CONOCIMIENTOS, COSTUMBRES Y CREENCIAS RELACIONADAS CON LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN DOS POBLACIONES LATINOAMERICANAS

* Dr. Alfonso Barajas Martínez, Mtra. Marcela Bejines Soto, Mtra. Rosa E. Gener Aviña, MCS. Dr. Rafael Bustos Saldaña.
** Lic. Adela Montalvo González, Dr. José A. Martínez Quesada, Lic Gladys Cantero Mayola, Lic Aída López Morejón.

** Equipo de Investigación Cultura Sanitaria del Centro Universitario del Sur de Jalisco (Unv. Guadalajara). México*
*** Equipo de Investigación Cultura Sanitaria del Centro Investigaciones Médico Quirúrgicas de la Habana. Cuba*

RESUMEN

Objetivo: identificar los conocimientos sobre infecciones, que poseen dos poblaciones latinoamericanas
Material y Método: Estudio comparativo en 2 comunidades de América Latina, MUESTREO: polietápico por conglomerados y estratificado. Muestra: Ciudad Guzmán, México (CG) 936, Municipio Playa, Cuba (PL) 738 personas. PROCEDIMIENTO Se realizó por medio de encuestas mediante un cuestionario acerca de las opiniones sobre: contagiosidad de enfermedades infecciosas, identificación de enfermedades de transmisión sexual, inmunizaciones, etc. Se utilizó los paquetes estadísticos EPI INFO 6.04 y EPIDAT 2.1
Resultados: En CD el 58.90% fueron mujeres, en PL el 56.80%. La edad en CD: 35.22±12.4 y en PL: 38.6±12.2 años. El nivel escolar en CD correspondió a 38.8% primaria, 25.1% secundaria, 24.4% bachillerato y 13.50% universitario, en PL: 4.74%, 26.10%, 49.7%, 19.30% respectivamente ($p<0.05$). Los pobladores de PL presentaron mejor identificación significativa de medidas preventivas de gastroenteritis y de transmisión sexual que CD. Por otra parte, presentaron diferencias significativas favorables a la identificación de contagiosidad de enfermedades infecciosas en CD a: Tifoidea (nivel secundaria a universitarios), SIDA (bachillerato), y Tos Ferina (secundaria y bachillerato). Por su parte, PL presento mejor identificación: gastroenteritis (todas las escolaridades), Sífilis (primaria a bachillerato). Por otra parte presentaron diferencia significativa con mejor identificación de enfermedades de transmisión a todos los niveles escolares en Playa.
Conclusiones: Los pobladores de Playa presenta mayor conocimiento de enfermedades infecciosas que los de CD, sin embargo, existen algunas enfermedades que en este momento han desaparecido en las dos poblaciones y que pudieron afectar el conocimiento o creencia sobre su contagiosidad.

INTRODUCCIÓN

Muchos son los factores que actúan directa o indirectamente en la salud individual, familiar y comunitaria de una población[1]. Existe una gama amplia de procesos (económicos, políticos, culturales y sociales)[2-4] que interactúan[5] en el modo de vida que adoptan las cultura[6], determinando un importante papel en la salud, valorada desde el completo bienestar bio-psico-social de los individuos y su entorno comunitario[7].

Desde hace casi una década los pueblos latinoamericanos estuvieron de acuerdo en enfocar sus actividades a la prevención de las enfermedades, por medio de una participación activa de las comunidades en el mejoramiento de su estado de salud[8]

Estudios realizados[9-12] han demostrado el rol que desempeñan las creencias, las costumbres, los valores, patrones familiares y sociales, los conocimientos heredados por generaciones en la cultura sanitaria de una población encausando respuestas conductuales y actitudes de estas antes las enfermedades y en ocasiones promoviendo la aparición de ellas[13].

Por otro lado las evidencias resultantes de recientes estudios[14-16] basados en el conocimiento e interpretación de los pobladores de una comunidad ante determinados procesos de salud, demuestran la importancia de estos aspectos en la prevención de las enfermedades.

La situación de salud creada por algunas enfermedades infecto-contagiosas (Paludismo, la Tuberculosis, el SIDA) en el continente Americano hace imperecedero analizar aquellos aspectos de la cultura sanitaria que influyen en su desarrollo. Un estudio realizado en el sureste de México[17], pública que el conocimiento de los pobladores sobre el paludismo fue pobre y sólo el 48 % de estos asociaron esta enfermedad a la picadura del mosquito, por otra parte, solamente el 3 % de la población de estudio asoció el rociado intra-domiciliaria (fumigación) con insecticidas a la prevención de la enfermedad. Otros estudios han abordado las percepciones y prácticas relacionadas con la Tuberculosis y su tratamiento uno de ellos en pacientes con diagnóstico de la enfermedad[18] y otro en pobladores de 6 municipios de La Habana[19], concluyendo en ambos, el deficiente conocimiento que presentaba la población estudiadas con relación a la patología, a los patrones de creencias y prácticas relacionadas con la misma, que enmarcaban una conducta de los pobladores en ocasiones perjudiciales a su salud y al desempeño de los programas de control y tratamiento.

La realización del presente trabajo tiene como objetivo fundamental identificar los conocimientos, costumbres y creencias que ante algunas de las enfermedades infecciosas poseen los individuos de dos poblaciones latinoamericanas, que cuentan con diferentes Sistemas de Salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño de investigación:

Se realizó un estudio descriptivo transversal comparativo en 2 poblaciones de América Latina (México y Cuba).

Universo:

Por parte de la comunidad mexicana se tomo a la población de Ciudad Guzmán, la cual cuenta con 90 000 habitantes. Ubicada a 500 Km. al occidente de la Ciudad México. Su principal fuente de ingreso es el comercio y la agricultura.

La comunidad cubana estuvo integrada por la población de Playa con 174. 454 habitantes. Se localizada al nordeste de la Ciudad de la Habana, su principal fuente de ingreso es el turismo, la pesca y el desarrollo científico-investigativo.

Muestra:

Se realizó un muestreo polietápico por conglomerados y estratificado, resultando la aplicación sobre un tamaño muestral de:

- Ciudad. Guzmán (México): 936 personas encuestadas.
- Municipio. Playa (Cuba): 738 personas encuestadas.

Criterios de selección de la muestra:

- Personas entre 16 - 87 años de edad
- Presentes en sus hogares el día de la aplicación del instrumento confeccionado para el efecto.
- Consentimiento informado en responder el cuestionario.

Descripción de la Población de Estudio.

La distribución por sexo para ambas poblaciones resultó de similares proporciones (tabla # 1), se apreció medias para la edad con diferencias significativas, y una población más envejecida para Playa ($p<0.01$), además muestra un mayor porcentaje en la unión libre como expresión de convivencia dentro del estado civil, su nivel escolar agrupa el mayor número de individuos en el nivel de secundaria y bachillerato-técnico medio que se diferencia estadísticamente ($p<0.01$) con relación a la población de Ciudad. Guzmán, donde existe poca población de individuos en unión libre y un nivel educativo menor de primaria completa en mayor proporción.

Para la clasificación de ingreso económico, se tomo en cuenta para la población mexicana aquellas con ingreso bajo cuando percibían menos de 3 salarios mínimos vigentes en la zona, ingresos medios de 3 a 6 salarios e ingresos altos cuando estos eran mayores 6 salarios. En el Caso de la población cubana el ingreso bajo fue determinado como aquel que la familia percibía menos de 250 pesos cubanos, ingreso medio de 250 a 500 pesos e ingresos altos cuando era mayor de los 500 pesos.

El nivel económico según ingresos personales no es similar para ambas poblaciones enmarcando ligera diferencia significativa ($p<0.05$) en los bajos ingresos, donde la población de Ciudad. Guzmán presenta un 70.50 % del total, y la del municipio de Playa un 64.70 %. (Tabla # 1)

Tabla # 1 Características de la población de estudio según sexo, edad, estado civil, nivel escolar y nivel económico.

Características de la Población	País		p
	Cd. Guzmán	Mcpal. Playa	
Sexo: (%)			
Femenino:	645 (58.90 %)	500 (56.80 %)	
Masculino:	291 (31.10 %)	248 (33.20 %)	
Edad:	35. 2 ± 12.4	38.6 ± 12.2	*
Estado Civil: (%)			
Soltero:	222 (23.70 %)	226 (30.20 %)	
Casado:	629 (57.30 %)	404 (54.00 %)	*
Unión Libre:	31(3.31 %)	117 (15.60 %)	
Viudo:	35 (3.74 %)	1 (0.10 %)	
Nivel escolar: (%)			
Nivel primario:	364 (38.8 %)	35 (4.74 %)	
Nivel secundario:	235 (25.10 %)	193 (26.10 %)	* *
Nivel bachillerato - técnico.	210 (24.40 %)	367 (49.70 %)	
Nivel universitario:	127 (13.50 %)	143 (19.30 %)	
Nivel económico: (%)			
Nivel bajo:	660 (70.50 %)	478 (64.70%)	*
Nivel medio:	205 (21.50 %)	194 (26.20%)	
Nivel alto:	71 (7.58 %)	76 (10.20%)	

Procedimiento:

Se realizó un interrogatorio directo mediante un cuestionario (encuesta), con preguntas cerrada acerca de las opiniones de los pobladores sobre: contagiosidad de enfermedades infecciosas, identificación de enfermedades de transmisión sexual, actividades para evitar el contagio de las enfermedades de transmisión sexual, acciones que afectan al medio ambiente favoreciendo patologías trasmisibles, utilización de la inmunización, acciones para evitar gastroenteritis y tuberculosis.

Los datos primarios fue tabulado en una hoja de resultados creados al efecto, procesándose en los paquetes estadísticos EPI INFO 6.04 y EPIDAT 2.1. Se realizó análisis de inferencia estadística (Chi cuadrado, t de Student, ANOVA), aceptando un nivel de significación del 0.05.

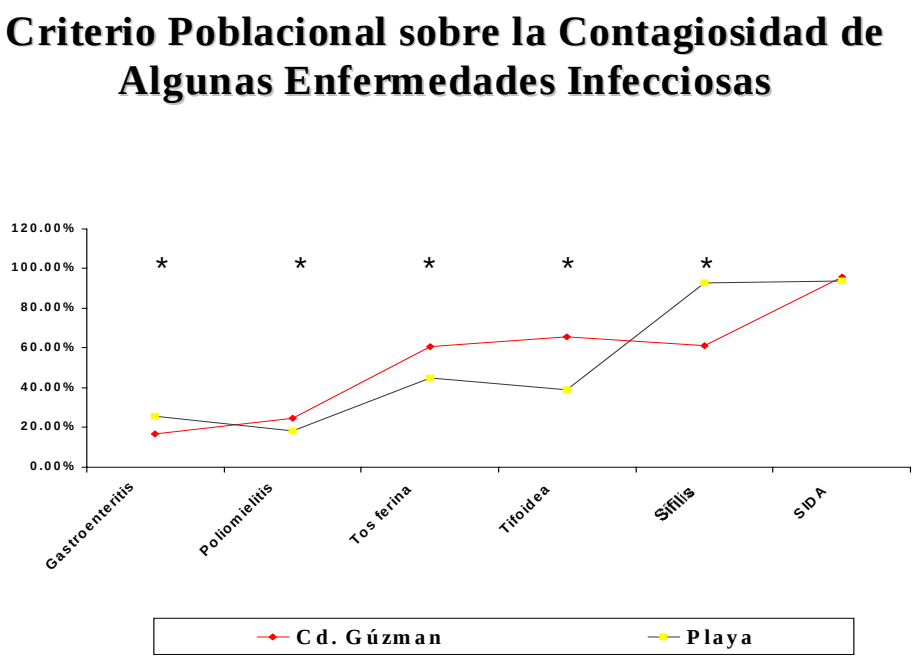
El estudio fue llevado acabo, basándose en el protocolo de investigación titulado "Conocimientos, costumbres, creencias y algunos aspectos de la cultura sanitaria en dos poblaciones Latino -americanas, aprobado por los Comité de Investigación Científica del Centro Universitario del Sur. (CUSUR) de la Universidad de Guadalajara y el Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ) de La Habana Cuba.

RESULTADOS:

CONTAGIOSIDAD DE LAS ENFERMEDADES

Observamos que en ambas poblaciones el impacto del SIDA como enfermedad altamente contagiosa es de preocupación y consideración por los patrones socio-culturales de las mismas (95.94 y 93.71% de individuos en Ciudad. Guzmán y Playa respectivamente consideran esta enfermedad altamente contagiosa, sin existir diferencias estadísticas significativas entre las opiniones de las mismas). Sin embargo el criterio de contagio para enfermedades como la poliomielitis, tos ferina, fiebre tifoidea es referido en un porcentaje mucho menor de la media poblacional encuestada; la población de Ciudad. Guzmán reconoce con mejor índice la capacidad de contagio de dichas patologías infecciosas que la población del municipio de Playa distribuyéndose con diferencias estadísticas significativas (ver grafico # 1).

Grafico #1 Contagiosidad de las enfermedades infecciosas.



***p<0.05 entre las dos poblaciones**

Graf 1

ESCOLARIDAD Y OPINIÓN RESPECTO A CONTAGIOSIDAD DE LAS ENFERMEDADES

La influencia del nivel escolar en la opinión poblacional de la contagiosidad de algunas enfermedades infecciosas se refleja en el cuadro # 2.

El nivel escolar influyó directamente en las respuestas positivas para la contagiosidad de las enfermedades infecciosas exploradas en la población de Ciudad. Guzmán, mostrando una relación directa con estas, no así para la población de Playa, donde los porcentajes de las respuestas positivas no guardaron esta relación .

Al comparar los porcentajes de respuestas positivas dentro del criterio de las poblaciones, encontramos variaciones significativas (p<0.00001) a favor de la muestra mexicana en la Tos Ferina, Poliomielitis, Fiebre Tifoidea, Sífilis. El comportamiento con relación al SIDA fue muy similar

Cuadro # 2 Nivel escolar y Criterio poblacional sobre Enfermedades Infecciosas

Enfermedad	Primario (%)		Secundaria (%)		Bachillerato Técnico		Nivel Universitario. (%)	
	Guzmán	Playa	Guzmán	Playa	Guzmán	Playa	Guzmán	Playa
Gastroenteritis	16.48	51.40*	19.14	21.73*	13.80	22.13*	18.10	30.50*
Tos ferina	56.24	54.28	62.55*	42.48	64.76*	42.50	66.14	55.24
Poliomielitis	19.60	22.36	27.66	20.72	26.19*	14.71	29.19	25.17
F. Tifoidea	64.11	48.57	60.85*	40.93	63.80*	33.24	80.30*	51.04
Sífilis	44.20	97.14*	56.70	91.20*	76.67	93.19*	92.90	94.40
SIDA	91.75	92.14	95.32	93.26	98.57*	93.26	97.64	95.80

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

La población correspondiente a playa identifica con un porcentaje mucho mayor (inferencia significativa para p<0.00001) que la de Ciudad. Guzmán para la totalidad de las enfermedades de transmisión sexual valoradas, excepto el SIDA donde su distribución no reportó diferencias.

La población correspondiente a playa identifica con un porcentaje mucho mayor (inferencia significativa para p<0.00001) que la de Ciudad. Guzmán para la totalidad de las enfermedades de transmisión sexual valoradas, excepto el SIDA donde su distribución no reportó diferencias.

Al analizar la influencia del nivel escolar sobre la identificación por la población de las enfermedades de transmisión sexual cuadro # 3.

Cuadro # 3 Nivel escolar e Identificación de enfermedades de trasmisión sexual

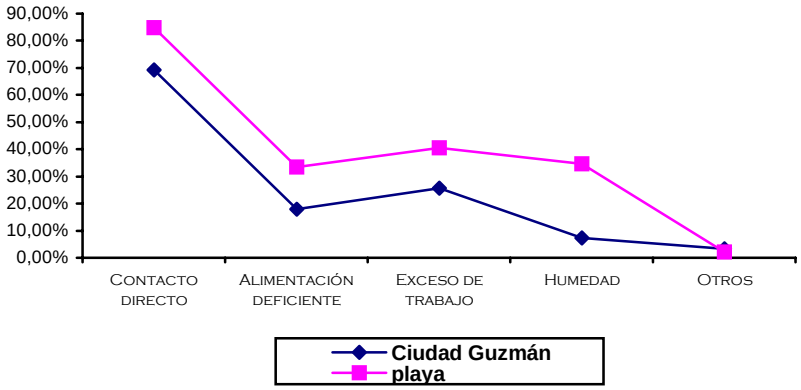
Enfermedad	Primaria (%)		Secundaria (%)		Bachillerato - Técnico. (%)		Nivel Universitario (%)	
	Guzmán	Playa	Guzmán	Playa	Guzmán	Playa	Guzmán	Playa
Sífilis	48.62	100*	56.60	99.48*	78.57	98.89*	91.34	97.89*
Hepatitis	25.36	48.57*	12.30	52.17*	21.56	45.12*	20..0	57.74*
SIDA	51.10	88.50*	60.85	95.34*	81.43	95.10*	88.90	95.80*
Moniliasis	10.59	48.57*	10.45	56.77*	24.64	60.60*	19.33	63.64*
Candidiasis	10.99	40.00*	17.19	42.80*	34.17	51.36*	47.10	62.62*
Trichomoniasis	10.97	42.85*	11.76	56.25*	27.66	58.33*	47.71	76.05*
Gonorrea	53.31	88.57*	62.71	95.83*	83.41	96.76*	91.80	96.47
Condilomas	12.20	58.82*	13.24	57.59*	19.00	71.03*	50.00	77.69*

* p<0.05 entre las dos poblaciones

Tenemos que para los individuos de ambas población, el nivel escolar influye directamente en el porcentaje de respuestas positivas al identificar la trasmisión sexual de estas enfermedades infecciosas, siendo para Ciudad. Guzmán con mucha mayor evidencia estos efectos; y donde el municipio Playa, comparativamente presenta en todas las variables de análisis un porcentaje de respuestas positivas superior, con diferencias estadísticas significativas (p<0.05), independientemente del nivel escolar de los pobladores.

La principal formas de contagio para la Tuberculosis según pobladores de ambas comunidades es el contacto directo con el enfermo, el 84.75 % de los individuos encuestados en Playa respondieron afirmativamente de esta forma, sólo el 69.33 % lo consideró en Ciudad. Guzmán. Grafico # 3.

Grafico # 3. Criterio Poblacional sobre formas de contagio de la Tuberculosis



p<0.05 entre las dos poblaciones en todas las categorías

La alimentación deficiente (33.50 %), la humedad o catarros mal cuidados (30.62 %) constituyeron las formas de contagio en orden de importancia para el criterio de los pobladores del municipio Playa. Sin embargo para los pobladores de Ciudad. Guzmán estos criterios fueron vertidos en 17.84 % y el 7.26 % respectivamente (diferencias estadística p<0.00001). En ambas poblaciones se considera el exceso de trabajo como un elemento participativo dentro del contagio de la tuberculosis (25,74 % para Ciudad. Guzmán y 40.50 % para Paya).

Entre otras formas de contagio contestaron principalmente en Ciudad Guzmán el no hervir la leche, la inmunodepresión y la inhalación de humos, mientras que en la Playa mencionaron la inmunodepresión, el hábito de fumar y la mala calidad de vida de las personas.

ACCIONES PREVENTIVAS

Para las dos poblaciones el uso del preservativo constituye la el método más conocido en evitar el contagio de las ETS, con un mayor distribución porcentual para la población de Playa donde 95.98 % de los encuestados refieren este método, con 81.18 % para Ciudad. Guzmán.

En orden de frecuencia, el evitar la promiscuidad es el segundo método de referencia para ambas poblaciones, también diferenciándose estadísticamente en su comparación (p<0.01).

Los conocimientos acerca de cómo evitar la gastroenteritis, reflejan que la higiene de los alimentos, personal y ambiental son las medidas recomendadas por ambas poblaciones, entre ellas las diferencias para las poblaciones de estudios enmarcan una mayor número de respuestas en los pobladores de Playa (p<0.01). Entre otras medidas señaladas por la población de Ciudad Guzmán destacaba el no comer en abundancia, el uso de letrina y la higiene en general, por parte de Playa destacaba el cocinar bien los alimentos, aseo de utensilios de cocina y aseo de manos.

Las acciones preventivas relacionadas con las enfermedades de transmisión sexual y la gastroenteritis, valorada desde el criterio de la población de estudio fueron plasmadas en la tabla # 4.

Tabla # 4 Opinión poblacional para evitar contagio de enfermedades de transmisión sexual y la Gastroenteritis

Actividad o método	**Guzmán (%)**	**Playa (%)**
Preservativo	760(81.19)	718 (95.98) *
Evitar promiscuidad	484(51.70)	514(68.71) *
Individualidad de objetos personales	143(15.27)	183(24.46) *
Otros no especificados	24(2.56)	17(2.27)
Medidas Preventivas Gastroenteritis	**Guzmán (%)**	**Playa (%)**
Higiene de los alimentos	883 (94.33)	724 (96.79) *
Higiene personal	403 (43.05)	602 (80.48) *
Higiene ambiental	364 (38.88)	522 (69.78) *
Otra actividad +	33 (3.52)	24 (3.20)

*p<0.05 entre las dos poblaciones

AGRESIONES AMBIENTALES E INFERMEDADES INFECCIOSAS

La identificación para ambas poblaciones de acciones agresoras del medio ambiente que constituyen fuente de enfermedades infecciosas fueron similares El cúmulo de basura sin vertedero aislado (aire libre), la mala disposición de productos finales del metabolismo orgánico, y del agua utilizada por la población, los restos de animales, fueron las acciones más señaladas. Para la población de Ciudad. Guzmán son consideradas estas agresiones en mayor proporción que en los pobladores del municipio playa (significativo para una p<0.01). Dentro las medidas recomendadas sobre el medio ambiente para combatir focos promotores de infección (ver tabla # 5), prevalecieron con diferencias también significativa el criterio de los pobladores de Guzmán.

Tabla # 5 Medidas y Agresiones Ambientales que influyen en la aparición de enfermedades infecciosas

	Ciudad. Guzmán (%)		Playa (%)	
Agresiones al Medio Ambiente	**Si**	**No**	**Si**	**No**
Tiraderos de basura al aire libre Fecalismo al	845* (90.3)	77 (8.22) 165	620 (83.3) 440	124 (16.7) 304
ras del suelo	750* (80.1)	(17.6) 215	(59.1)	(40.9) 242
Destino inadecuado de restos animales	701* (74.9)	(23.0)	502 (67.5) 422	(32.5) 322
Manejo inadecuado de aguas utilizadas	684* (73.1)	235(25.1)	(56.7) 547*	(43.3) 197
Deficiente disposición de basura	71 (7.58) 745*	197(21.1)	(73.5) 502	(26.5) 242
Cría intra domiciliaria de cerdos	(79.6)	172(18.4)	(67.5)	(32.5)
Medidas combatir focos infecciosos	**Si**	**No**	**Si**	**No**
Eliminar agua estancada Uso personal de	832* (97.8)	19 (2.23) 38	684 (92.5)	55 (7.44) 131
cubiertos y vasos Lavar bien las verduras	808* (95.5)	(4.49) 10	597 (82.0)	(18.0) 90
	853* (98.8)	(1.15)	630 (87.5)	(12.5)

*p<0.05 entre las dos poblaciones

La tabla # 5 nos muestra las distintas Medidas y Agresiones Ambientales que influyen en la aparición de enfermedades infecciosas según criterio de las poblaciones de estudio.

INMUNIZACIONES

La vacunación como método preventivo fue considerado por ambas poblaciones de gran importancia para la protección contra las enfermedades infecciosas, las medias en relación a la cantidad de vacunas que debe administrarse a un adulto según el criterio de las poblaciones de estudio fue muy similares. En Ciudad Guzmán las personas estudiadas mencionaron en promedio de 4.2±2.2 inmunizaciones necesarias y en Playa 4.3 ± 2.5.

La identificación del tipo de vacuna se muestra en la tabla # 6; el 98.12 % de la población de Playa consideró que debe ser administrada en el adulto la vacuna antitetánica, mientras que los pobladores de Guzmán consideran la administración de esta vacuna en un 75.59% de los encuestados (p<0.00001), más de un 50 % de en Playa consideran que también deben incluirse en el esquema de vacunación preventivo las vacunas anti-tifoídica (67.34 %), contra la hepatitis (62.43%), diferenciándose significativamente de los encuestados en Guzmán (p<0.0001), que sólo la reconocen el 39.20 % y en el 52.02 % respectivamente.

Tabla # 6 Criterio Poblacional sobre las vacunas en la inmunización del adulto

Inmunización	Ciudad. Guzmán (%)	Playa (%)
Tétanos	745 (79.59)	734 (98.12)*
Tifoidea	367 (39.20)	506 (67.64)*
Cólera	241 (25.74)	290 (38.77)*
Viruela	478 (51.06)*	327 (43.71)
Tuberculosis	492 (52.56)	411 (54.94)
Hepatitis	487 (52.02)	467 (62.43)*
Rubéola	199 (21.26)	322 (43.04)*
Neumococo	341 (36.43)	367 (49,06)*
Otras	48 (5.12)	70 (9.35)
No sabe	10 (1.06)	14 (1.87)

*p<0.05 entre las dos poblaciones

Discusión:

Abordar en materia de Atención Primaria de salud, el conocimiento, los patrones, creencias relacionadas con un grupo de enfermedades infecciosas, nos permite acercarnos en gran medida a la exploración de la cultura sanitaria que sobre este aspecto pudieran expresarse en las comunidades de estudio, que no sólo depende de la influencia médica y el aprendizaje institucional, sino también de la información trasmitida o heredada, de la experiencia adquirida por la comunidad en su desarrollo histórico-social. [1, 3,26-28] Pero esta huella histórica en el patrón cultural de las generaciones puede borrarse en la misma medida que se erradican o dejan de constituir un problema de salud las enfermedades, pasando a ser un hecho olvidado dentro de las creencias y conocimientos en materia de salud de las comunidades.

Las enfermedades infecciosas tienen una importante repercusión en la morbilidad de las poblaciones de Cuba y México. En este último, durante el año 2001, la enfermedades infecciosas intestinales y las infecciones respiratorias agudas ocuparon un lugar dentro de los veinte primeras causas de morbilidad hospitalaria[20], en este año 2001 se presentó una tasa de mortalidad entre mujeres y hombres para las infecciones infecciosas intestinales de 5.5 a 5.8, Infecciones respiratorias agudas de 14.8 a 19.8, Tuberculosis pulmonar 2.6 a 5.9 y SIDA de 1.5 a 8.1 (por 100,000 habitantes).[21] En Cuba durante igual periodo de tiempo, la atención medica por enfermedades diarreicas agudas y respiratorias reportaban tasas elevadas (77.3 y 434.0 por 1000 habitantes respectivamente) con predominio en las edades pediátricas,[22] una tasa general de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias de 6.9 x 100 000, el 2.3 x 100 000 habitantes reportados para la mortalidad por infecciones intestinales, 0.3 (por 100 000 habitantes) para la Tuberculosis;[23] siendo su incidencia y la del SIDA de 8.0 y 22.1 por 100 000 habitantes[24] .

Por otra parte, afecciones infecto-contagiosas como la Poliomielitis, y la Tos ferina, constituyen enfermedades erradicadas en la población latinoamericana, según reportes de la OPS desde hace varios años, [25] En Cuba en 1970, la incidencia de Polio reportó una tasa 0.0 x 100 000 hab. (1 x 100 000), siendo en 1990 reportado 2 últimos casos, estos, secundarios a reacción post-vacunal; la Tos Ferina mostró en 1970 un comportamiento elevado, con tasa de 13.9 x 100 000 hab. Y en 1990 un reducción significativa con reportes por ultima vez de 0.2 x 100 000 hab. [24-25] Al igual, la Fiebre Tifoidea, que no ha sido totalmente erradicada, informa tasas muy bajas para los años 2001-02 (0.18 y 0.09 x 100 000 hab. respectivamente), sin mortalidad por esta causa desde la década de los 80s. México también en su cuadro epidemiológico, mantiene ala erradicación de la Poliomielitis desde el 1990, con el último reporte de circulación del serotipo III del polio virus en 1988 (Sonora, Jalisco y Sinaloa) [29], Para la Tos Ferina su incidencia es cada vez menor, con diferencias sustanciales en el paso de las décadas durante el siglo XX, llegando a reportarse tasas de 0.2 x 100 000 habitantes en 1998[29].

Sin lugar a dudas estos avances en materia epidemiológica repercuten de forma directa en la salud de ambas poblaciones. Sin embargo los conocimientos y creencias de las mismas con relación al contagio y la capacidad de infección en estas enfermedades se ve afectado como se demuestra en este estudio, donde los individuos (< de 40 años) que no vivenciaron los periodos en que fueron grandes problemas de salud no incorporan en sus conocimientos y creencias estas característica. Reportes de un estudio realizado para evaluar la percepción y prácticas relacionadas con la Tuberculosis[18] se concluyó con el pobre conocimiento que tiene los pobladores de la zona con relación a la enfermedad que motivan la elección de diferentes alternativas para su atención, retrazo en el diagnóstico e inicio del tratamiento adecuado y mayor complicaciones al respecto.[18-19]

Por otro lado vemos como el impacto social de enfermedades de Transmisión Sexual (ITS) como el SIDA, Sífilis y la Blenorragia son perfectamente reconocidas en su patrón infeccioso de elevada contagiosidad por las poblaciones de estudio, *Cortés Alfaro y col 2000*[16] realizaron un estudio en población adolescente, estudiantes en Cuba con resultados similares. Las estadísticas sobre enfermedades de transmisión sexual en México que se registran en el primer nivel de atención se acepta que existe un subregistro de ellas. La mayor parte de ellas correspondieron a candidiasis y tricomioniasis urogenital.[30] Patologías que hasta hace poco tiempo no se consideraban como ITS (hepatitis, moniliasis, candidiasis, trichomoniasis), no fueron reconocidas por la gran mayoría de los individuos estudiados como enfermedades donde su patrón

de infección utiliza la vía sexual, además el nivel escolar de los encuestados influye directamente y de forma proporcional en sus respuestas, sus conocimientos, creencias y las actitudes de los mismos ante la enfermedad. *Hernández G y col. 2000 en su estudio de Intervención Educativa* en población adolescente[31], encontraron que el 87.3 % se consideraba sin riesgo de contagiarse con las ITS, sólo un 35 % de los trabajadores del grupo comparativo se consideraba en igual situación, el 73.1 % de los adolescentes reportaron 3 o más parejas sexuales en un periodo de un año y de ellos el 28.6 % refirió 4 o más parejas a diferencias de los trabajadores que el 93 % tuvo menos de 3 parejas sexuales en igual periodo. Los métodos preventivos para evitar contagio de las ITS, según nuestro estudio son de amplio conocimientos en ambas población, fundamentalmente los dos métodos más eficaces y difundidos en las medidas de prevención y promoción para la salud, estos resultados concuerdan con otros estudios publicados[9,16], estos amplios conocimientos, no conjugan con las actitudes mantenidas por la población, en el no uso de estos métodos preventivos en las relaciones sexuales de probable riesgo como se ha reportado en varias investigaciones relacionadas[32-34], el 60-80 % de los encuestados en un estudio realizado en 495 individuos de ambos sexos en Honduras[34] no usan el preservativo en relaciones sexuales casuales, desconocidas o con amantes¿, otros estudios realizados en población adolescentes estudiantes de secundaria y preuniversitario reportan también porcentajes bajos del uso del preservativo.[16,31]

En la gastroenteritis, las medidas de prevención y su conocimiento por la población fueron exploradas; en este estudio se refleja que la higiene de alimentos y personal, son conocidas en un mayor porcentaje en ambas muestras de estudio como fundamentales para la prevención de dicha patología, la higienización en medio ambiente, también es de un importante papel para estos fines, sin embargo no fue de esa consideración para la mayoría de la población mexicana. Dentro de otras medidas y que fueron referidas por los pobladores, se destacan el uso de la letrina sanitaria y el cocer bien los alimento. La preocupación por los problemas que afectan al medio ambiente humano y su repercusión en la salud no es nueva, pero sí lo es la dimensión mundial que está adquiriendo en los últimos años, para lograr mejores niveles de bienestar y salud es necesario satisfacer el saneamiento ambiental[35] y dentro de ello evitar las condicionantes que favorecen a enfermedades en general y en particular a las infecciosas. Los conocimientos de acciones agresoras del medio ambiente y las medidas adoptar para combatir focos de infección resultaron ampliamente conocidas por los pobladores de la muestra mexicana en comparación con la cubana, es de señalar que en esta última la mayor distribución porcentual corresponde a individuos conocedores de los efectos adversos de estos agresiones. Estudio realizado en el municipio Centro Habana en Cuba (año 2000)[27], concuerda con los algunos de los resultados encontrados en este trabajo que demuestra una insuficiencia en la educación sanitaria en relación con el saneamiento ambiental y su relación con la salud en un sector de la población cubana, que a su vez incide en la actitud de los habitantes ante el medio en que vive.

Durante la década de los 90s, México ha alcanzado un importante avance en relación con el bienestar de la niñez, reflejado a través de indicadores la disminución de la morbi-mortalidad de enfermedades infecciosas. Desde el año de 1991 se creo el Programa de Vacunación Universal, el cual hasta este momento ha dado excelentes frutos entre los habitantes.[36] Por su parte Cuba en su desarrollo del sistema de salud inicia sus programas preventivos desde 1962 con campañas de vacunaciones masivas(vacunación contra seis enfermedades más amenazadoras) como principal forma de control y erradicación de enfermedades infecto-contagiosas, durante este periodo ya instaura un esquema de vacunación nacional con particular énfasis en las edades pediátricas con el objetivo de lograr prevenir estas enfermedades, incluyéndose posteriormente, la protección de la población adulta particularizada en aquellas enfermedades infecciosas más comunes a esas edades, sus logros cuentan con el 100 % de la población infantil protegida contra 11 enfermedades prevenibles por vacunas en la actualidad[37]

Es indudable que el grado escolar observado en las personas permite a incrementar la cultura de los pueblos. El estudio mostró que la población de Playa presentaba una mayor escolaridad en términos generales que la de Ciudad Guzmán, favoreciendo a presentar mejores conocimientos y creencias mucho más adecuadas en cuanto a la contagiosidad de las enfermedades, así como a sus acciones preventivas y mayor grado de educación de los

pobladores en Playa parecería determinar mejor índice de cultura sanitaria que en Ciudad Guzmán.

El enfoque actual de la promoción de la salud plantea la necesidad de juntar tanto acciones educativas con la población como la promoción y ejecución de políticas públicas encaminadas a mejorar las condiciones de vida de las personas [38]. La promoción de la salud deberá por lo tanto basarse en las creencias y conocimientos ya existentes en nuestras comunidades, con el fin de utilizar en óptima forma los recursos que se tienen.

Pensar en cualquier problema de salud sin tener en cuenta simultáneamente un enfoque biomédico, epidemiológico y de ciencias sociales, es renunciar de antemano al intento de comprender el problema de la mejor manera posible[39].

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rojo Pérez. N, Garcías González. R.: Sociología y Salud: Reflexiones para la acción. Rev. Cubana Salud Pública. 2000; 24)2):91-1000.
2. Organización Mundial de la Salud. La Salud de los jóvenes: un reto y una esperanza. Ginebra: OMS; 1995.
3. Novoa-Menchaca A. Curriculum y Plan de estudios de la Maestría en Educación para la Salud; Universidad de Guadalajara. México; 1984:5.
4. Aspiazu G, M. Cruz J, A. Villagrasa F, JR, a et Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. Rev. Esp. Salud Pública 2002; 76: 683-699.
5. San Martín H. Salud y Enfermedad. Ecología humana. Epidemiología y Salud Pública, medidas preventivas, sociología y Economía de la Salud. Ed. Científica: La Prensa M´dica Mexicana. 4ta ed. 1981. pág: 31-33.
6. Salleras-San Martín L. Educación Sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 1990:20-16.
7. Organización Mundial de Salud. Definición de Salud de la OMS. en http://www.zupaizpe.com/articulo/salud_oms.htm
8. Irigoyen-Coria A. Reflexiones sobre políticas de salud en América Latina. Rev Med IMSS 1994;32(6): artemisa
9. Ordoñana JR, Gutierrez JJ.: Sida y adolescencia.Murcia: Consejería de Sanidad, 1991
10. Green LW, Kreuter M, Deed S y Partridge K.:Health Education Planning: A Diagnostic Approach. Palo Alto: Mayfield, 1980
11. Rochon A.: Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto. Barcelona: Masson, 1992
12. López F.: Prevención de los abusos sexuales en menores y educación sexual. Salamanca: Amarú, 1995
13. Savater Fernando. Prólogo. En: Ulanosvsky D. Los Desafíos del Nuevo Milenio. Buenos Aires: Aguilar, 1999; pp. 9-23.
14. Del Puerto Q, C. Concepción R, M. et al. Conocimientos y actitudes de la población en relación con el saneamiento básico ambiental. Rev. Cubana Hig. Epidemiol 2000;38(2):137-44
15. Corral-Terrazas, MC. Martínez, H. Flores-Huerta, S. et al. Creencias y conocimientos de un grupo de médicos sobre el manejo de la alimentación del niño con diarreas agudas. Salud Pública de México. Vol.44, no.4, julio-agosto de 2002.
16. Cortes A, A. García R, R. et. al. Sida, Adolescencia y Riesgos. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 200; 16(3):253-60.
17. Rodríguez AD. Penilla RP. Rodríguez HM. Knowledge and beliefs about malaria transmisión and practices for vector control in Southern Mexico. Salud Pública de México. Vol.45, no.2, marzo-abril de 2003.
18. Alvarez-Gordillo G. Alvarez-Gordillo JF. et. al. Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. Salud Pública de México. Vol. 42, no.6, nov-dic. 2000.
19. Corona A, AE. Morales C, G. Chalgub M, AM. et. al. Conocimientos, percepciones y prácticas de grupo de población respecto a la tuberculosis. 1994-1996. Rev. Cubana Med. Trop. 2000;52(2):110-4.
20. Egresos Hospitalarios del Sistema Nacional de Salud.2000. Salud Pública de México 2002;44(2):160-87
21. Estrategias de Mortalidad en México: muertes registradas en el año 2001. Salud Pública de México 2002; 44(6)56581.

22. Anuario Estadístico Cuba. Atención Médica por Enfermedades diarreicas y respiratoria aguda según edad. 2001 en http://www.sld.cu/anuario/anu01/cub33.htm
23. Anuario Estadístico Cuba. Mortalidad por algunas Enfermedades de declaración obligatoria 1970-2001 en http://www.sld.cu/anuario/anu01/cub33.htm
24. Anuario Estadístico Cuba. Incidencia de algunas Enfermedades de declaración obligatoria 1970-2001 en http://www.sld.cu/anuario/anu01/cub33.htm
25. Editorial. Poliomielitis. "Erradicada de las Américas, de retirada en el Mundo. Washigton, DC. 25 de Abril 2002. en http://www.paho.org/spanish/OPI/1 00/100futurd17.htm
26. Rasheed P. Perception of diarrhocal diseases amog Mother and Mother implications fron health education in Saudi Arabia. Soc. Sci Med. 1993; 373-377.
27. Del Puerto Q, C. Concepción RM. et al. Conocimientos y actitudes de la población en relación con el saneamiento básico ambiental. Rev. Cubana Hig. Epidemol. 2000; 38(2):137-44.
28. González-Ch L. Hersch-M P. Aportes para la construcción del perfil epidemiológico socio-cultural de una comunidad rural. Salud Pública de México. 1993; vol35, (4).
29. Santos JI. El Programa de Vacunación: Orgullo de México. Resumen de ponencia. En http://www.ejornal.unam.mx/revlocmed/vol453 /RFM4531608.pdf
30. Salud en las Américas. México. Datos actualizados 200. Resumén del análisis de situación y tendencias de salud. Pan American Health Orgnization, special Program for Health Análisis Based on: World Population Prospects: the 1998 Revision, United Nations. 1998. actualización 2001.
31.
32. Hernández G,JM. Toll C, JC. Díaz A, G. Castro S, J. Intervención educativa sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2000;16(1):39-44
33. Piño V, J. Torres H, M. Impacto de la Promoción y la Educación para la Salud en los logros de la Salud Pública Cubana. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2001; 17(1):91-9.
34. OPS/ONUSIDA, Sec. Salud Tegucigalpa. Aspectos Sociodemográficos, Conocimientos, Creencias, Actitudes y Prácticas relacionadas con la trasmisión de ITS/VIH en las Comunidades Garífunas de: Travesía, Bajamar, El Triunfo de la Cruz, Santa Fe y Limón. en http://www.
35. Vera G, L. Villegas C, L. Conocimientos y Actitudes sobre enfermedades de trasmisión sexual (ETS) en una escuela secundaria rural de Yucatán México. rev. Biomed 2000; vol. 11(1):s41-s42.
36. Organización Panamericana de la Salud. Las Condiciones de salud en las Américas. Washington DC; OPS, 1990; Vol. 1:(Publicación Cientif; 524).
37. Editorial. Nuevo esquema de vacunación en México. Salud Pública de México 1999;41(1):1-3
38. Dotres M, C. "Sistema de Salud de Cuba. Retos y Logros". Discurso pronicuado. Minist. Salud Pública 1999. en http://www.sld.cu/taller/t-7.htm.
39. Arenas ML, Hernández TI, Jasso VR, Sostres VA. Promoción de la salud e infecciones respiratorias agudas en México. Rev Inst Nal de Enf Resp Mex 1999;12(2):129-132
40. Castro R. Ciencias sociales y ciencias de la salud: dificultades de la interacción y alternativas de solución. Salud Pública de México 1996;38(4):225-26