactivos. Posteriormente fueron traducidos a



yaqui y luego a español con la ayuda de los maestros de lingüística de la Universidad de Sonora, para después aplicarlos en la comunidad yaqui.

#### **4.4.1 Datos de identificación.**

Antes de aplicar los instrumentos que medían los componentes de la teoría de acción razonada, fue contestada la hoja de datos de identificación y la hoja de observación directa elaborada por Sosa (2003).

La hoja de datos de identificación consta de 11 preguntas. El interrogatorio fue dirigido por el entrevistador y en él se cuestionaba sobre el sexo del entrevistado, la edad, el estado civil, el lugar de nacimiento tanto de él como de sus padres, la escolaridad, el tiempo de residencia en la comunidad, la ocupación, y la escolaridad y ocupación de la pareja (Anexo 2).

La hoja de observación directa se compone de 3 preguntas de opción múltiple, siendo contestado por el entrevistador, en base a la percepción que se tenga sobre el estado de la vivienda tanto de construcción como de limpieza, del mismo modo, se registra la limpieza del cuerpo y ropa de la madre y niño.

#### **4.4.2 Recordatorio de 72 horas**

Se aplicó la subescala elaborada por Laborín, 1994 (en Sosa, 2003) sobre enfermedades diarreicas del inventario de evaluación integral. Cuenta con 8 preguntas referentes a un recordatorio de 72 horas (Anexo 3).

Las instrucciones eran dadas por el entrevistador, donde se le pedía a la madre de familia que contestara las preguntas que a continuación se le iban a leer, donde se cuestionaba a la madre de familia sobre que hace cuando su niño se enferma de

diarrea, que es para ella la enfermedad, si el niño ha tenido algún episodio de diarrea en los últimos meses, y cómo fue atendido el niño y la razón por lo que utilizó ese recurso.

#### **4.4.3 *Inventario de Conocimiento.***

Para el factor de conocimiento, se elaboró un inventario de 24 preguntas con opciones de respuesta falso-verdadero (Anexo 5).

El contenido del inventario tenía que ver, principalmente, con el consumo de agua, la higiene tanto personal como del hogar, la alimentación y las posibles formas de contagio de las enfermedades diarreicas.

Las instrucciones se encuentran escritas en la parte superior del instrumento donde se le pide a la madre de familia que lea atentamente las frases que se le presentaban y que marcara una sola alternativa de respuesta según era el caso.

#### **4.4.4 *Inventario de Creencias Conductuales***

Se elaboró un inventario para medir la creencia conductual que constaba de 9 oraciones con cuatro opciones de respuesta de tipo diferencial semántico presentadas en cuatro líneas y que señalaban que tan cierta o incierta es la frase (Anexo 6).

Las preguntas se relacionaban con la alimentación del niño, el darle los medicamentos recetados por el médico, el uso del suero oral y con hacer que el niño tome los remedios caseros.

Las instrucciones eran dadas por el entrevistador en donde se le pedía a la madre de familia que pusiera un número del 1 al 4 en las líneas para indicar que tan de

acuerdo estaba con la frase, donde el número 4 es cierto y el 1 es incierto y las líneas intermedias sugerían distintos grados de verdad de la oración.

#### **4.4.5 Inventario de Creencias Normativas**

El inventario elaborado para las creencias normativas, constaba de 11 reactivos con cuatro opciones de respuesta de tipo diferencial semántico presentadas en cuatro líneas y señalaba que tanto estaría bien o mal la frase (Anexo 7).

El contenido está relacionado con los consejos que los familiares de las madres Yaquis, le dan sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas.

Las instrucciones eran dadas por el entrevistador donde se le pedía a la madre de familia que colocara un número del 1 al 4 en las líneas para indicar que tanto está bien o mal la oración que se le leía, pensando principalmente en la opinión de su esposo, suegra y madre; es decir, la madre de familia tenía que marcar con un 4 si su esposo decía que estaba bien la frase o 1 si su esposo decía que estaba mal, las líneas intermedias indicaban distintos grados de aceptación de la oración.

#### **4.4.6 Escala de Actitudes.**

Se utilizó, también una escala de actitudes de Sosa (2003), que consta de 47 reactivos con cuatro opciones de respuesta tipo Likert pictórico.

Las preguntas se encuentran agrupadas en cinco factores: el factor 1 corresponde a la higiene de la casa, teniendo un alfa de 0.71, una varianza explicada de 11.24% y medias próximas a 1.



El factor 2 corresponde a las señales de alarma, tiene un alfa de 0.40, una varianza explicada de 10.09% y medias mayores a 3; el factor 3 se llama lavado de las manos, tiene un alfa de 0.54, una varianza de 6.50% y medias mayores a 3.

El factor 4 llamado prácticas de crianza se compone de una varianza explicada de 6.06%, un alfa de 0.47 y medias mayores a 3; y el factor 5 al emocional materno, tiene un alfa de 0.24, una varianza explicada de 5.6% y medias mayores a 3.

Estos factores en su conjunto explican un 39.5% de la varianza total y tienen un índice de consistencia interna de 0.62.

Las respuestas fueron presentadas en cuatro cuadros ordenados de mayor a menor, que van desde completamente de acuerdo hasta completamente en desacuerdo.

Los encuestadores se ayudaban con una regla que presenta las respuestas en forma de círculos numerados del 1 al 4, donde 1 es estar en total desacuerdo y 4 completamente de acuerdo, con la finalidad de que se ubicara con facilidad el grado de acuerdo. Las instrucciones se encuentran escritas en la parte superior de la hoja, donde se le pedía a la madre de familia que marcara con una X el cuadro que más se aproximara a que tan de acuerdo estaba con la frase. En ellas se indicaba también, que el recuadro mayor corresponde a estar totalmente de acuerdo y el menor a estar en total desacuerdo, además, los cuadros intermedios sugerían distintos grados de respuesta.

Para fines de este estudio, se tomaron solo los tres reactivos con mayor peso factorial de cada uno de los factores pertenecientes a la escala.

#### **4.4.7 *Inventario de Motivación por Complacer***

El inventario de motivación por complacer fue elaborado con 3 oraciones con 5 opciones de respuesta de tipo diferencial semántico presentadas en 5 líneas (Anexo 9).

Las respuestas indicaban que tan seguido realizaba las ordenes que le daban, ya sea su esposo, madre o suegra.

Las instrucciones eran dadas por el entrevistador mencionando que debía colocar en las líneas un número del 1 al 5, donde el número 5 indicaba que siempre y el 1 que nunca seguía las ordenes, las líneas intermedias sugerían distintos grados de frecuencia.

#### **4.4.8 *Inventario de Intenciones***

El inventario para las intenciones, constaba de 5 preguntas con cuatro opciones de respuesta de tipo diferencial semántico presentadas en cuatro líneas que señalaban que tan cierta o incierta es la pregunta (Anexo 8).

Este inventario trata temas relacionados con la posibilidad de realizar o no la conducta de llevar al niño con el médico, de darle suero oral, de continuar alimentándolo y darle agua hervida.

Las instrucciones eran dadas por el entrevistador, donde se le pedía a la madre de familia que colocara un número del 1 al 4 en las líneas para indicar que tan cierta o incierta es la pregunta que se le leía.

El número 1 indicaba que es incierta y el número 4 que es cierta, las líneas intermedias indicaban distintos grados de verdad de la oración.

#### **4.5 Procedimiento.**

La herramienta de evaluación fue aplicada de forma individual en el domicilio de las madres, realizándose en algunas comunidades en español y en otras en la lengua yaqui. Las instrucciones y los reactivos fueron leídos de forma clara por las encuestadoras, donde la madre de familia contestaba apoyándose de la regleta de respuestas. El tiempo promedio de aplicación fue de 25 a 40 minutos. Una vez que los instrumentos fueron ordenados y foliados por comunidad, se realizó la codificación y análisis de datos en el programa estadístico SPSS versión 12.0 para Windows.

#### **4.6 Secuencia de análisis estadísticos.**

Utilizando el programa estadístico SPSS versión 12.0 para Windows, se hizo una distribución de frecuencias para todas y cada una de las variables atributivas y reactivos con la finalidad de darle confiabilidad a su captura y observar la distribución de los mismos (media, mediana y moda).

También fue calificado por medio de una prueba de lógica el inventario de conocimiento, con la intención de formar grupos de conocimiento. Un grupo de conocimiento alto (calificación mayor o igual a 15 respuestas correctas), un grupo de conocimiento bajo (calificación de menor o igual a 14 respuestas correctas), y un grupo de conocimiento total (todas las madres de familia).

Asimismo, se hizo una prueba t para muestras independientes para el grupo alto y el grupo bajo de conocimiento, con la finalidad de comprobar si el nivel de conocimiento que las madres de familia Yaquis posee es significativo para las variables del modelo de acción razonada.



Del mismo modo, se realizó un análisis de correlación producto-momento de Pearson ( $r$ ), para el grupo total de conocimiento, con la finalidad de visualizar la correlación existente entre las variables y para contrastar la influencia de las medias de la variable dependiente. Por último, se hizo una regresión lineal utilizando el método de Entrada, para encontrar cuál es el modelo y factor que predice en un mayor grado a la intención de prevenir y tratar las enfermedades diarreicas.

## RESULTADOS

En el siguiente apartado, se muestran los resultados obtenidos de los distintos análisis descritos en la metodología. Primero, se muestran los análisis descriptivos, para cada uno de los instrumentos aplicados. Después, se muestran los resultados obtenidos de la prueba t para muestras independientes, para comprobar si existen diferencias entre los grupos de conocimiento.

En tercer lugar, se presentan los datos obtenidos de la prueba producto r de Pearson, para identificar la correlación entre los distintos factores. Por último, se muestran los valores de regresión lineal obtenidos y su respectivo modelo.

### 5.1 Análisis Descriptivos.

En la Tabla 13, se observan los valores de media, desviación estándar, asimetría, Curtosis, máximo y mínimo de cada uno de los instrumentos aplicados.

Tabla 13. Valores descriptivos para los factores de creencias conductuales, creencias normativas, actitudes, motivación por complacer e intenciones.

Factor	Media	D. E.	Asimetría	Curtosis	máx.	mín.
Creencias Conductuales	3.33	0.37	-.060	.05	4	1.88
Creencias Normativas	3.53	0.28	-.050	.01	4	2.63
Actitudes	3.36	0.27	-.004	.03	4	2.33
Motivación por Complacer	3.95	0.70	-.100	-.10	5	2.00
Intenciones	3.33	0.46	-.070	-.05	4	2.00

Se encontró que la media más alta presentada fue de 3.95, perteneciente a motivación por complacer, observándose un valor máximo obtenido por las madres de 5 y un mínimo de 1.88; del mismo modo, la media más baja observada fue de 3.33, concerniente a creencias conductuales e intenciones (Tabla 13).

Estos valores mostraron una tendencia a la normalidad, permitiendo llevar a cabo análisis paramétricos.

En la Tabla 14 se observan las repuestas brindadas a las preguntas del inventario de conocimiento.



Tabla 14. Tabla de frecuencia para el inventario de conocimiento<sup>1</sup>

Consumo de Agua		F	V
p	1. Si los niños toman mucha agua en tiempo de calor no se enferman de diarrea.	<b>43*</b>	166
p	3. Si los niños toman agua hervida no se enferman de diarrea.	188	<b>21</b>
p	9. Si los niños toman agua con cloro no se enferman de diarrea.	151	<b>58</b>
p	12. Si los niños toman agua de un tambo o de una olla se enferman de diarrea.	94	<b>115</b>
p	16. Si los niños toman agua de la llave se enferman de diarrea.	<b>131</b>	78
Items = 5		n = 209	
Higiene		F	V
p	6. Si los niños comen con las manos lavadas no se enferman de diarrea.	180	<b>29</b>
n	7. A los niños que juegan con tierra se les pone fuerte el cuerpo.	<b>134</b>	75
p	11. Tener en casa moscas, corrales de chivas, de vacas hace que los niños se enfermen de diarreas.	166	<b>43</b>
n	13. Los niños que se bañan todos los días no se enferman de diarrea.	<b>90</b>	119
p	17. Si los niños comen en un plato no lavado se enferman de diarrea.	193	<b>16</b>
p	20. Los niños que se lavan las manos al terminar de defecar no se enferman de diarrea.	44	<b>165</b>
Items = 6		n = 209	
Alimentación		F	V
n	2. Los niños que comen bien no se enferman de diarrea.	152	<b>57</b>
p	14. A los niños que comen frutas y verduras les ayuda a no enfermarse de diarrea.	8	<b>201</b>
n	18. Los niños que no comen bien se enferman de diarrea.	48	<b>161</b>
Items = 3		n = 209	
Formas de contagio		F	V
p	4. Todos los niños se enferman de diarrea.	163	<b>46</b>
n	5. Si los niños juegan con los perros les dará diarrea.	79	<b>130</b>
p	8. Si los niños comen fuera se enferman de diarrea.	49	<b>160</b>
n	10. La diarrea sólo les da a los niños.	<b>198</b>	11
p	15. El jugar con basura hace que se enfermen de diarrea.	191	<b>18</b>
n	19. Si los niños andan descalzos no se enferman de diarrea.	<b>148</b>	61
p	21. Durante el verano y el invierno los niños pueden enfermar de diarrea.	185	<b>24</b>
p	22. Los niños que andan en lugares limpios no se enferman de diarreas.	65	<b>144</b>
n	23. Los niños que comen en un plato de un enfermo de diarrea se enferman de diarrea.	151	<b>58</b>
n	24. La diarrea se puede pegar.	184	<b>25</b>
*Las respuestas en negritas son las que fueron contestadas correctamente		Items = 10	n = 209
n –sentido de la pregunta negativo		p –sentido de la pregunta positivo	

La dimensión de conocimiento evalúa que tanto conoce la madre de familia yaqui sobre como se previenen y tratan las enfermedades diarreicas. La Tabla 14, nos muestra que los reactivos con un mayor número de respuestas correctas, fueron los

<sup>1</sup> Se hizo una correlación de Spearman entre los reactivos positivos y negativos de conocimiento, donde se obtuvo un valor de correlación de 0.44 significativo al nivel de 0.01

relacionados con la alimentación del niño y con las posibles formas de contagio de los cuadros diarreicos. También se observa que los reactivos con más respuestas incorrectas son los concernientes a la higiene, tanto personal como del hogar y sus alrededores, y de los utensilios de cocina.

Estos resultados nos indican, que las madres de familia poseen un mayor conocimiento en la prevención, poniendo especial interés en la alimentación adecuada, y en las actividades que el niño realiza y que pueden ocasionar el contagio de la enfermedad diarreica.

En la Tabla 15 se muestra el número de respuestas correctas (RC) y el número de mamás (fr) que obtuvieron ese puntaje en el inventario de conocimiento.

Tabla 15. Tabla de calificaciones obtenidas por las madres Yaquis en el inventario de conocimiento.

R. C.	fr.	Porcentaje
8	1	0.5
9	3	1.4
10	7	3.3
11	10	4.8
12	12	5.7
13	25	12.0
14	26	12.4
15	40	19.1
16	36	17.2
17	27	12.9
18	18	8.6
19	3	1.4
20	1	0.5
reactivos = 24		n = 209



En esta Tabla se puede observar una calificación mínima obtenida por las madres de la comunidad yaqui de 8 respuestas correctas y una calificación máxima de 20 respuestas correctas (Tabla 15). Observándose un conocimiento moderado por parte de las madres de familia, debido a que el 73.78% (n= 154) de las madres obtuvieron puntajes entre 13 y 17 respuestas correctas.

Se obtuvo el alfa de Cronbach para todos los reactivos de los instrumentos de evaluación, exceptuando el de conocimiento, donde se alcanzó un alfa de 0.70 con 28 reactivos, recomendando el criterio de inclusión con ítem borrado eliminar a 6 reactivos, sin embargo no se hizo debido a que el valor de alfa no aumentaba.

En la Tabla 16 se muestra la media y desviación estándar obtenidas por las madres Yaquis en el inventario de creencias conductuales.

Tabla 16. Media y Desviación Estándar para Creencias Conductuales.

Reactivo	Media	D.S.
1. Si yo lavo las frutas y verduras le ayuda a mi hijo a que no se enferme de diarrea.	3.84	0.51
8. Darle suero oral ayuda a que no le de diarrea.	3.84	0.50
7. Si le doy al niño los medicamentos como: el jarabe del centro de salud se le quitará la diarrea.	3.74	0.58
9. Si al niño yo le doy más agua en tiempo de calor que en tiempo de frío no le dará diarrea ni se deshidratará.	3.50	0.84
6. Al niño enfermo de diarrea que se le hace tomar té y hierbas como: té de guayaba, de lima y anís dulce, pastillitas de estafiate con aceite de olivo, le ayudará para la diarrea y para lo hinchado.	3.38	0.92
5. Ofrecerle comida cuando esta enfermo de diarrea es bueno para quitarla.	3.21	0.92
4. Si hago que el niño mame no se enferma de diarrea.	3.15	1.08
2. Si yo le doy al niño caldo de frijol no se enferma de diarrea.	2.79	1.13
*3. Si le doy al niño garbanzo no se enfermará de diarrea.	2.53	1.16

Alpha = 0.44      reactivos = 9      n = 209



La dimensión de creencias conductuales se asocia principalmente a las conductas de prevención y tratamiento que la madre de familia realiza para evitar las enfermedades diarreicas en sus hijos. Esta dimensión se compone de 9 reactivos y un alfa de 0.44. La mayoría de los reactivos presentan medias superiores a 3, siendo los ítems más altos los referentes a limpieza de los alimentos, darle al niño líquidos como té, suero oral o agua y el suministro de medicamentos.

Los ítems con medias debajo de 3 fueron los referentes a la alimentación que se le debe dar al niño para que no se presenten los cuadros diarreicos, como por ejemplo el frijol y garbanzo. Estos resultados indican que las madres Yaquis consideran importantes la alimentación, el beber muchos líquidos y el suministro de medicamentos para la prevención y el tratamiento de las enfermedades diarreicas (Tabla 16).

En la Tabla 17 se observa la media y desviación estándar alcanzadas por las madres de familia en el inventario de creencias normativas.

Tabla 17. Media y Desviación Estándar para Creencias Normativas.

Reactivo	Media	D.S.
11. Mi esposo así dice que debo darle al niño la medicina que le da el doctor.	3.92	0.33
6. Mi suegra así dice que yo debo darle al niño enfermo de diarrea suero oral con agua hervida, entonces no se deshidratará.	3.89	0.33
10. Mi madre así dice que debo llevar al niño al centro de salud cuando le empiece la diarrea.	3.85	0.42
5. Mi esposo así dice que yo debo darle los medicamentos al niño como: el jarabe para que se le quite la diarrea.	3.84	0.46
7. Mi madre así dice que el agua que nosotros bebemos hay que hervirla entonces el niño no se enfermará de diarrea.	3.75	0.56
9. Mi suegra así dice que yo debo darle más agua al niño en tiempo de calor que en tiempo de frío.	3.65	0.69
3. Mi suegra así dice que si el niño esta enfermo de diarrea yo debo continuar dándole comida.	3.61	0.73
8. Mi esposo así dice que los animales no se suban a la mesa.	3.41	1.01
4. Mi madre así dice que para quitarle la diarrea al niño yo debo darle té y hierbas como: té de guayaba, de lima y anís dulce, pastillas de estafiate con aceite de olivo.	3.23	1.02
2. Mi madre así dice que para la diarrea yo lo haga que mame.	3.19	0.99
1. Mi esposo así dice que no debo darle frijoles.	2.56	1.16
Alpha = 0.38      reactivos = 11      n = 209		

La dimensión de creencias normativas, considera aspectos referentes a la presión percibida por la madre yaqui de sus familiares, sobre la forma de prevenir y tratar las enfermedades diarreicas. Esta dimensión cuenta con 11 ítems y se obtuvo un alfa de 0.38. Las medias obtenidas fueron mayores a 3, siendo los reactivos encaminados a detectar en las madres la presión percibida de la suegra y esposo, y los enfocados a los temas del suministro de medicamentos, el consumo de líquidos como agua hervida y suero oral, la alimentación y la asistencia al médico, los que alcanzaron medias más altas.

Los reactivos con medias bajas fueron los referentes a darle leche materna al niño y suspenderle el consumo de frijoles durante el cuadro diarreico. Estos resultados

sugieren que la madre de familia siente una mayor presión del esposo y suegra y, considera de gran importancia la asistencia al médico y el consumo de los medicamentos, dentro de la estrategia de tratamiento de las enfermedades diarreicas (Tabla 17).

En la Tabla 18 se indica la media y desviación estándar conseguidas por las madres de familia yaqui en el inventario de Actitudes.

Tabla 18. Media y Desviación Estándar para Actitudes.

Reactivo	Media	D.S.
15. Lavarse las manos antes de comer te ayuda a que no te de diarrea.	3.89	0.54
42. Es bueno que lleve a mi hijo con el doctor cuando empieza con diarrea.	3.86	0.40
31. Me preocupa ver a mi hijo enfermo de diarrea.	3.83	0.49
5. Después de defecar debo lavarme las manos con agua y jabón para evitar enfermar a mi hijo de diarrea.	3.82	0.53
40. Me entristece ver a mi hijo tan desganado y flaquito.	3.77	0.54
23. Para que mi hijo no se enferme de diarrea yo le enseñé a lavarse las manos.	3.75	0.59
47. Me da miedo cuando mi hijo no se alivia pronto de la diarrea.	3.75	0.64
41. La diarrea seca el cuerpo de mi hijo.	3.71	0.62
12. Cuando a mi hijo le da rasquera en su colita es porque tiene lombrices.	3.54	0.81
34. Es mejor que mi hijo defeque y orine en el baño de hoyo a que lo haga afuera.	3.53	0.82
35. Pienso que darle pecho a mi hijo le ayuda a que no se enferme de diarrea.	3.52	0.75
30. Es bueno enseñarle al niño a que vaya al baño de hoyo.	3.33	1.00
18. Los niños sucios no caen enfermos.	2.43	1.25
14. No pasa nada si las frutas y las verduras no se lavan.	1.92	1.18
13. No importa que los platos para comer solamente se enjuaguen.	1.74	1.05
Alpha = 0.49      reactivos = 15      n = 209		

La dimensión de actitudes considera aspectos referentes a la higiene del hogar (como la limpieza de los platos, mesa, alimentos y personal), a los signos de alarma antes y durante la diarrea (signos que indican gravedad del niño y su valoración), al lavado de las manos (antes de la preparación de los alimentos, antes de comer y



después de defecar), a las prácticas de crianza (cuidados de la madre en la formación del niño en la prevención de los cuadros diarreicos), y por último, a la emoción materna (emoción mostrada por la madre ante la enfermedad).

En la Tabla 18, se observó un alfa de 0.49, medias arriba de 3 y cuenta con 15 ítems. Las medias más altas pertenecen a los reactivos relacionados con el lavado de las manos, asistencia al médico y emociones maternas. Los reactivos con medias debajo de 3, fueron los referentes a higiene tanto personal como de los utensilios de cocina y alimentos. Manifestando estos resultados, que para las madres Yaquis tiene mayor importancia en la prevención de los cuadros diarreicos, ir al médico cuando el niño se enferma y la limpieza de las manos después de defecar y antes de comer.

La Tabla 19 muestra la media y desviación estándar obtenidas por las madres Yaquis en el inventario de motivación por complacer.

Tabla 19. Media y Desviación Estándar para Motivación por Complacer.

Reactivo	Media	D.S.
1. Siempre hago las órdenes de mi esposo	4.22	0.77
2. Siempre hago las órdenes de mi madre	4.24	0.87
3. Siempre hago las órdenes de mi suegra	3.40	1.16

reactivos = 3                      n = 209

La dimensión de motivación por complacer incluye aspectos pertinentes a que tan seguido obedece la madre de familia las órdenes de su esposo, suegra y madre. Se obtuvieron medias superiores a 4, en los reactivos referentes al esposo y madre, y en el ítem relacionado con la suegra se obtuvo una media de 3.40. Revelando que las madres Yaquis obedecen casi siempre las órdenes de su esposo y madre, y un poco menos frecuente a su suegra (Tabla 19).

La Tabla 20 no enseña la media y desviación estándar obtenidas en el inventario de intenciones.

Tabla 20. Media y Desviación Estándar para Intenciones.

Reactivo	Media	D.S.
1. ¿Qué tan cierto es que cuando el niño esta enfermo de diarrea lo llevo con el médico?	3.75	0.54
2. ¿Qué tan cierto es que cuando está enfermo de diarrea inmediatamente le doy suero oral?	3.63	0.61
5. ¿Qué tan cierto es que cuando el niño tiene diarrea aun así le doy de comer?	3.47	0.77
3. ¿Qué tan cierto es que yo al niño le doy agua hervida para que beba?	3.29	0.91
4. ¿Qué tan cierto es que no le doy frijoles de comida?	2.55	1.17
reactivos = 4	n = 209	

La dimensión de intenciones, mide temas relacionados con la posibilidad de realizar o no la conducta de prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas. Esta dimensión obtuvo medias superiores a 3, siendo los reactivos más altos los referentes a la asistencia al médico y el consumo de suero oral durante la enfermedad. Los ítems con medias más bajas, fueron los relacionados con darle agua hervida al niño y no darle frijoles durante la enfermedad. Basándose en las medias más altas, se puede suponer que las madres consideran de gran importancia llevar al médico al niño cuando esta enfermo, darle suero orar y continuar alimentándolo (Tabla 20).

## 5.2 Prueba t para muestras Independientes

Se hizo una prueba t para muestras independientes, comparando las medias de los grupos de conocimiento alto y bajo. Las dimensiones empleadas se formaron haciendo un compute de los ítems de cada uno de los instrumentos aplicados.

De igual forma, los grupos de conocimiento fueron creados por medio de la calificación del inventario de conocimiento; en el grupo alto se incluyeron a todas las madres de familia con puntajes iguales o mayores a 15, y en el grupo bajo se incluyeron a las madres con puntajes iguales o menores a 14.

En la Tabla 21 se presentan los valores de t para muestras independientes para cada una de las variables de la Teoría de Acción Razonada.

Tabla 21. Valores de t por grupo de conocimiento, para creencias conductuales, creencias normativas, actitudes, motivación por complacer e intenciones.

		N	Media	t	Sig.
Creencia Conductual	Grupo bajo	84	30.30	1.120	0.264
	Grupo alto	125	29.76		
Creencia Normativa	Grupo bajo	84	39.08	0.662	0.509
	Grupo alto	125	38.79		
Actitud	Grupo bajo	84	50.58	0.530	0.596
	Grupo alto	125	50.27		
Motivación por Complacer	Grupo bajo	84	11.65	-1.136	0.527
	Grupo alto	125	11.99		
Intención	Grupo bajo	84	16.76	0.394	0.694
	Grupo alto	125	16.63		

En la Tabla 21, se observa que no hay diferencias para ambos grupos de conocimiento, y aunado a esto en todos los grupos de presentan valores de  $p > 0.05$ , por lo que no es significativo. Por lo que se podría decir que el nivel de conocimiento, en esta forma de evaluación, no influye en la forma de comportarse de las madres de familia yaqui.



### 5.3 Valores de Correlación de Pearson según Conocimiento.

En la Tabla 22, se observan los valores de correlación de Pearson entre los factores de la Teoría de Acción Razonada, para el total de las madres Yaquis evaluadas.

Tabla 22. Valores de intercorrelación de Pearson para el grupo total de las madres de familia.

	C.C.	C.N.	A.	M.p.C	I
Creencia Conductual					
Creencia Normativa	0.40**				
Actitud	0.15*	0.23**			
Motivación por Complacer	0.10	0.18**	-0.06		
Intención	0.23**	0.23**	0.24**	0.01	

\*\*p<0.01 \*p<0.05

Nota: Los valores de correlación para el factor de conocimiento no fueron incluidos por tratarse de una variable bloqueada.

En la Tabla 22, se observan correlaciones significativas, positivas y moderadas para la mayoría de las dimensiones, exceptuando la correlación entre actitudes y motivación por complacer (-0.06), donde se presentaron valores negativos y muy débiles.

### 5.4 Valores de Regresión Lineal.

En la Tabla 23, se muestran los valores de predicción obtenidos de la regresión lineal utilizando el método de Entrada, para los factores de conocimiento, creencias conductuales, creencias normativas, actitudes y motivación por complacer.

Tabla 23. Valores de Regresión Lineal para los factores de conocimiento, creencias conductuales, creencias normativas, actitudes y motivación por complacer.

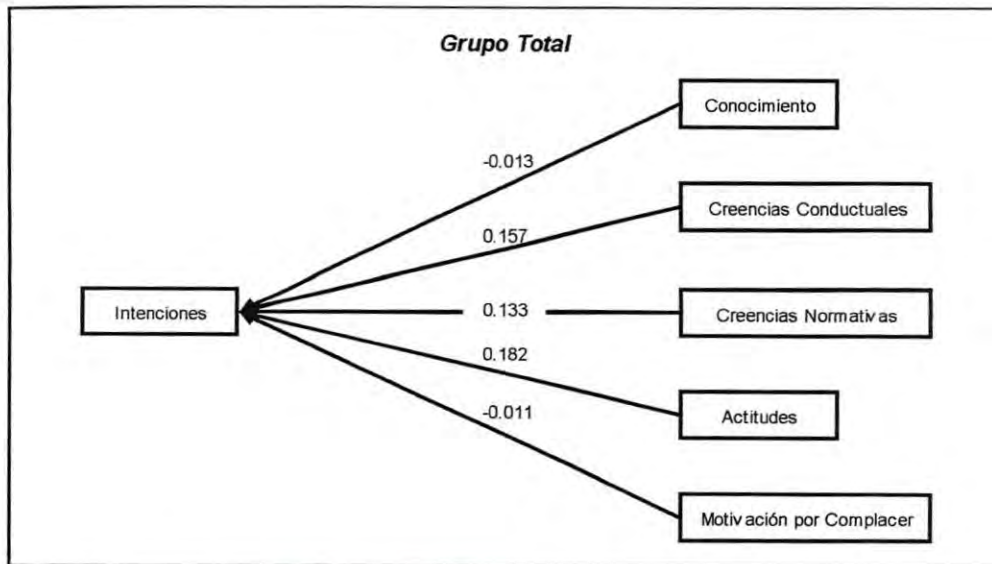
Modelo	R	R <sup>2</sup>	Beta Std.
1. Conocimiento	.048	.002	-.048
2. Conocimiento, Creencia Conductual y Creencia Normativa	.285	.081	-.021 .170 .168
3. Conocimiento, Creencia Conductual, Creencia Normativa, Actitudes, Motivación por complacer.	.336	.113	-.013 .157 .133 .182 -.011

\* Variable Dependiente: Intenciones

Se puede observar en la Tabla 23, que se obtuvieron tres modelos de correlación para la variable dependiente (intenciones), donde el modelo que alcanzó un coeficiente de correlación ( $R=0.336$ ) y un coeficiente de determinación ( $R^2=0.113$ ) más elevado fue el tercero, en el cual se incluyen las variables de conocimiento, creencia conductual, creencia normativa, actitudes y motivación por complacer.

Por el contrario, el modelo que obtuvo un coeficiente de correlación y coeficiente de determinación más bajo ( $R=0.48$  y  $R^2=0.002$  respectivamente), fue el primero, donde se correlaciona a la intención con el conocimiento solamente.

En la figura 5, se muestran los valores de beta, obtenidos de la regresión lineal, para los factores de la Teoría de Acción Razonada, utilizando las intenciones como variable dependiente.



\* Valores Beta obtenidos en el tercer modelo de predicción.

**Figura 5.** Modelo de Regresión Lineal para los factores de la Teoría de Acción Razonada

Con estos resultados se deja ver, que son las actitudes, creencias conductuales y creencias normativas, las que influyen en un mayor grado sobre las intenciones, y que la motivación por complacer y el conocimiento influye en un menor grado y de manera negativa a las intenciones.



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En este apartado, se discuten los resultados obtenidos con los encontrados en otros estudios. Asimismo, se presenta la conclusión a la que se llegó con la realización de esta investigación, así como los alcances y limitaciones que hubo durante el transcurso de este trabajo.

La secuencia que se seguirá, es la misma planteada en el capítulo de resultados; primero se presenta la discusión de los análisis descriptivos, posteriormente, la de la prueba t para muestras independientes y correlación de Pearson, y por último se presenta la discusión sobre los resultados de la regresión lineal.

Dentro de los resultados obtenidos de los análisis descriptivos, lo primero que salta a la vista, son los datos encontrados en la escala de conocimiento. Con la calificación de esta escala se pudo observar que las madres de familia yaqui poseen un nivel de conocimiento medio, coincidiendo esto con lo hallado por Mújica y Rodríguez (1999) y Zambrano, Álvarez y Blasco (2000), donde se encontró que el nivel de conocimiento que las madres tenían sobre las medidas preventivas de la diarrea fue regular.

Asimismo se encontró que las madres tienen un menor conocimiento sobre la higiene que debe de haber tanto en el hogar como personal, así como de los alrededores de la vivienda. Pudiendo ser esta falta de conocimiento, un factor de riesgo, ya que se ha observado en la literatura sobre las enfermedades diarreicas, que el no tener una higiene adecuada puede ser un factor que origine un cuadro diarreico, tal como lo comprobaron Díaz, Mendoza, Izquierdo y León (1999) y Cervantes, Bosch y Armero (2001).

También se vio que las madres de familia yaqui consideran como benéfico para ellas el continuar alimentando al niño durante el episodio de diarrea, darle muchos líquidos como el suero oral y darle los medicamentos recetados por el doctor, esto coincide con lo encontrado por Cervantes, et. al. (2001), donde halló que para la mayoría de las madres de familia era importante el darle las sales de rehidratación oral, como tratamiento de los cuadros diarreicos, así como el continuar con la alimentación del niño, en especial con la lactancia materna.

Al respecto, Reyes, et. al (1996) encontró que la forma de tratar las enfermedades diarreicas de las madres en comunidades rurales, es el suero de rehidratación oral, siendo esta tendencia similar en las madres Yaquis, donde además se encontró que es importante para ellas el hacer que el niño tome té y hierbas, como el té de guayaba, de lima, y pastillas de estafiate con aceite de oliva, y que como mencionan Alarcón y Vidal (2005), estas formas de tratamiento son transmitidas a través de la familia, vecinos y medios de comunicación. Aunado a esto, se encontró que las madres evaluadas se sienten presionadas por la opinión de la familia, en especial del esposo y suegra, haciéndoles casi siempre caso a las recomendaciones que le hacen.

Igualmente se encontró que las madres de familia yaqui consideran positivo el lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño, así como enseñarle a los hijos la importancia de lavarse las manos para no enfermarse de diarrea, siendo esto muy significativo, ya que la costumbre de lavarse las manos disminuye la posibilidad de contraer alguna enfermedad, en especial los episodios diarreicos. Estos datos concuerdan con lo planteado por Jiménez (2005), donde menciona que las infecciones respiratorias y gástricas, están muy relacionadas con la higiene, habiéndose

demostrado en distintos estudios que este tipo de enfermedades se han reducido gracias al seguimiento de hábitos higiénicos como el lavado de manos, principalmente antes de comer y después de ir al baño.

De igual forma consideran bueno y de gran importancia el llevar a su hijo al doctor cuando la diarrea esta comenzando, sintiéndose preocupadas y tristes cuando el niño no se alivia, discrepando con lo encontrado por Alarcón y Vidal (2005), ya que en su investigación hallaron que las madres mapuche no recurren al centro de salud para resolver las enfermedades de los hijos como primera instancia, sólo lo hacen cuando el niño continúa enfermo a pesar de los tratamientos brindados en el hogar.

Por otro lado, y en cuanto a los resultados encontrados en la prueba t para muestras independientes, se observó que para las madres yaquis no existen diferencias entre los grupos de conocimiento, es decir que el que las madres de familia conozcan o no, en esta forma de evaluación, no influye en su forma de comportarse, esto corresponde a lo planteado por la Teoría de Acción Razonada, ya que menciona que no existe una relación necesaria entre las variables externas (sociales, individuales y de información) y una conducta, sólo pueden influir de manera indirecta, es decir, las variables externas influyen solo si están relacionadas con una o más de las variables planteadas en el modelo, y cuando existe esta relación puede cambiar con el tiempo y el lugar (Ajzen y Fishbein, 1980).

Con respecto a los datos encontrados de la correlación de Pearson, se obtuvo que existe una mayor asociación entre las conductas de prevención que realizan las madres de familia evaluadas y que le han resultado efectivas (creencia conductual) y la presión percibida de parte de sus familiares (creencia normativa), sobre como se previenen y tratan las enfermedades diarreicas, coincidiendo esto con lo encontrado por Laborín, et.



al (2003). Estos resultados indican que en la medida de que las madres yaquis consideren como positivo el darle suero oral al niño o darle los medicamentos recetados por el doctor, considerarán en un mayor grado la opinión de los familiares como la del esposo, madre o suegra sobre si ella le debe o no dar suero oral al niño o el medicamento recetado como una forma de tratamiento de las enfermedades diarreicas.

Del mismo modo, se observó una buena relación entre la creencia de la madre de familia de que al comportarse obtendrá consecuencias positivas (actitudes) y la presión percibida de parte de sus familiares (creencias normativas); suponiéndose que, mientras las madres yaquis evaluadas obtengan consecuencias positivas cada vez que lleve al niño al medico, considerarán en un mayor grado la opinión de los familiares como la del esposo, madre o suegra sobre llevar al niño al centro de salud cuando la diarrea apenas empieza. Al igual, se mostró que las madres asocian su intención de realizar un comportamiento de cuidado, con las conductas que a ellas le han resultado efectivas a las madres de familia evaluadas, la presión percibida de parte de sus familiares y la creencia de la madre de que al comportarse obtendrá consecuencias positivas; sugiriendo esto, que en la medida de que las madres yaquis tengan una mayor intención de realizar una conducta de prevención y tratamiento, considerará en un mayor grado las conductas que ha realizado y que le resultaron efectivas, la opinión de los familiares y los beneficios obtenidos de realizar la conducta.

Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Laborín, et. al (2003), donde concluyeron que las madres de familia se comportan respecto al cuidado del niño, conforme a las normas que imperan dentro del marco familiar, tomando en cuenta los consejos e instrucciones dados por el esposo, suegra y madre; principalmente, en la toma de medidas para la prevención y atención de la diarrea en los menores de 6 años;

aumentando esta tendencia cuando el sexo del infante es masculino, dejando de lado creencias, conocimientos y actitudes propias frente al padecimiento y tratamiento de la diarrea.

Además, el hecho de que no exista una asociación entre la motivación por complacer y las intenciones, contradice lo planteado por la teoría de acción razonada, ya que el modelo supone una mayor relación entre las actitudes y normas subjetivas (Hee, 2000). Igualmente, estos datos se oponen a lo encontrado en la literatura de las comunidades yaquis, ya que para ellos es trascendental la opinión del colectivo, debido a que el ignorarlo acarrearía que sean excluidos o ignorados por los miembros del grupo, sin embargo, con esta falta de asociación entre la motivación que la madre de familia evaluada tenga de complacer a los familiares y la intención de realizar una conducta de prevención y tratamiento de los cuadros diarreicos, se deja ver que para este grupo de madres yaquis no es tan importante el agrandar a su esposo, madre o suegra.

Por otro lado, se encontraron en la regresión lineal, tres modelos explicativos de la intención de efectuar una conducta de prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas. El primero de ellos, se incluye el conocimiento que la madre de familia posee sobre como prevenir y tratar los cuadros diarreicos y es el que explica en un menor grado a las intenciones y además de forma negativa, confirmando esto lo encontrado en la prueba t, en donde se encontró que el conocimiento no es significativo para los factores del modelo y corroborando lo planteado por la teoría sobre la no influencia de las variables externas como el conocimiento sobre las intenciones (Ajzen y Fishbein, 1980).



El modelo que más influyó sobre las intenciones conductuales es el tercer modelo, en donde se incluyen todos los factores propuestos por la teoría de acción razonada. Sugiriendo esto que el conjunto de todas las variables incluidas en el modelo explican de una mejor forma a las intenciones. Se observó que para las madres de familia yaqui, son las actitudes las que influyen mayormente a las intenciones, seguidas por las creencias conductuales y las creencias normativas.

Es decir, que las madres de familia yaqui a la hora de decidir realizar una conducta de prevención y tratamiento, toman en cuenta a las creencias de la madre de que al comportarse obtendrá consecuencias positivas, las conductas que ya efectuaron y que les resultaron efectivas, y la opinión de sus familiares.

Con estos resultados, se puede sugerir que el modelo no se comportó de manera esperada, ya que se esperaba que las actitudes y la motivación por complacer en conjunto predijeran en un mayor grado a las intenciones (Hee, 2000), sin embargo no fue lo que se observó en las madres yaquis.

Esto podría deberse a las características propias de las madres de familia yaqui, ya que pertenecen a un grupo que se encuentra aislado tanto cultural como socialmente, tienen un conjunto de ideas mítico-religiosas como explicación de las enfermedades, tienen un nivel de educación básico, hablan otro idioma al español, están inmersas en una serie de cuestiones políticas que ocasionan un aislamiento, y tienen un nivel socioeconómico bajo, donde la mayoría se dedica a la agricultura (Ochoa, 1990). Estas características típicas de las comunidades yaquis, son un factor que influye en gran medida sobre la forma de comportarse del modelo, debido a que esta teoría fue pensada y ha sido probada casi exclusivamente en poblaciones urbanas, con un nivel socioeconómico medio, con estudios y sobre todo no indígenas.



## **SUMARIO Y CONCLUSIONES**

Con base a los resultados obtenidos y a las discusiones realizadas, se puede concluir que:

1. Las madres de familia del estudio, consideran importante el darle tanto suero oral como el medicamento recetado por el centro de salud.
2. Resulta primordial para las madres, lavar los alimentos que se consumen y lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño, como forma de prevención.
3. Las madres utilizan la medicina tradicional, como lo es, el darle té y hierbas, como té de guayaba, de lima y anís dulce, pastillas de estafiate con aceite de olivo, y continuar con la alimentación cotidiana del niño, aunque en un menor grado que la medicina moderna.
4. Aunque las madres de familia conozcan sobre como prevenir y tratar las enfermedades diarreicas, no influye en su forma de comportarse.
5. Los factores que presentan los valores de correlación más altos fueron las creencias conductuales y creencias normativas. Esto puede sugerir que entre mayor sea la certeza de la madre yaqui de que al realizar una conducta de prevención obtendrá consecuencias positivas para ella, considerará en un mayor grado la opinión del esposo, madre y suegra, con respecto a realizar o no una conducta preventiva o de tratamiento.
6. Las actitudes son el factor que influye en un mayor grado sobre la intención; indicando esto que, en las madres de familia evaluadas influye más el juicio que hace sobre si es bueno o malo, o si esta a favor o en contra de realizar algún comportamiento de prevención y tratamiento de los cuadros diarreicos.

7. En las madres de familia yaqui son los factores individuales como las actitudes, creencias conductuales y creencias normativas, los que predicen en un mayor grado a las intenciones conductuales, en comparación con los factores sociales como las normas subjetivas.

En general podemos concluir que la madre de familia yaqui se comporta respecto a las enfermedades diarreicas, de acuerdo a la evaluación que hace de las normas sociales existentes en la comunidad, la seguridad que tiene de que el realizar esa conducta será bueno para ella, y pese a que escucha los consejos dados por su esposo, madre y suegra, no resultan significativos para ella en la toma de decisiones.

En cuanto a la Teoría de Acción Razonada, se puede concluir que, a pesar de haber sido probado su valor predictivo de las intenciones conductuales en múltiples ocasiones, para el caso específico de la comunidad yaqui no resultó ser del todo adecuado; debido quizá a que este modelo fue propuesto para poblaciones escolarizadas y de áreas urbanas, y no para comunidades indígenas no escolarizadas. Pudiendo haber afectado en un mayor grado variables externas al modelo como lo son el nivel de educación que poseen las madres de familia yaqui, el idioma, la cultura de la comunidad, la religión que profesa y la situación política y social en la que se encuentran inmersas y que son características propias del grupo, en la utilidad del modelo.

### ***ALCANCES Y LIMITACIONES***

Dentro de los alcances y limitaciones que se tuvieron durante la realización de este proyecto, podemos encontrar:

1. Se pudo encontrar que las madres de familia conocen muy poco sobre las enfermedades diarreicas y especialmente sobre su tratamiento, por lo que se recomienda que se le de una mayor difusión a este tema, en especial atacando a las creencias que se tengan y tomando en cuenta a la opinión de la comunidad.
2. Con respecto a la parte metodológica, los cuestionarios utilizados obtuvieron alfas muy bajas y en algunos casos nulas, indicando que tuvieron poca consistencia interna, causada principalmente a que eran muy cortos y que los reactivos no se relacionaban entre sí.
3. Esta poca consistencia interna, pudo ocasionar que los valores de correlación y regresión fueran bajos. Por lo que se recomienda que adicionalmente al desarrollo de cuestionarios de evaluación, es importante que se obtenga la validez y confiabilidad de los mismos, con la finalidad de que cumplan con las características psicométricas necesarias.
4. Además se observó que entre las madres de familia yaqui no había diferencias en sus respuestas, respondiendo todas casi de la misma forma, afectando de igual modo a los valores de correlación y regresión.
5. Recomendándose que para obtener datos más confiables, se utilicen aunado a las técnicas cuantitativas, técnicas cualitativas como entrevistas a profundidad, grupos focales, notas de campo y la observación participante, para lograr una concepción más clara de la comunidad yaqui y no encasillarlos a nuestra concepción del mundo.



En general, se recomienda para futuras investigaciones, incluir en la evaluación aspectos referentes a la cultura y creencias, debido a que en estas comunidades son temas muy arraigados y que difícilmente se separan de su forma de actuar. Del mismo modo se recomienda modificar costumbres erróneas acerca de la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas en las madres de familia yaqui, por medio de campañas que promocionen la importancia de mantener bien alimentado al niño, tener una buena higiene tanto en el hogar como en los alimentos, utensilios de cocina y alrededores de la vivienda, no utilizar los conocimientos ni los remedios caseros y llevar al niño al centro de salud cuando las diarreas se presentan.

## REFERENCIAS

- Ajzen, I. (2002). *Theory of planned behavior*. [En red:<http://www.people.umss.edu/aizen/index.html>]. Consultado en Julio de 2005.
- Ajzen, I., y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I., y Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. En Albarracín, D., Johnson, B. T. y Zanna, M. P. (Eds.), *The handbook of attitudes* Mahwah, NJ: Erlbaum. 173-221.
- Alarcón, M. A., Vidal, H. A. (2005 noviembre-diciembre). Cultural Dimensions of the childhood primary health care delivery from the mothers' perceptions in the Araucania-Chile. [En red: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342005000600008&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342005000600008&script=sci_arttext)]. *Salud Pública de México*, 47 (6). Consultado Junio 5, 2006.
- Alonzo, S. J. y Roque, R. O. (2001). Incidencia de diarrea infantil en una guardería. [En red:<http://www.imbiomed.com/index3.html>] *Revista Biomédica*, 12 (4) 256-261. Consultado Agosto de 2005.
- Álvarez, B. J. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad. Análisis Psicosocial* (Primera Edición). México: Trillas. 58-75
- Andreu, V. Y., Galdón, G. M., Durá, F. E., Carretero, G. S. y Tullés, H. J. (2004 enero-febrero). Edad, Creencias de Salud y Asistencia a un programa de cribado mamográfico en la comunidad Valenciana. [En red: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v78n1/original5.pdf>] *Revista Española de Salud Pública*, 78 (1) 65-82.
- Annan, K. (2001). *Salud y Pobreza*. [En Red: <http://www.unfpa.org/swp/2002/espano/ch5/>]. Consultado en Noviembre de 2005.
- Ardouin, J., Bustos, C., Gayó, R. y Tarpa, M. (2001). *Locus de control, control conductual percibido y su relación con la intención de petición de uso de condón en mujeres universitarias de la Ciudad de Concepción*. [En red: <http://www.apsique.com/tiki-index.php?page=SocioCondon>]. Consultado en Julio de 2005.
- Arrivillaga, M., Salazar, I. C. y Correa, D. (2003). Creencias sobre salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. [En red: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No4/creencias.pdf>] *Revista Colombia Médica*, 34 (4) 186-195. Consultado en Julio de 2005. Consultado en Junio de 2005.



- Atkín, L. C., Supervielle, T., Cantón, P. y Sawyer, R. (1987). *Paso a paso. Como evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños*. (Primera Edición). México: Pax-México. 54-72.
- Borrell, B. R. (2005). *Salud Infantil*. [En Red: [http://www.msal.gov.ar/html/site/Municipios\\_Saludables/documentos\\_a\\_bajar/portafolio/6%20Salud%20infantil.pdf](http://www.msal.gov.ar/html/site/Municipios_Saludables/documentos_a_bajar/portafolio/6%20Salud%20infantil.pdf)] Buenos Aires: OPS/Ministerio de Salud y Ambientes de la Nación, 302 p. Consultado en Septiembre de 2005.
- Cabrera, A. G., Tascón, G. J. y Lucumí, C. D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. [En red: <http://www.guajiros.udea.edu.co/revista/VOL19-1/07191.pdf>] *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, 19 (1) 91-101. Consultado en Julio de 2005.
- Carrada, F. G. (2003 mayo). *Capacitación de madres de niños menores de 5 años sobre la enfermedad diarreica aguda en una comunidad indígena de Tabasco*. [En red: <http://www.mioss.org/clase.asp?cid=29>]. Secretaria de Salud. Consultado en Febrero de 2006.
- Carruyo, V. C., Vizcaíno, G., Carrizo, E., Arteaga, V. M., Sarmiento, S. y Vizcaíno, C. J. (2004). Actitud de los individuos adultos con hemofilia hacia su enfermedad. [En red: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S053551332004000300006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S053551332004000300006&lng=es&nrm=iso)] *Investigación Clínica*, 45 (3). Maracaibo. Consultado en Octubre de 2005.
- Castillo, R. O., Sierra M. F. y Cantú, M. P. (2000 julio-septiembre). Incidencia de las diarreas en menores de 5 años y su relación con la calidad y disponibilidad de agua para uso y consumo humano en Sabinas Hidalgo, Nuevo León (México). [En red: <http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/i/3/articulos/diarreas.html>] *Revista Salud Pública y Nutrición*, 1 (3). Consultado en Octubre de 2005.
- CDI-Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2004-2005). *Los pueblos indígenas de México-Yaquis*. [En red: [http://www.cdi.gob.mx/index.php?id\\_seccion=359](http://www.cdi.gob.mx/index.php?id_seccion=359)]. Consultado en octubre de 2005.
- Cervantes, B., Bosch, G. M. y Amero, P. (2001). Valoración del conocimiento de las madres sobre las diarreas y su prevención. [En red: [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol17\\_1\\_01/enf10101.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol17_1_01/enf10101.htm)]. *Revista Cubana de Enfermería*, 17(1) 56-9. Consultado junio 6 de 2006.
- Córdova, P. J. (2003). *Comunicación Educativa en Salud. Oficina de comunicaciones del Ministerio de Salud*. Tesis de Licenciatura publicada [En red: [http://sisbib.unms.edu.pe/BibVirtual/Tesis/Human/cordova\\_pj/cordova\\_pj.htm](http://sisbib.unms.edu.pe/BibVirtual/Tesis/Human/cordova_pj/cordova_pj.htm)] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Consultado en Julio de 2005.



- Corral-Terrazas, M., Martínez, H., Flores-Huerta, S., Duque-L., M. X., Turnbull, B. y Levario-Carillo, M. (2002). Creencias y conocimientos de un grupo de médicos sobre el manejo de la alimentación del niño con diarrea aguda. [En red: [http://www.insp.mx/salud/44/444\\_3.pdf](http://www.insp.mx/salud/44/444_3.pdf)] *Revista Salud Pública de México*, 44 (4) 303-314. Consultado en Agosto de 2005.
- Cruz, A. (2004). *Diarreas infantiles, grave problema de salud pública*. [En red: <http://www.jornada.unam.mx/2004/07/08/048n1soc.php?origen=socjus.php&fly=2>]. Consultado en Noviembre de 2005.
- Devos\_Comby, L., McCarthy, D., Ferris, H. y Sabvey, P. (2002 abril). *Integrated Theory of Reasoned Action predicts later-condom use among low-income inner-city women*. [En red: <http://cira.med.yale.edu/events/asd,lorainedevoscomby.pdf>]. Consultado en Enero de 2006.
- Díaz-Loving y Villagran-Vazquez (1999) The Theory of Reasoned Action Applied to Condom Use and Request of Condom Use in Mexican Government Workers. [En Red: : [http://bvs.insp.mx/harticulo.php?id\\_art=1179&id\\_programa=5&id\\_seccion=21](http://bvs.insp.mx/harticulo.php?id_art=1179&id_programa=5&id_seccion=21)]. *International Association of Applied Psychology*, 48(2), 139-151. Consultado en Octubre de 2005.
- Díaz, F. L., Mendoza, S. M., Izquierdo, E. A. y León G. E. (1999 enero- marzo). Diarrea persistente: algunos factores de riesgo. [En red: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475311999000100003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475311999000100003&lng=es&nrm=iso)]. *Revista Cubana de Pediatría*, 71 (1). Consultado en Junio 5 de 2006.
- Feeley, T. H. (2003 verano). Using the theory of reasoned action to model retention in rural primary care physicians. [En red: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=12839132&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12839132&dopt=Abstract)] *Journal Rural Health*, 19 (3): 245-251. Consultado en Enero de 2006.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fullana, M. E., Artero, M. A., Sales, D. C., Mir, P. B. y Morales, V. D. (1996 marzo). Infantile diarrhea: knowledge and attitudes of mothers at a primary care center. [En red: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list\\_uids=8679865&query\\_hl=15&itool=pubmed\\_docsum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=8679865&query_hl=15&itool=pubmed_docsum)]. *Atención Primaria*, 17 (4): 284-287. Revisado en Diciembre de 2005.
- Guiraldes, E., Larraín, F. y Harris, P. (1996). *Diarrea Aguda en la Infancia*. En: Manual de Gastroenterología Pediátrica. [En red: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Pediatria/ManualGastro/GastroIndice.html>]. Consultado en Octubre de 2005.

- Gurule, J. (2002 primavera). *Ajzen and Fishbein's Theory of Reasoned Action*. [En red: [http://www.ciadvertising.org/student\\_account/spring\\_02/adv382j/jagurule/tora\\_home.html](http://www.ciadvertising.org/student_account/spring_02/adv382j/jagurule/tora_home.html)]. Consultado en Diciembre de 2005.
- Gutiérrez, C. C., Villa, C. S., Mota, H. F., Cabrales, M. R. y Gómez, U. J. (2004). Intervención educativa para el manejo efectivo de la diarrea en el hogar. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 61 (1) 12-28.
- Gutiérrez, G. (1994 marzo-abril). El programa nacional de control de las enfermedades diarreicas: su impacto en la salud y en los servicios de salud. [En red: <http://www.insp.mx/salud/36/362-1s.html>]. *Revista Salud Pública de México*, 36 (2). Consultado en Septiembre de 2005.
- Hee, S. P. (2000 verano). Relationships among attitudes and subjective norms: Testing the theory of reasoned action across cultures. [En red: [http://calbears.findarticles.com/p/articles/mi\\_qa3669/is\\_200007/ai\\_n8888791](http://calbears.findarticles.com/p/articles/mi_qa3669/is_200007/ai_n8888791)]. *Communication Studies*.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C. y Baptista, L. P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: MacGraw-Hill.
- Hirsch, A. (2005). Construcción de una escala de actitudes sobre ética profesional. [En red: <http://redie.uabc.mx/vol7no1/contenido-hirsch.html>]. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 7 (1). Consultado en Julio de 2005.
- Hyun, K. J. (1997). *Theory of Reasoned Action*. [En red: [http://www.ciadvertising.org/studies/student/97\\_fall/practitioner/belding/theory.html#wh](http://www.ciadvertising.org/studies/student/97_fall/practitioner/belding/theory.html#wh)]. Consultado en Agosto de 2005.
- Jiménez, V. (2005). *La higiene en las manos puede prevenir muertes en los niños*. [En red: [http://www.websalud.com/articulo.html?xref=20050819salwsdsal\\_5&type=Text&anchor=wsdsalntc](http://www.websalud.com/articulo.html?xref=20050819salwsdsal_5&type=Text&anchor=wsdsalntc)]. Consultado en Junio 8 de 2006.
- Laborín, A. J., Vera, N. J. y Durazo, S. F. (2003). *Evaluación de factores psicosociales en la prevención y tratamiento de enfermedades diarreicas en comunidades indígenas Yaquis del sur del estado de Sonora*. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A. C. (Com. In.)
- Lanata, C. F. y Black, R. E. (1988). *El problema mundial de las diarreas*. En: *Enfermedades diarreicas en el niño*. (Novena Edición). México: Hospital Infantil de México Eds. 1-9.
- Lozano, R. G. (2003). Actitudes y persuasión hacia la donación de órganos y tejidos. [En red: [http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/donacion\\_organos.html](http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/donacion_organos.html)] *Revista Electrónica La Misión*. Universidad Autónoma de México. Consultado en Septiembre de 2005.



- Martínez, S. H., Diez, U. S. y Meneses, D. L. (1998 marzo-abril). Alimentación sostenida durante diarrea aguda en niños menores de 5 años. [En red: <http://www.insp.mx/salud/40/402-6.pdf>]. *Revista Salud Pública de México*, 40 (2). Consultado en Agosto de 2005.
- McCormack, B. k. (1999). *Theory of Reasoned Action/Theory of Planned Behavior*. [En red: [http://hsc.usf.edu/~kmbrown/TRA\\_TPB.htm](http://hsc.usf.edu/~kmbrown/TRA_TPB.htm)]. University of South Florida. Consultado en Diciembre de 2005.
- McKinlay, A., Couston, M. & Cowan, S. (2001). Nurses' behavioural intentions towards self-poisoning patients: a theory of reasoned action comparison of attitudes and subjective norms as predictive variables. [En red: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=11430598&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=11430598&dopt=Abstract)]. *Journal of Advanced Nursing*, 34(1), 107-116.
- Mejía, M. J.(1987). *La Medicina Tradicional Yaqui*. Dirección de Culturas Populares Sub-estación Vicam.
- Mujica, M. y Rodríguez, V. (1999). Nivel de conocimiento sobre la diarrea que poseen las madres de niños menores de 5 años en el Municipio Morán del Estado Lara. [En red: [http://bibmed.ucla.edu.ve/cgi-win/be\\_alex.exe?Acceso=T070000049859/0&Nombrebd=bmucla](http://bibmed.ucla.edu.ve/cgi-win/be_alex.exe?Acceso=T070000049859/0&Nombrebd=bmucla)]. Consultado en Junio 1 de 2006.
- Ochoa, R. H. (1990). *Medicina moderna en un mundo mágico. Un estudio médico-social en el yaqui*. (Primera Edición). México: INI.
- Organización Panamericana de la Salud/Kellogg. (2001) *Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud del adolescente* [En red: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/ADOL/ComSocial.pdf>]. Consultado en Octubre de 2005.
- Parchment, Y. D. (2004 noviembre-diciembre). Prostate cancer screening in African American and Caribbean males: detriment in delay. [En red: [http://www.findarticles.com/p/articles/mi\\_mOMJT/is\\_6\\_15/ai\\_n8592429](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_mOMJT/is_6_15/ai_n8592429)]. *The ABNF Journal*. Consultado en Octubre de 2005.
- Perko, M., Bartee, R. T., Dunn, M. S., Wang, N. Q. y Eddy, J. (2002 primavera). Giving new meaning to the term "taking one for the team": influences on the use/non-use of dietary supplements among adolescent athletes –Statistical data included. [En red: [http://www.findarticles.com/p/articles/mi\\_mOCTG/is\\_2\\_16/ai\\_72732722](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_mOCTG/is_2_16/ai_72732722)]. *American Journal of Health Studies*. Consultado en Noviembre de 2005.
- Reyes, H., Guiscafré, H., Sarti, E., Montoya, Y., Tapia, R. y Gutiérrez, G. (1996 mayo-junio). Variaciones urbano-rurales en la atención del niño con enfermedad diarreica en México. [En red: <http://www.insp.mx/salud/38/383-1s.pdf>] *Revista Salud Pública de México*, 38 (3). Consultado en Agosto de 2005.



Ríos, C. T. y Vargas, T. E. (1998 enero-marzo). *La acción razonada, valores y medio ambiente*. [En red: <http://educacion.jalisco.gob.mx/consulta/educar/04/4rios.html>]. *Revista de Educación/Nueva Época*, 4. Consultado en Septiembre de 2005.

Secretaria de Salud-SSA (2005).

Shiao, T. E. (2000). *Theory of Reasoned Action*. [En red: [http://www.ciadvertising.org/studies/student/99\\_fall/theory/tseng/Reasoned/home.htm](http://www.ciadvertising.org/studies/student/99_fall/theory/tseng/Reasoned/home.htm)]. Consultado en Octubre de 2005.

Silva, Z. P. (2005). *Diarrea aguda en el niño*. [En red: <http://www.clinicabellolio.cl/art07.htm>] Centro Clínico Bellolio, Santiago, Chile. Consultado en Julio de 2005.

Sosa, G. D. (2003). *Diseño y validación de una escala de actitudes hacia la prevención y tratamiento de enfermedades diarreicas en comunidades indígenas yaquis*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad de Sonora, Hermosillo, Sonora, México.

Stefani, D. (2001). Género y prevención primaria del SIDA en ancianos: un análisis desde la teoría de la acción razonada. [en red: <http://www.rpsi.org/avances/volumen192001.htm>] *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 19. Colombia, Bogotá: Fundación para el Avance de la Psicología. 51-56. Consultado en Agosto de 2005.

Stefani, D. (2005 octubre). Teoría de Acción Razonada: una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica. [En red: <http://www.revistaevaluar.com.ar/stefani.pdf>]. *Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa*. Facultad de Psicología Universidad Nacional de Córdoba. Consultada en Diciembre de 2005.

Van Voorhees, B. W., Fogel, J., Houston, T. k., Cooper, L. A., Wang, N. y Ford, D. E. (2005). Beliefs and attitudes associated with the intention to not accept the diagnosis of depression among young adults. [En red: <http://www.annfammed.org/cgi/content/full/3/1/38>]. *Annals of family Medicine*, 3: 38-46. Consultado en Diciembre de 2005.

Vázquez-Resenos, C. y Shamah-Levy, T. (1996). Conceptualización y causalidad de la diarrea infantil en zonas rurales del estado de Chiapas. *Boletín Médico del Hospital Infantil*, 53 (8). 367-373

Velásquez, F. R., García, L. H., Rodríguez, E., Gómez, D. A., Melo, M., Anaya, L. y Torres, J. (2004). Enfermedad y muerte por diarrea grave en niños mexicanos: ¿es necesaria una vacuna contra el rotavirus?. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 61 (6) 465-474.

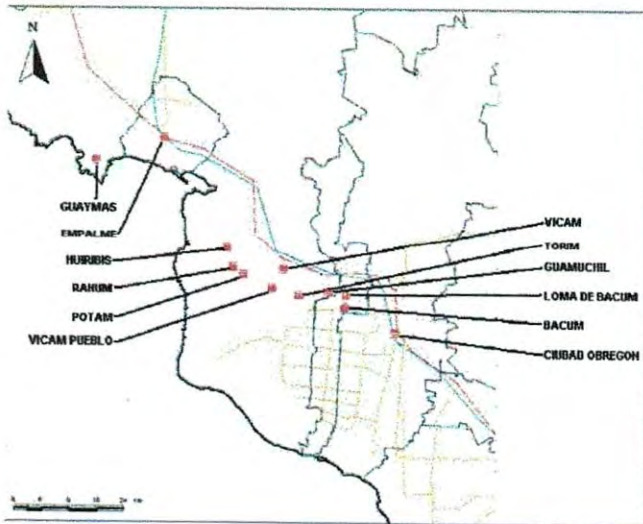
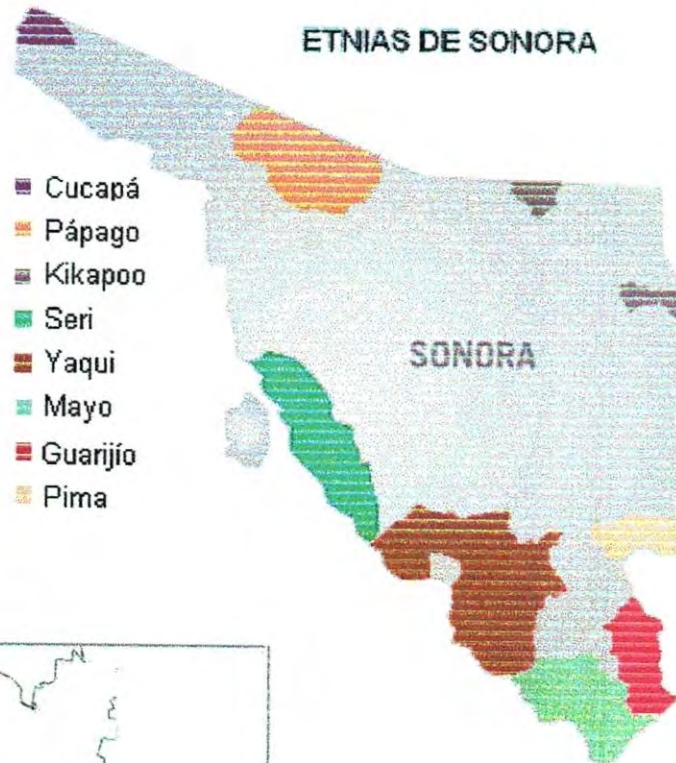
Zambrano, A., Álvarez, C. y Blasco, M. (2000 Febrero-Mayo). Nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas en madres o representantes de niños menores de un año, de la "Comunidad de San Francisco. [En red: [http://bibmed.ucla.edu.ve/cgiwin/be\\_alex.exe?Acceso=T070000051480/0&Nombrebd=bmucla](http://bibmed.ucla.edu.ve/cgiwin/be_alex.exe?Acceso=T070000051480/0&Nombrebd=bmucla)].

# Anexos



## ANEXO 1

### UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LAS COMUNIDADES YAQUIS



Fuente: CDI (2004-2005)

## ANEXO 2 DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Hombre ( )                      Mujer ( )                      Años \_\_\_\_\_

¿Con marido?              ( ) jewi (si)              ( ) e'e (no)

Yo en: \_\_\_\_\_ nací

Mi padre en: \_\_\_\_\_ nació      Mi madre  
en: \_\_\_\_\_ nació

En este pueblo yo vivo \_\_\_\_\_ años y \_\_\_\_\_ meses

Yo estudié hasta el \_\_\_\_\_ grados

Yo trabajo \_\_\_\_\_

Mi marido estudió hasta \_\_\_\_\_ grados

Mi marido \_\_\_\_\_ trabaja

## OBSERVACIÓN DIRECTA DEL HOGAR

### 1. Observación directa del hogar

Piso de la cocina

- |                            |                          |
|----------------------------|--------------------------|
| a) Material _____          | e) Letrina _____         |
| b) Sucio _____             | f) Con residuos _____    |
| c) Con desperdicios _____  | g) Manchado _____        |
| d) Usa desinfectante _____ | h) Papeles tirados _____ |

### 2. Observación directa de la madre

Cabeza

- a) Cara sucia
- b) Cabello sucio
- c) Nariz sucia
- d) Cuello sucio
- e) Oídos sucios

Extremidades superiores

- f) Manos sucias
- g) Brazos sucios
- h) Uñas sucias

Ropa

- i) Sucia

### 3. Observación directa del niño

Cabeza

- a) Cara sucia
- b) Cabello sucio
- c) Nariz sucia
- d) Cuello sucio
- e) Oídos sucios

Extremidades superiores

- f) Manos sucias
- g) Brazos sucios
- h) Uñas sucias
- i) Uñas largas

Ropa

- j) Sucia
- k) Una sola prenda
- l) Descalzo



### ANEXO 3 RECORDATORIO DE 72 HORAS

Edad de la madre: \_\_\_\_\_

Sexo del niño: \_\_\_\_\_

1. ¿Sabe usted que es una diarrea?

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

2. ¿Qué sería para usted la diarrea?

---



---



---

3. ¿Qué cosas hace que un niño se enferme de diarrea?

---



---



---

4. ¿Su niño ha cursado con diarrea los últimos seis meses?

0. No \_\_\_\_\_

1. Si \_\_\_\_\_

5. ¿Cuántos días duró con diarrea y cómo lo evaluó entre leve, moderado o grave?

Leve \_\_\_\_\_

Moderado \_\_\_\_\_

Grave \_\_\_\_\_

6. Enuncie al menos 3 razones o causa del porque dio esa respuesta

Razones: 1ra. \_\_\_\_\_ 2da. \_\_\_\_\_ 3ra. \_\_\_\_\_

0. No sabe

1. Asientos poco frecuentes

3. Asientos muy frecuentes

4. Asientos líquidos

5. Asientos líquidos

6. Asientos muy abundantes

7. Asientos poco abundantes

8. Asientos con mal olor

9. Frecuencia de moco con sangre

10. Vómitos

11. Calentura

12. Mucha sed

13. Ojos hundidos

14. Desguanzado

15. Llorón, inquieto

16. Mollera caída

17. Muy activo

18. No tiene calentura

19. No presenta vómito

20. Come normalmente

7. ¿Cómo fue atendido y a los cuántos días inició con dichas acciones?

Medida de tratamiento: \_\_\_\_\_ Días de inicio: \_\_\_\_\_

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 0. Ninguna de ellas | 4. Centro de salud |
| 1. Suegra           | 5. Automedicación  |
| 2. Mama de ella     | 6. Otra            |
| 3. Curandero        |                    |

8. Mencione o enuncie las razones del porqué utilizó tal recurso.

Razones: 1ra. \_\_\_\_\_ 2da. \_\_\_\_\_ 3ra. \_\_\_\_\_

0. Estaba más a la mano
1. Eran varios día enfermo
2. Le tengo más confianza
3. No tenía dinero
4. Cuento con el servicio
5. Me lo recomendaron
6. Ya lo había utilizado
7. Otra (especifique)

## ANEXO 4

### ESCALA DE ACTITUDES

Estamos realizando un estudio acerca del cuidado que tienen las madres con niños de 0-6 años. Por este motivo, solicitamos su colaboración. Contando con ella de antemano, le quedamos agradecidos. Señora: lea cuidadosamente cada uno de los siguientes enunciados e indique que tan de acuerdo está con cada uno de ellos tomando en consideración que, entre más grande y más cerca del enunciado se encuentre el cuadro, indica que está más de acuerdo con él.

#### Ejemplo:

El cuidado de mis hijos es placentero							
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

En el ejemplo puedes ver que hay cuatro cuadros después de la frase, debe marcar con una X sobre el cuadro que represente su grado de acuerdo con él. Si marca el cuadro más **CERCANO A LA FRASE**, esto indica que **ESTÁ COMPLETAMENTE DE ACUERDO**. Si marca el cuadro más **ALEJADO Y MÁS PEQUEÑO**, esto indica que estás **MUY EN DESACUERDO CON LO QUE AFIRMA LA ORACIÓN**. El resto de los espacios indican diferentes grados, utilícelos para encontrar el punto para su manera de pensar.

Conteste tan rápido como sea posible, sin ser descuidada, utilizando la primera impresión que venga a su mente. Conteste en todos los renglones, dando solo una respuesta en cada renglón.

Sus respuestas son totalmente anónimas y confidenciales, recuerde que debe responder **"RECUERDE QUE DEBE RESPONDER QUE TAN DE ACUERDO ESTÁ"**.

1.	Cuando mi hijo llora sin lágrimas es porque esta deshidratado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	A mi hijo se le ha caído la mollera por estar enfermo de diarrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Lavarme las manos con jabón al agarrar a mi hijo sirve para evitar que se enferme de diarrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Cuando mi hijo se enferma de diarrea le doy suero que yo preparo en casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Después de defecar debo lavarme las manos con agua y jabón para evitar enfermar a mi hijo de diarrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Los niños que aún no andan se deben cuidar más de la diarrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Los niños que toman biberón se enferman más de diarrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



8.	Mi hijo se enferma de diarrea cuando come comida que no le gusta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Cuando mi hijo tiene lombrices no puede defecar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Darle hepazote ayuda a cortarle la diarrea a mi hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Un niño que no se baña se enferma más seguido del estómago.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Cuando a mi hijo le da rasquera en su colita es porque tiene lombrices.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	No importa que los platos para comer solamente se enjuaguen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	No pasa nada si las frutas y las verduras no se lavan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Lavarse las manos antes de comer te ayuda a que no te de diarrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Mi hijo no se enferma de diarrea porque no lo dejo que juegue en la tierra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Solamente a los niños de brazos hay que darles agua hervida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Los niños sucios no caen enfermos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	La diarrea se puede curar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Los niños que ya caminan casi no se enferman de diarrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Me siento feliz cuando mi hijo no se enferma de diarrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	El desatender a mi hijo hace que se enferme de diarrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Para que mi hijo no se enferme de diarrea yo le enseño a lavarse las manos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Los niños que todavía no caminan se deben cuidar más de la diarrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Los niños que toman pecho se enferman menos de diarrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	No importa que los niños grandecitos tomen agua de la llave porque casi no se enferman de diarrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Bañar a mi hijo ayuda a que no se enferme de diarrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Constantemente pienso que ni hijo se va a enfermar de diarrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Aun cuando tome mucho agua no te ayuda en contra de la diarrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Es bueno enseñarle al niño a que vaya al baño de hoyo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Me preocupa ver a mi hijo enfermo de diarrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32.	Que mi hijo se enferme de diarrea es bueno porque se le sale la enfermedad del estómago.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	El que yo me lave las manos con agua y jabón al hacer la comida ayuda a que mi hijo no se enferme de diarrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Es mejor que mi hijo defecue y orine en el baño de hoyo a que lo haga afuera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Pienso que darle pecho a mi hijo le ayuda a que no se enferme de diarrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Me enoja que mi hijo ande chillón cuando trae diarrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	No importa que los animales se suban a la mesa a la mesa y ensucien la comida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	Los niños se enferman más seguido de diarea que las niñas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	Si mi hijo come tierra se le pone fuerte el estómago.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	Me entristece ver a mi hijo tan desgano y flaquito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	La diarrea seca el cuerpo de mi hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	Es bueno que lleve a mi hijo con el doctor cuando empieza con diarrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	Mi hijo se enfermará de diarrea si toma agua del canal de riego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.	Mi hijo no se enferma de diarrea si mantengo tapada la comida y el agua del polvo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45.	Mi hijo es cuerudo por eso no se enferma de diarrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46.	Es bueno que lleve a mi hijo con la curandera cuando se enferma de diarrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47.	Me da miedo cuando mi hijo no se alivia pronto de la diarrea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## ANEXO 5

### INVENTARIO DE CONOCIMIENTO

Estamos realizando un estudio acerca del cuidado que tienen las madres con niños de 0-6 años. Por este motivo, solicitamos su colaboración. Contando con ella de antemano, le quedamos agradecidos.

Señora: Lea cuidadosamente cada una de las siguientes preguntas y marque solo una alternativa, la que considere que es respuesta a la pregunta.

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Edad de la madre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

1. Si los niños toman mucha agua en tiempo de calor no se enferman de diarrea.  
                                   (V) Verdadera                    (F) Falsa
2. Los niños que comen bien no se enferman de diarrea.  
                                   (V) Verdadera                    (F) Falsa
3. Si los niños toman agua hervida no se enferman de diarrea.  
                                   (V) Verdadera                    (F) Falsa
4. Todos los niños se enferman de diarrea.  
                                   (V) Verdadera                    (F) Falsa
5. Si los niños juegan con los perros les dará diarrea.  
                                   (V) Verdadera                    (F) Falsa
6. Si los niños comen con las manos lavadas no se enferman de diarrea.  
                                   (V) Verdadera                    (F) Falsa
7. A los niños que juegan con tierra se les pone fuerte el cuerpo.  
                                   (V) Verdadera                    (F) Falsa
8. Si los niños comen fuera se enferman de diarrea.  
                                   (V) Verdadera                    (F) Falsa
9. Si los niños toman agua con cloro no se enferman de diarrea.  
                                   (V) Verdadera                    (F) Falsa
10. La diarrea sólo les da a los niños.  
                                   (V) Verdadera                    (F) Falsa
11. Tener en casa moscas, corrales de chivas, de vacas hace que los niños se enfermen de diarreas.  
                                   (V) Verdadera                    (F) Falsa



12. Si los niños toman agua de un tambo o de una olla se enferman de diarrea.  
(V) Verdadera (F) Falsa
13. Los niños que se bañan todos los días no se enferman de diarrea.  
(V) Verdadera (F) Falsa
14. A los niños que comen frutas y verduras les ayuda a no enfermarse de diarrea.  
(V) Verdadera (F) Falsa
15. El jugar con basura hace que se enfermen de diarrea.  
(V) Verdadera (F) Falsa
16. Si los niños toman agua de la llave se enferman de diarrea.  
(V) Verdadera (F) Falsa
17. Si los niños comen en un plato no lavado se enferman de diarrea.  
(V) Verdadera (F) Falsa
18. Los niños que no comen bien se enferman de diarrea.  
(V) Verdadera (F) Falsa
19. Si los niños andan descalzos no se enferman de diarrea.  
(V) Verdadera (F) Falsa
20. Los niños que se lavan las manos al terminar de defecar no se enferman de diarrea.  
(V) Verdadera (F) Falsa
21. Durante el verano y el invierno los niños pueden enfermar de diarrea.  
(V) Verdadera (F) Falsa
22. Los niños que andan en lugares limpios no se enferman de diarreas.  
(V) Verdadera (F) Falsa
23. Los niños que comen en un plato de un enfermo de diarrea se enferman de diarrea.  
(V) Verdadera (F) Falsa
24. La diarrea se puede pegar.  
(V) Verdadera (F) Falsa

## ANEXO 6

### INVENTARIO DE CREENCIAS CONDUCTUALES

1. Si yo lavo las frutas y verduras le ayuda a mi hijo a que no se enferme de diarrea.  
Cierto: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Incierto
  
2. Si yo le doy al niño caldo de frijol no se enferma de diarrea.  
Cierto: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Incierto
  
3. Si le doy al niño garbanzo no se enfermará de diarrea.  
Cierto: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Incierto
  
4. Si hago que el niño mame no se enferma de diarrea.  
Cierto: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Incierto
  
5. Ofrecerle comida cuando esta enfermo de diarrea es bueno para quitarla.  
Cierto: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Incierto
  
6. Al niño enfermo de diarrea que se le hace tomar té y hierbas como: té de guayaba, de lima y anís dulce, pastillitas de estafiate con aceite de olivo, le ayudará para la diarrea y para lo hinchado.  
Cierto: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Incierto
  
7. Si le doy al niño los medicamentos como: el jarabe del centro de salud se le quitará la diarrea.  
Cierto: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Incierto
  
8. Darle suero oral ayuda a que no le de diarrea.  
Cierto: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Incierto
  
9. Si al niño yo le doy más agua en tiempo de calor que en tiempo de frío no le dará diarrea ni se deshidratará.  
Cierto: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Incierto

## ANEXO 7

### INVENTARIO DE CREENCIAS NORMATIVAS

1. Mi esposo así dice:  
Estaría bien: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Estaría mal  
Dice que no debo darle frijoles.
2. Mi madre así dice:  
Estaría bien: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Estaría mal  
Que para la diarrea yo lo haga que mame.
3. Mi suegra así dice:  
Estaría bien: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Estaría mal  
Si el niño esta enfermo de diarrea yo debo continuar dándole comida.
4. Mi madre así dice:  
Estaría bien: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Estaría mal  
Para quitarle la diarrea al niño yo debo darle tés y hierbas como: té de guayaba, de lima y anís dulce, pastillas de estafiate con aceite de olivo.
5. Mi esposo así dice:  
Estaría bien: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Estaría mal  
Yo debo darle los medicamentos al niño como: el jarabe para que se le quite la diarrea.
6. Mi suegra así dice:  
Estaría bien: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Estaría mal  
Yo debo darle al niño enfermo de diarrea suero oral con agua hervida, entonces no se deshidratará.
7. Mi madre así dice:  
Estaría bien: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Estaría mal  
El agua que nosotros bebemos hay que hervirla entonces el niño no se enfermará de diarrea.
8. Mi esposo así dice:  
Estaría bien: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Estaría mal  
Que los animales no se suban a la mesa.
9. Mi suegra así dice:  
Estaría bien: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Estaría mal  
Que yo debo darle más agua al niño en tiempo de calor que en tiempo de frío.
10. Mi madre así dice:  
Estaría bien: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Estaría mal  
Debo llevar al niño al centro de salud cuando le empieza la diarrea.
11. Mi esposo así dice:  
Estaría bien: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Estaría mal  
Debo darle al niño la medicina que le da el doctor.



## ANEXO 8

### INVENTARIO DE INTENCIONES

1. ¿Qué tan cierto es que cuando el niño esta enfermo de diarrea lo llevo con el médico?

Cierto: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Incierto

2. ¿Qué tan cierto es que cuando está enfermo de diarrea inmediatamente le doy suero oral?

Cierto: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Incierto

3. ¿Qué tan cierto es que yo al niño le doy agua hervida para que beba?

Cierto: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Incierto

4. ¿Qué tan cierto es que no le doy frijoles de comida?

Cierto: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Incierto

5. ¿Qué tan cierto es que cuando el niño tiene diarrea aun así le doy de comer?

Cierto: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Incierto

## ANEXO 9

### INVENTARIO DE MOTIVACIÓN POR COMPLACER.

1. Siempre hago las órdenes de mi esposo:  
Siempre: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Nunca

2. Siempre hago las órdenes de mi madre:  
Siempre: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Nunca

3. Siempre hago las órdenes de mi suegra:  
Siempre: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_: Nunca