

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

E.A.P. ENFERMERÍA



Una Institución Adventista

TESIS

Diferencia en el conocimiento y actitudes sobre la prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas en madres adolescentes y jóvenes adultas de niños menores de 5 años, del Centro de Salud Materno Infantil Miguel Grau, Chaclacayo, Lima, 2014.

Tesis presentada para optar el título profesional en Enfermería

Autoras:

Katerine Rufina Huanca Díaz

Miriam Ruth Gálvez García

Asesora:

Mg. Ruth Vallejos Atalaya

Ñaña, febrero de 2015

Dedicatoria

A nuestros padres por su amor, por su apoyo incondicional, comprensión, consejos y cuidados brindados durante estos cinco años de nuestra carrera profesional; a nuestros hermanos por su constante ayuda para la culminación de una de nuestras metas. A todos ellos les dedicamos el presente trabajo.

Agradecimientos

Agradecemos a Dios por cada sueño cumplido hasta estos momentos, por estar con nosotras, por fortalecer nuestros corazones e iluminar nuestra mente y haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido nuestro soporte y compañía durante todo el periodo de estudios. Nuestros padres y hermanos, también en una manera especial. Agradecemos a nuestras maestras Ruth Vallejos Atalaya y Jania Elizabeth Jaimes Soncco por el apoyo y preocupación constante que nos han demostrado durante la realización y culminación del presente trabajo. Al Centro de Salud Materno Infantil, Miguel Grau por la autorización respectiva para la recolección de los datos, a todos y cada uno de ellos, gracias.

Índice

Resumen.....	x
Abstract.....	xii
Introducción	xiii
Capítulo I El problema.....	1
1. Planteamiento del problema.....	1
1.1. <i>Formulación del problema</i>	4
2. Justificación	5
2.1. <i>Aporte teórico</i>	5
2.2. <i>Aporte metodológico</i>	6
2.3. <i>Aporte social</i>	6
3. Objetivos de la investigación	6
3.1. <i>Objetivo general</i>	6
3.2. <i>Objetivos específicos:</i>	7
Capítulo II Marco teórico.....	8
1. Antecedentes de la investigación	8
2. Marco bíblico- filosófico	16
3. Marco Teórico.....	18
3.1. <i>Definición de EDA</i>	18
3.2. <i>Clasificación</i>	19
3.3. <i>Tipos según etiología</i>	20
3.4. <i>Etiología</i>	20
3.5. <i>Factores de riesgo</i>	24
3.6. <i>Fisiopatología</i>	25
3.7. <i>Cuadro clínico</i>	27
3.8. <i>Evaluación del estado de hidratación</i>	29
3.9. <i>Tratamiento</i>	31
3.10. <i>Prevención</i>	38
3.11. <i>Recomendaciones</i>	46
4. Conocimientos	47

4.1. Definiciones:.....	47
4.2. Características:	47
4.3. Modelos teóricos del conocimiento	48
4.4. Formas de conocimiento.....	49
5. Actitudes.....	50
5.1. Definiciones	50
5.2. Características.....	51
5.3. Modelos teóricos de las actitudes.....	51
5.4. Componentes de las actitudes.....	52
6. Población de estudio.....	53
6.1. Adolescencia	53
6.1.1 El embarazo adolescente	53
6.1.2. Panorama del embarazo adolescente en Perú y el mundo	54
6.1.3. Perfil de la futura madre adolescente	55
6.2. La juventud	56
6.2.1. Embarazo en la joven adulta	58
7. Modelos teóricos o teorías de enfermería	58
8. Definición de términos	63
Capítulo III Materiales y métodos	64
1. Método de la investigación	64
2. Hipótesis de la investigación.....	65
2.1. Hipótesis general.....	65
2.2. Hipótesis Específicas	65
2.2.1 Hipótesis de conocimiento	65
2.2.2. Hipótesis de actitudes.....	65
3. Variables de la investigación.....	65
3.1. Identificación de las variables.....	65
3.1.1 Conocimientos sobre prevención de EDAS:.....	65
3.1.2. Actitudes hacia la prevención de EDAS:.....	66
3.2. Operacionalización de variables.....	66
4. Delimitación geográfica y temporal	69
5. Participantes	71
5.1. Criterios de inclusión y exclusión.....	71

5.2. <i>Características de la muestra</i>	72
6. Técnica e instrumentos de recolección de datos	77
6.1. <i>Instrumento</i>	77
6.1.1. Cuestionario de conocimientos sobre la prevención de EDAS.....	77
6.1.2. Cuestionario de actitudes sobre la prevención de las EDAS	78
6. Proceso de recolección de datos	79
7. Procesamiento y análisis de datos	80
Capítulo IV Resultados y discusión	82
1. Resultados	82
1.1 <i>Resultados descriptivos</i>	82
1.2 <i>Resultados para la comprobación de las hipótesis.</i>	84
2. Discusión.....	85
Capítulo V Conclusiones y recomendaciones.....	94
Conclusiones y recomendaciones	94
1. Conclusiones	94
2. Recomendaciones.....	96
Referencias bibliográficas.....	97

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Evaluación del estado de hidratación.</i>	30
Tabla 2. <i>Tratamiento de los pacientes con diarrea sin deshidratación (PLAN A).</i>	32
Tabla 3. <i>Tratamiento de los pacientes con deshidratación leve a moderada (PLAN B).</i>	33
Tabla 4. <i>Tratamiento de los pacientes con deshidratación grave (PLAN C).</i>	34
Tabla 5. <i>Datos sociodemográficos de las madres.</i>	72
Tabla 6. <i>Datos de la ocupación de las madres y cuidado de los niños.</i>	74
Tabla 7. <i>Datos de las características de la vivienda.</i>	75
Tabla 8. <i>Nivel de conocimientos sobre las EDAS en las madres adolescentes y jóvenes adultas de niños menores de 5 años de edad.</i>	82
Tabla 9. <i>Nivel de actitudes hacia la prevención de las EDAS en las madres adolescentes y jóvenes adultas de niños menores de 5 años de edad.</i>	83
Tabla 10. <i>Comparación de dos muestras independientes para la variable conocimientos sobre la prevención de EDAS (U Mann - Whitney).</i>	84
Tabla 11. <i>Comparación de dos muestras independientes para la variable actitud hacia la prevención de EDAS (U Mann - Whitney).</i>	85

Índice de gráficos

Grafico 1	117
Porcentajes de aciertos y errores con respecto a los conocimientos sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas	117
Grafico 2	118
Porcentajes de aciertos y errores con respecto a las actitudes hacia la prevención de las enfermedades diarreicas agudas.....	118
Grafico 3	119
Nivel de conocimiento de las madres adolescentes y adultas jóvenes sobre la prevención de las EDAS.	119
Grafico 4	119
Nivel de actitud de las madres adolescentes y adultas jóvenes hacia la prevención de las EDAS.	119
Gráfico 5	120
Grado de escolaridad completa/terminada de las madres adolescentes y adultas jóvenes.....	120
Gráfico 6	120
Estado civil de las madres adolescentes y adultas jóvenes	121

Índice de figuras

Figura 1	69
Ubicación geográfica de Chaclacayo	69
Figura 2	69
Mapa de jurisdicción del C.S Miguel Grau	69

Índice de anexos

Anexo 1	103
Autorización institucional	104
Anexo 2	104
Consentimiento informado	105
Anexo 3	106
Test para el nivel de conocimiento sobre las EDAS	106
Anexo 4	109
Escala de Likert: actitud de la madre en la prevención de enfermedades diarreicas agudas (EDAS).....	109
Anexo 5	111
Análisis de fiabilidad de los instrumentos, pruebas de normalidad y prueba de homogeneidad de las varianzas	111
Anexo 6	113
Resultados de los porcentajes de aciertos y errores para los ítems de la prueba de conocimientos y actitudes	113
Anexo 7	117
Resultados para la prueba de conocimientos y actitudes	117
Anexo 8	120
Resultados del grado escolaridad completa/ terminada y estado civil	120

Resumen

El objetivo del estudio fue determinar las diferencias que existen entre los conocimientos y actitudes hacia la prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) en madres adolescentes en comparación con madres jóvenes adultas de niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Materno Infantil “Miguel Grau”. La metodología utilizada fue el diseño no experimental, corte transversal, de alcance descriptivo-comparativo. La población estudiada fue de 120 madres entre adolescentes y jóvenes adultas con niños menores de cinco años de edad. Se utilizó como técnica la entrevista personal y como instrumento el cuestionario de conocimientos y actitudes hacia la prevención de EDAS (Rodríguez & López, 2014). En los resultados se identificó que 41.7% de las madres evidencian un conocimiento regular sobre la prevención de EDAS, y 72,5% presentaron actitudes altamente favorables hacia la prevención de EDAS. También, se determinó que las madres jóvenes adultas tienen mejor nivel de conocimiento acerca de la prevención de las enfermedades diarreicas agudas que las madres adolescentes según la prueba de U de Mann – Whitney ($U = 1387,000$ y $p ,021$). Sin embargo, las madres adolescentes evidencian una mejor actitud frente a la prevención de enfermedades diarreicas que las madres jóvenes adultas ($U = 1214,000$ y $p ,002$). Como conclusión se establece que ambos grupos tienen diferentes niveles de conocimientos y actitudes, la diferencia en el conocimiento podría explicarse por el hecho que las madres jóvenes tienen un nivel de instrucción más elevado que las madres adolescentes, y respecto a las actitudes se puede plantear la participación de un factor social, pues las adolescentes cuentan con mayor apoyo familiar que las jóvenes.

Palabras clave: conocimientos, actitudes, prevención, EDAS.

Abstract

The aim of the study was to determine the differences between knowledge and attitudes about preventing acute diarrheal diseases (ADD) in teenage mothers compared with young adult mothers of children under the age of five treated at the Infantile maternal health care "Miguel Grau ". The used methodology was non-experimental design, cross-sectional cut, descriptive-comparative reach. The studied population was 120 mothers among adolescents and young adults with children under the age of five. Personal interview was used by technique and as an instrument was used the questionnaire of knowledge and attitudes of preventing ADD (Rodríguez & López, 2014). The results identified that 41.7% of mothers present a regular knowledge about prevention of ADD, and 72.5% were highly favorable attitudes about preventing ADD. Also, it was determinate that young adult mothers have better level of knowledge about prevention of acute diarrheal disease than teenage mothers according with the U test by Mann - Whitney ($U = 1387.000$ p, 021). However, teenage mothers show a better attitude about the prevention of diarrheal diseases than adult young mothers ($U = 1214.000$ p, 002). In conclusion, it states that both groups have different levels of knowledge and attitudes, the difference in knowledge could be explained by the fact young mothers have a higher level of education than teenage mothers, and according with attitudes it can be raise the participation of a social factor, because teenagers have more family support than young adults.

Keywords: knowledge, attitudes, prevention, ADD.

Introducción

Las enfermedades diarreicas agudas continúan siendo uno de los principales problemas de salud pública en los países en desarrollo. Constituyen una de las causas principales de mortalidad y morbilidad en el mundo, afectan a todos los grupos de edad, pero los más afectados son los niños menores de 5 años, específicamente en zonas con condiciones de pobreza. Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 760 000 niños cada año. En la región de las Américas, las enfermedades diarreicas se encuentran entre las cinco primeras causas de muerte en todas las edades en 17 países. Se estima que 1,8 millones de personas mueren cada año en el mundo debido a enfermedades diarreicas, incluido el cólera. El 90% de esas personas son niños menores de cinco años, principalmente procedentes de países en desarrollo (OMS, 2013). El Instituto Nacional de la Salud informa que “cada año mueren en el mundo cerca de 10 millones de niños menores de cinco años a causa de unas pocas enfermedades prevenibles, y cerca de 2 millones de estas muertes (aproximadamente 20%) se deben directa o indirectamente a la enfermedad diarreica” (Instituto Nacional de la Salud, 2014).

Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales. La diarrea puede durar varios días y puede privar al organismo del agua y las sales necesarias para la supervivencia. La mayoría de las personas que fallecen por enfermedades diarreicas en realidad mueren por una grave deshidratación y pérdida de líquidos (OMS, 2013).

Se considera que el 88% de las enfermedades diarreicas son producto de un abastecimiento de agua insalubre, y de un saneamiento y una higiene deficientes, si se

corrigieran estos factores, habría una reducción entre 21% y 32% de la morbilidad por diarrea; además de las medidas de higiene, la educación sobre el tema y la insistencia en el hábito de lavarse las manos pueden reducir el número de casos de diarrea en hasta 45% (Jong-Wook, 2014). Por lo cual, a nivel nacional se están fortaleciendo las acciones de prevención dirigidas a los determinantes de esta enfermedad y al tratamiento oportuno, a fin de evitar la muerte por deshidratación y la desnutrición (EsSalud, 2012).

En virtud de la importancia que tiene la educación en la prevención de la enfermedad diarreica aguda (EDA), se decidió investigar sobre la diferencia en el conocimiento y actitudes sobre la prevención de la EDA en madres adolescentes y jóvenes adultas de niños menores de cinco años que asisten al centro de salud Miguel Grau. Su propósito fue determinar los niveles de conocimientos y actitudes, además de comparar los resultados obtenidos por madres adolescentes con los de las madres jóvenes adultas.

En el primer capítulo se presenta el planteamiento del problema, incluyendo la pregunta de investigación, justificación y los objetivos del estudio. En el segundo capítulo se desarrolla el marco teórico de la investigación, iniciando con la presentación de los antecedentes internacionales y nacionales, prosiguiendo con el marco bíblico filosófico y la presentación de las variables, definiciones, características y modelos teóricos, las teorías referente a la población de estudio y definición de términos. El tercer capítulo está constituido por el método de la investigación, hipótesis, identificación de las variables y operacionalización de las mismas, delimitación geográfica, participantes y muestra, técnica e instrumentos de recolección de datos, el proceso de recolección, procesamiento y análisis de datos. En el cuarto capítulo se presentan los resultados y la discusión de los mismos. Por último,

en el quinto capítulo se desarrolla las conclusiones y las recomendaciones correspondientes al trabajo de investigación.

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) es uno de los principales problemas en salud pública a nivel nacional y mundial debido a su costo económico para la sociedad y la familia, siendo una de las principales causas de morbilidad infantil, especialmente en el grupo vulnerable constituido por niños menores de cinco años. Así lo confirman la Organización mundial de la salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2008) mencionando que a nivel mundial las enfermedades diarreicas son la segunda causa de muerte en niños menores de cinco años y ocasionan la muerte de 760 000 niños cada año (OMS, 2013). Se ha estimado que en Asia, África y América Latina cada año mueren alrededor de 3,3 millones de niños menores de 5 años por diarrea y ocurren más de mil millones de episodios. En América Latina y el Caribe 5,1% de las muertes en menores de 5 años es debido a diarrea y deshidratación; y en 11 países la proporción de los niños y niñas a esta edad que mueren por diarrea sigue siendo superior al promedio regional (OPS, 2008). En Perú en el año 2013, durante la Semana Epidemiológica (SE) 18-2013 a nivel

nacional se notificaron 39,624 episodios de diarrea aguda, que representan una tasa acumulada de 130,1 episodios por cada 10 000 habitantes, también se reportaron 928 casos de Enfermedades diarreicas agudas totales, con un descenso de 26.5% (335 casos) con relación a la semana anterior (MINSA, 2013).

La diarrea causada por infecciones es frecuente en países en desarrollo. Los niños menores de tres años sufren, de promedio, tres episodios de diarrea al año. Cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento, convirtiéndose así en una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermarse. Múltiples episodios de diarrea en el primer año de vida pueden deteriorar el estado nutricional y causar graves secuelas (Dirección General de Epidemiología, 2013). En el Perú la diarrea es la tercera causa de muerte, principalmente en niños menores de 5 años de zonas rurales y urbano-marginales. Muchas de estas muertes pudieron ser evitadas mediante acciones sencillas de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, tanto en los servicios de salud como en la comunidad y a un costo razonable. Otros efectos menos severos son el ausentismo escolar y el ausentismo laboral del responsable de la familia (MINSA, 2013).

Las enfermedades diarreicas son difíciles de erradicar por la existencia de muchos factores de riesgo. Los casos de enfermedades diarreicas que se producen cada año por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados. En todo el mundo, 780 millones de personas carecen de acceso al agua potable y 2 500 millones a sistemas de saneamiento apropiados. Así como es importante el factor de higiene, el nivel educacional de las madres de los niños es también relevante en la prevención, pues permitirá mantener un estilo de vida saludable. La desnutrición causada por falta de ingresos económicos que limita una buena alimentación se adiciona a los factores que contribuyen a contraer enfermedades diarreicas agudas.

La adolescencia es el periodo de vida en la cual el individuo alcanza la maduración reproductiva. Transitan los patrones psicológicos de la niñez a la edad adulta y adquiere la independencia socioeconómica, sus límites están fijados entre los 10 y 19 años de edad. Durante los últimos años se ha producido un cambio en la conducta sexual de los jóvenes que ha llevado aparejado un incremento de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (Poaquiza, 2013).

De todos los embarazos el 23% corresponde a adolescentes entre 15 y 19 años. El 57% de mujeres casadas y solteras de 15 a 19 años tienen embarazos no planeados o no deseados. Un 90% de los embarazos en niñas de 12 a 16 años atendidas en la Maternidad de Lima fueron consecuencia de violación (Pathfinder , 2006). Asimismo, según la encuesta demográfica y de salud familia (ENDES) elaborada el año pasado, 14 de cada 100 adolescentes son madres o están embarazadas por primera vez (MINSA, 2013).

El embarazo en adolescentes continúa siendo una de las grandes preocupaciones nacionales no solo por las repercusiones orgánicas que trae consigo este especial estado, sino también por los relevantes trastornos psicoemocionales, sociales y económicos, que afectan el desarrollo personal de la madre, su pareja y el hijo de ambos.

Uno de los principales problemas asociados a la gravedad de las enfermedades en niños menores de cinco años atendidos en los servicios de salud es la falta de conocimiento de los padres y otros responsables de su cuidado sobre los signos de alarma que indican que el niño debe ser visto por personal de salud. Se conoce, además, que la morbilidad de los niños está muy relacionada a los comportamientos de padres y cuidadores frente a los episodios de IRA y EDA, y a las condiciones de vida desfavorables como el hacinamiento, altos niveles de contaminación ambiental,

la falta de agua potable, una deficiente atención médica, el analfabetismo, la baja escolaridad y un bajo ingreso económico (Lapeira & Acosta, 2014).

La vigilancia epidemiológica en el Centro de Salud Miguel Grau nos indica que hay mayor incidencia en las infecciones respiratorias agudas, con un total de 778 casos, y en segundo lugar tenemos las enfermedades diarreicas agudas, con un total de 152 casos al año (MINSa, Análisis situacional de salud de DISA IV, 2013).

Durante las prácticas comunitarias realizadas en el Centro de Salud Materno Infantil “Miguel Grau” La oficina de vigilancia epidemiológica reportó que en el año 2013 se presentó 200 casos diagnosticados con EDAS las cuales 23 casos fueron niños menores de 5 años que tenían madres adolescentes y madres jóvenes adultas, que se caracterizó por ingresos y reingresos con el mismo diagnóstico. Por tal motivo, se decidió realizar un estudio sobre los conocimientos y las actitudes de las madres adolescentes y jóvenes adultas frente a la prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas de niños menores de 5 años (MINSa, Análisis situacional de salud de DISA IV, 2013).

1.1. Formulación del problema

Es así que se planteó el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la diferencia de conocimientos y actitudes sobre la prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas en madres adolescentes y jóvenes adultas de niños menores de 5 años, del Centro de Salud Materno Infantil Miguel Grau?

2. Justificación

2.1. Aporte teórico

Frente a la preocupación constante por parte de los investigadores especializados en el área, se han realizado diversos estudios respecto al conocimiento y actitudes frente a la prevención de las EDAs, así en el año 1989 se encontró escaso nivel de conocimientos y actitudes frente a la prevención de enfermedades diarreicas agudas en una población de madres de la comunidad de Huaycán. De forma similar, el año 2012 en un estudio realizado en la ciudad de Ica se concluyó que el conocimiento general de las madres sobre el manejo de las diarreas es regular, pues persiste la creencia que se debe prohibir la lactancia materna, que los parásitos son la principal causa y que se debe usar antibióticos como parte de un tratamiento adecuado. En otro estudio realizado en Cuzco, en el año 2012, se concluyó que las madres presentaron un nivel de conocimiento medio sobre la enfermedad diarreica aguda.

El presente estudio pretende actualizar la información concerniente al conocimiento y actitudes que poseen las madres adolescentes en comparación con las madres adultas jóvenes en nuestro medio, constituyendo un aporte teórico, pues se ordenará y sistematizará la información acerca de los conocimientos y actitudes sobre la prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas. Esta información servirá también como fuente generadora de nuevas ideas de investigación disponible para la comunidad científica en el área de la salud y especialmente en enfermería. Puesto que la enfermera tiene el primer contacto con los niños y madres en el control de crecimiento y desarrollo como también en la atención integral que se les brinda.

2.2. Aporte metodológico

Con el fin de determinar cuál es el nivel de conocimientos y actitudes sobre la prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas en madres adolescentes y jóvenes adultas de niños menores de cinco años se aplicó un instrumento de fácil aplicación consistente en un cuestionario de tipo respuesta múltiple y una escala de tipo Likert. El cual fue diseñado para evaluar una población semejante a la del presente estudio. La medición de la confiabilidad del mencionado instrumento en la población del presente estudio constituye un valioso aporte, ya que podrá ser tomado como referencia para otras investigaciones en poblaciones con características similares.

2.3. Aporte social

Los resultados del presente trabajo de investigación darán a conocer los conocimientos y actitudes sobre la prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas en madres adolescentes y jóvenes adultas de niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Materno Infantil, Miguel Grau, Chacabuco. Los cuales serán entregados al establecimiento de salud para así poder plantear estrategias más específicas para el mejoramiento de los conocimientos y las actitudes hacia la prevención de las EDAS en el ambiente familiar, y por ende contribuir a la disminución de la incidencia y complicación mortal de las EDAS en los niños menores de cinco años.

3. Objetivos de la investigación

3.1 Objetivo general

Determinar las diferencias que existen entre los conocimientos y actitudes hacia la prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas en madres adolescentes en

comparación con madres jóvenes adultas de niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Materno Infantil “Miguel Grau”.

3.2 Objetivos específicos:

Identificar los conocimientos sobre la prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas en madres adolescentes en comparación con las madres jóvenes adultas de niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Materno Infantil “Miguel Grau”.

Determinar las actitudes frente a la prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas en madres adolescentes en comparación con las madres jóvenes adultas de niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Materno Infantil “Miguel Grau”.

Capítulo II

Marco teórico

1. Antecedentes de la investigación

Reyes & Rey (2009) realizaron un estudio titulado “conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en el Policlínico Docente Emilia De Córdoba, San Nicolás, La Habana Cuba. El objetivo fue determinar el conocimiento que tienen las madres de niños menores de cinco años sobre la enfermedad diarreica aguda y su prevención. El método utilizado fue de tipo descriptivo con corte transversal, y se realizó durante el mes de diciembre del 2006. Se confeccionó un cuestionario según los objetivos propuestos. El grupo evaluado se constituyó por 453 madres de un universo de 499, del que fueron excluidas todas las que no quisieron participar en la investigación. El resultado muestra el predominio del grupo de madres entre 18 a 23 años 183 (40.04%), la escolaridad de la mayoría (51.21%) fue nivel primario y 37.08% con nivel secundario. Las conclusiones señalan que existe un desconocimiento por parte de las madres en cuanto a los hábitos higiénicos para prevenir las enfermedades diarreicas agudas. El tratamiento considerado por las madres fue el uso de las sales de rehidratación oral y el Novatropín; además, se

restringió el huevo, el pescado y la lactancia artificial. Se identificaron como complicaciones más frecuentes la deshidratación y la sepsis urinaria. En general el nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas y su prevención fue insuficiente.

Cervantes, Bosch & Armero (2001) realizaron un estudio titulado “Valoración del conocimiento de las madres sobre las diarreas y su prevención” en el policlínico Docente “Victoria de Girón” de Palma Soriano, Cuba. El objetivo fue evaluar el conocimiento sobre la enfermedad diarreica aguda y su prevención. El método utilizado fue de tipo descriptivo con corte transversal, y se realizó durante enero del año 1998 al igual mes de 1999. Se aplicó una encuesta previamente elaborada. El grupo evaluado fue conformado por 260 madres de niños menores de 1 año. Entre los principales resultados sobresalieron que la mayor parte de ellas consideraban el parásito era la causa fundamental de las diarreas y que menos de un cuarto del total la relaciono con la falta de higiene, que ninguna restringió la lactancia materna y que casi todos conocían la forma de preparación, administración y uso de las sales de rehidratación oral.

Fuentes, Rodríguez, Salazar & Rodríguez (2008) realizaron una investigación titulada “Factores de riesgo de las enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años”, Cuba. Su objetivo fue identificar factores de riesgo presentes en las enfermedades diarreicas agudas en este grupo de edad. Se realizó un estudio epidemiológico, observacional, analítico, longitudinal y prospectivo de casos y controles en niños menores de cinco años con enfermedades diarreicas agudas; en el área de salud Angarita, Parroquia Petare Noreste, Municipio Sucre, Estado Miranda, República Bolivariana de Venezuela, desde octubre de 2003 a junio de 2005. En los resultados se señala que predominó la asociación de la enfermedad diarreica aguda y

desnutrición proteica energética, la no lactancia materna exclusiva en los primeros cuatro meses, la edad menor de un año, la mala calidad del agua de consumo, la edad materna menor de 17 años, la falta de capacitación materna. No se asoció el sexo, el bajo peso al nacer y vacunación incompleta y se concluyó que una adecuada promoción y prevención de los factores de riesgo antes señalados, a través de componentes educativos y de promoción de salud, mejoraría la condición de salud del niño y su familia.

Pino, Tejada, & Zermira (2003 - 2007) realizaron un estudio titulado “Enfermedad diarreica aguda y su relación con la calidad del agua de consumo. Bejucal, Cuba 2003-2007” cuyo objetivo fue establecer la relación entre la morbilidad por EDA y la calidad sanitaria del agua de consumo, el estudio fue de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal retrospectivo. Se describieron las características de los pacientes con enfermedad diarreica aguda según variables escogidas de tiempo, lugar y persona. Se determinó la calidad sanitaria del agua de consumo, según muestreo realizado. Se aplicaron medidas de resumen, expresadas en por ciento, tasa y valor medio de la tasa, para la prueba de significación de los contrastes se fijaron niveles e intervalos de confianza y se aplicó un modelo de regresión lineal. La conclusión señala que la EDA y la calidad del agua de consumo están relacionadas inversamente, pero esta correlación no es significativa.

Lapeira & Acosta (2014) realizaron un estudio llamado “Conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas y respiratorias entre madres de una institución de salud”, su objetivo general fue determinar los conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas que poseen las madres de niños menores de cinco años asistentes a una institución de salud de la ciudad de Santa Marta, Colombia de Enero – Junio 2014. La metodología implicó un estudio

cuantitativo de características descriptivas y corte transversal cuya muestra estuvo conformada por 114 madres de niños menores de cinco años. Quienes acudieron a urgencias a un centro de salud de la ciudad de Santa Marta por presentar EDA y/o IRA. Los resultados muestran que los niños menores de cinco años y dentro de estos los lactantes de 0 a 12 meses son más vulnerables a padecer de EDA e IRA. Se concluye afirmando que la mortalidad por IRA y EDA es más frecuente en aquellos niños que abandonaron la lactancia materna antes de los primeros seis meses de vida y en su aparición inciden las condiciones de vida desfavorables como hacinamiento, deficiente atención médica y bajo ingreso económico.

Cruz (2014) Realizó un estudio titulado “Conocimiento materno sobre estrategias básicas de prevención en enfermedad diarreica aguda. Instituto Autónomo Hospital Universitario De Los Andes. Caracas, Colombia”, cuyo objetivo fue estimar el conocimiento materno sobre estrategias primarias de prevención de diarrea. Se realizó un estudio observacional de corte transversal, tipo encuesta a madres que acuden a los servicios de pediatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes durante el lapso noviembre – marzo 2012. Se utilizó Chi cuadrado de Pearson ($p < 0,05$) para el análisis estadístico. Los resultados incluyeron 111 madres: 50,4% tenían entre 20 y 35 años de edad, 40,6% provenientes del distrito sanitario Mérida, de estratos sociales Graffar IV-V; 33,3% tenían enseñanza secundaria. Sin embargo, solo 14,4% tuvo conocimiento adecuado sobre estrategias primarias de prevención en diarrea, 85% con desconocimiento de la existencia de la vacuna anti rotavirus, sólo 28% utiliza suero oral. Se estableció asociación significativa entre bajo nivel de instrucción materna y nivel socioeconómico, con pobre conocimiento en prevención en EDA ($p=0,002$). Se concluye mencionando que el desconocimiento materno de estrategias de prevención en EDA tuvo relación directa con bajos niveles de

instrucción materna y nivel socioeconómico; por ello las campañas de educación deben dirigirse a estos grupos. Alimentación, rehidratación oral y vacunas son tópicos a reforzar. El saneamiento y la promoción de la higiene con participación de la comunidad pueden llevar a una reducción significativa de la incidencia de diarrea en niños.

Camacho (2014) realizó un estudio llamado “Conocimientos preventivos maternos orientados a la atención integrada de Enfermedades Diarreicas Agudas en Niños Menores de 5 Años de edad de la comunidad de Anchiliví del Cantón Salcedo” en la Provincia de Cotopaxi, Ecuador; durante el período junio - agosto del 2013. Tuvo como objetivo valorar el nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas hacia enfermedades diarreicas agudas (EDA) en niños menores de 5 años. Se realizó un estudio transversal prospectivo en 170 madres. Se analizan variables moderadoras previamente establecidas. Los resultados muestran que las mujeres jóvenes tienen mejor nivel educativo (84,1%) que las adultas; mismas que tienen mejores prácticas higiénicas, correcto uso del agua de consumo en relación a las analfabetas. Se aplica Chi cuadrado (χ^2) obteniéndose $p=0.0149$ con lo que se comprueba que los conocimientos preventivos maternos permiten la aplicación de medidas adecuadas para la EDA. El 59% de las madres no han recibido información sobre prevención de la EDA. El 100% de la población tiene acceso a los servicios de salud, lo que se demuestra en la cobertura de vacunas. Las madres instruidas saben utilizar el SRO, y cuando deben acudir a control, no así las analfabetas. Se concluye estableciendo la relación entre edad y nivel de instrucción, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas, lo que nos demuestra que las madres jóvenes tienen mejor nivel educativo.

Poaquiza (2013) realizó un estudio llamado “Madres Adolescentes y su relación con el Crecimiento y Desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de Edad, en el subcentro de salud de Salasaca del área de salud N°5 del ministerio de salud pública, Del Cantón Pelileo de la Provincia de Tungurahua, Ecuador”. Se trabajó con 20 madres adolescentes y 20 hijos de 0 a 2 años 6 meses de edad, identificados gracias a los datos estadísticos obtenidos en los registros diarios del establecimiento. La investigación tuvo la modalidad de campo. El mayor porcentaje de las jóvenes son solteras, su situación económica es baja relacionada con el nivel de educación y la mayoría se dedica al comercio y agricultura. No se evidenció diferencia significativa de los valores antropométricos ya que se encuentran dentro de los parámetros normales. En lo referente al desarrollo, la mayoría de los niños han cumplido con las destrezas para su edad, en cuanto a la lactancia materna, la reciben, la misma que es suspendida precozmente dando lugar a una alimentación complementaria temprana que tiene como consecuencia las Enfermedades Infecciosas ya que el sistema enzimático y digestivo no se encuentra completamente desarrollado.

Miranda, Huamaní, Ordoñez, & colaboradores (2011) realizaron un estudio titulado “Manejo de la enfermedad diarreica aguda en niños hospitalizados en el Hospital III Grau EsSalud, Perú”. Cuyo objetivo fue evaluar el manejo de enfermedad diarreica aguda en niños. Fue un estudio retrospectivo, observacional y analítico de hospitalizados por enfermedad diarreica aguda durante 2005, en el Servicio de Pediatría del Hospital III Grau. Los resultados señalan que se evaluaron 194 pacientes, 57% hombres y 43% mujeres. El 43% correspondió a lactantes entre 6 y 12 meses y el 42% a niños entre 1 a 5 años. Fueron 84% eutróficos. El 61% recibió lactancia materna exclusiva y 22% automedicación antibiótica previa. Ingresaron con deshidratación moderada 88%, leve 10% y severa 2%. De 16 cuadros diarreicos

disentéricos, 15 recibieron antibióticos. De 178 casos de diarrea acuosa, 80 tuvieron reacción inflamatoria positiva compatible con etiología bacteriana, todos recibieron antibióticos, mientras que 98 fueron virales por reacción inflamatoria negativa, 73 de las cuales no recibieron antibióticos y 25 sí por mala evolución. El criterio para el inicio de antibióticos fue el recuento de leucocitos fecales, hemograma y clínica. Se inició con + 40 leucocitos fecales y algunos con menos de 20. Los 194 pacientes recibieron hidratación endovenosa, sólo 19% reinició vía oral antes de la cuarta hora, 88% recibió ranitidina, 76% dimenhidrinato y 62% antibióticos, destacando amikacina 61% y cloranfenicol 19% y se concluyó que faltan pruebas diagnósticas rápidas para rotavirus, y otras como lactoferrina fecal, también que hay subutilización de suero de rehidratación oral, abuso terapia endovenosa y otros medicamentos como antieméticos y no se cumple con realimentación temprana.

Alarcón, Eduardo, & Álvarez (2013) realizaron un estudio titulado “Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano en la provincia de Ica, Perú”. Su objetivo fue determinar el conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención. El estudio fue observacional, descriptivo de corte transversal. Se entrevistaron a 82 madres, el promedio de edad fue de 29 años (con una mínima de 15 y una máxima de 49). El 58.5% de las madres fueron convivientes, el 73.1% es ama de casa, alrededor del 7% tenían estudios superiores culminados y el 6% de las viviendas contaban con el servicio de desagüe. Sobre los conocimientos y prevención de la diarrea, el 76% conoció el significado de la palabra diarrea, el 53% creyeron que los parásitos son la principal causa, el 53% prefirió usar el (SRO) Solución de Rehidratación oral como principal medida de tratamiento, aunque un 23% admitió que le daría antibióticos, el 67% acudiría a un centro de salud, mientras que un 24% acudiría al curandero. En conclusión, el conocimiento en general de las

madres sobre el manejo de las diarreas, es regular, persiste la creencia de que se debe prohibir la lactancia materna, de que los parásitos son la principal causa y que se debe usar antibióticos como parte de un tratamiento adecuado.

Quispe (2012) realizó un estudio llamado “Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres con niños menores de 5 años con casos de enfermedades diarreicas agudas de la comunidad de Yuncaypata que acuden al centro de salud de Wanchaq, Cuzco”, Perú. Su objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas en madres de familia de niños menores de 5 años. Su metodología fue un estudio descriptivo analítico relacional y transversal, con una muestra de 18 madres de familia de niños menores de 5 años con enfermedades diarreicas agudas. Las características generales de la población son: el 61.11% de niños está entre la edad de 2 a 4 años y un 11.1% está el grupo de los menores de 6 meses. En relación al sexo el 61.1% de niños es de sexo masculino y un 38.8% es de sexo femenino y el 66.6% está entre el 2° y el 3° hijo y el 88.8% de niños presentaron enfermedades diarreicas agudas acuosa. El 67.67% de madres de familia de niños menores de 5 años con enfermedades diarreicas agudas tienen bajo nivel de conocimientos y el 5.56% tienen alto nivel de conocimiento. El 83,33% de las madres de familia tienen prácticas y actitudes deficientes en enfermedades diarreicas agudas y el 16.67% tiene prácticas y actitudes adecuadas frente a las enfermedades diarreica. El 66.7% tiene el nivel conocimiento bajo lo que está directamente relacionado con el grado de instrucción de analfabeta y primaria incompleta la misma que tiene un porcentaje representativo del 27.8% y 66.67% respectivamente. En conclusión, el conocimiento por parte de más de la mitad de las madres sobre las EDAS, es bajo lo que está directamente relacionado con el grado de escolaridad. Con respecto a la actitud y a la práctica en general de las madres frente a las enfermedades diarreicas

agudas, es deficiente y sólo el 16.67% tiene prácticas y actitudes adecuadas frente a las enfermedades diarreicas agudas.

2. Marco bíblico- filosófico

El más profundo anhelo del ser humano es ser feliz; sin embargo, la diaria realidad es el sufrimiento, la angustia, el dolor y la enfermedad causado por el pecado. El pecado es la rebelión contra Dios acarreando malas consecuencias y finalmente lleva a la muerte; pero a pesar de esto, Dios nos dice: “la oración y la fe salvará al enfermo, y el señor lo levantará; y si hubiere cometido pecados, le serán perdonados. Confesaos vuestras ofensas unos a otros, y orad unos por otros, para que seáis sanados. La oración eficaz del justo puede mucho”. (Santiago 5: 15 -16).

Por otro lado, en la Biblia encontramos el versículo, "¿O ignoráis que vuestro cuerpo es templo del Espíritu Santo, el cual está en vosotros, el cual tenéis de Dios, y que no sois vuestros? Porque comprados sois por precio: glorificad pues a Dios en vuestro cuerpo y en vuestro espíritu, los cuales son de Dios" (1 Corintios 6: 19-20). Dios nos dio un cuerpo y nuestro deber es cuidarlo por ser el templo del espíritu santo.

En el tiempo de los israelitas Dios estableció principios y normas de salud mediante Moisés para crear entornos saludables lleno de alegría, paz y armonía. Para ello se requería abordar temas como: higiene en general, el vestido, la alimentación y la salud practicados en las familias y en la misma comunidad del pueblo de Israel (G. de White, 1905).

Por otro lado, los hijos serán en gran medida lo que sean sus padres. Las condiciones físicas de éstos, sus disposiciones y apetitos, sus aptitudes intelectuales y morales, se reproducen, en mayor o menor grado, en sus hijos. La responsabilidad

vital sobre la madre en la educación del hijo que con su sangre vital nutre al niño y forma su armazón física, le comunica también influencias intelectuales y espirituales que tienden a formar la inteligencia y el carácter. Jocabed, la madre hebrea de fe robusta y que no temía "el mandamiento del rey" (Hebreos 11:23), fue la mujer de la cual nació Moisés, el libertador de Israel. Ana, la mujer que oraba, abnegada y movida por la inspiración celestial, dio a luz a Samuel, el niño instruido por el Cielo, el juez incorruptible, el fundador de las escuelas sagradas de Israel. Elizabeth, la parienta de María de Nazaret y animada del mismo espíritu que ésta, fue madre del precursor del Salvador (G. de White, 1905).

Asimismo, menciona lo difícil que sería exagerar la importancia que tiene el hacer adquirir a los niños buenos hábitos dietéticos. Necesitan aprender que comen para vivir y no viven para comer. Esta educación debe empezar cuando la criatura está todavía en brazos de su madre. Hay que darle alimento tan sólo a intervalos regulares, y con menos frecuencia conforme va creciendo. No hay que darle dulces ni comida de adultos, pues no la puede digerir. El cuidado y la regularidad en la alimentación de las criaturas no sólo fomentarán la salud, y así las harán sosegadas y de genio apacible, sino que echarán los cimientos de hábitos que los beneficiarán en los años subsiguientes.

De la misma manera, todos los padres pueden aprender mucho con respecto al cuidado y a las medidas preventivas y aun, tocante al tratamiento de la enfermedad. La madre en particular debe saber qué hacer en los casos comunes de enfermedad en su familia. Debe saber atender a su enfermo. Su amor y perspicacia deben capacitarla para prestar servicios que no podrían encomendarse a una mano extraña.

3. Marco Teórico

3.1. Definición de EDA

La diarrea aguda consiste en un aumento en el número de deposiciones y/o una disminución en su consistencia, de instauración rápida. Se puede acompañar de signos y síntomas como náuseas, vómitos, fiebre o dolor abdominal. La causa más frecuente es la infección gastrointestinal, que produce una gastroenteritis o inflamación de la mucosa gástrica e intestinal. Debido a ello el término diarrea aguda es prácticamente sinónimo de gastroenteritis aguda de causa infecciosa. La diarrea refleja un aumento en la pérdida a través de las heces de sus principales componentes: agua y electrolitos. El término agudo viene dado de ser habitualmente un proceso de carácter autolimitado, con una duración menor de 2 semanas. (OMS, 2013)

Asimismo, se considera la existencia de diarrea cuando hay más de dos deposiciones de menor consistencia, o una deposición de menor consistencia con presencia de sangre macroscópica, en un periodo de 24 horas. Esta definición puede ser imprecisa, por la variabilidad en el volumen, frecuencia y consistencia de deposiciones en la edad infantil. Hay que tener en cuenta la edad del niño, ya que la frecuencia de las deposiciones es más alta en niños menores de tres meses, y que el ritmo intestinal puede cambiar con el tipo de alimentación. Hay escasos datos de referencia del volumen fecal a las distintas edades.

La diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos. La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminado, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente. Las enfermedades diarreicas

pueden tratarse con solución de agua limpia, azúcar y sal, o las sales de rehidratación oral. (EsSalud, 2012).

3.2. Clasificación

Existen tres tipos clínicos de enfermedades diarreicas agudas:

3.2.1. La diarrea acuosa aguda: se refiere a la diarrea de inicio agudo, menos de 14 días (la mayoría de los episodios duran menos de 7 días) y comprende la deposición de heces con frecuencia y suaves o acuosas sin la presencia de sangre visible. Pueden presentar vómito e incluso fiebre. Los episodios de diarrea acuosa causan deshidratación; y cuando los pacientes disminuyen su ingesta esto puede contribuir con las causas de desnutrición. Las muertes causadas por este tipo de diarreas son por deshidratación.

3.2.2. La diarrea disentérica: el término disentería se refiere a la presencia de diarrea con sangre visible en las heces. Los efectos más importantes de la disentería incluyen anorexia, pérdida rápida de peso y daño a la mucosa intestinal por bacterias invasivas, entre otras.

3.2.3. La diarrea persistente: el término diarrea persistente se refiere a los episodios de diarrea que inician de una manera aguda pero son inusualmente de larga duración (≥ 14 días). Los episodios pueden iniciar como un caso de diarrea acuosa o disentería. Es frecuente encontrar una marcada pérdida de peso. Las deposiciones diarreicas son por lo general abundantes con un mayor riesgo de deshidratación. No se ha identificado una causa única de diarrea persistente; sin embargo, los casos de *E. coli* y *Cryptosporidia* pueden desempeñar un papel más importante que otros agentes. Los casos de diarrea persistente no deben confundirse con una diarrea crónica, la cual se refiere a la recurrencia o la presencia por largo tiempo de episodios diarreicos debido

a causas no infecciosas, como sensibilidad al gluten o desordenes metabólicos heredados (Díaz, 2012).

3.3. Tipos según etiología

3.3.1. Invasiva: el germen produce lesión directa del germen sobre la mucosa del intestino, lo que provoca inflamación y ulceración de dicha mucosa → moco y sangre → disentería. Ej: *Campylobacter*, *Salmonella*, *E. coli enteroinvasiva*, *E. coli Enterohemorrhagica*, *Yersinia*, *Shigella*.

3.3.2. Osmótica: se producen dentro del intestino sustancias osmóticas, es decir sustancias que por sí mismas arrastran gran cantidad de agua → Heces líquidas, abundantes, frecuentes y explosivas, postprandiales; vomito, distensión y dolor abdominal, cólico, borborismos y flatulencia, dermatitis del área del pañal por las heces ácidas. Ej: *Adenovirus*, *Rotavirus*, *Giardia*, *E. coli enteroagregativa*.

3.3.3. Secretora: los gérmenes hacen que la mucosa del intestino segregue sustancias ricas en cloro y bicarbonato y se pierda una gran cantidad de agua (es una diarrea fundamentalmente líquida) → mayor deshidratación y pérdida de electrolitos. Ej: *Cólera*, *E. coli enterotoxigenica*, *Shigella* (Departamento de Farmacoepidemiología, 2005).

3.4. Etiología

Pueden tener como origen infeccioso (bacteria, virus, parásitos), o de causa no infecciosa (intolerancia a la lactosa, intolerancia a la leche de vaca), en los niños el agente más frecuente es el Rotavirus (Arenas, 2002; Ponce, 2002).

3.4.1. Virus: corresponde al 50% de los casos. *Rotavirus*, *Adenovirus*, agente *Norwalk*, *Coxsackie* y *Echo virus*.

3.4.2. Bacteria: 20% de los casos. *Salmonella*, *Shigella*, *Escherichia coli* en sus variedades *Enterotoxigenica* y *Enterotopategena*, *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolitica* y *Vibrio cholerae*.

3.4.3. Parasitos: 15% de los casos. *Entooameba histolytica*, *Guiarda lamblia*, *Crystosporidium* y *Strongyloides*.

3.4.4. Gérmenes: Más comúnmente asociados con los alimentos contaminados son las bacterias: *Campylobacter*, *Salmonella* y *Escherichia coli* y en menos frecuencia un grupo de los *Calicivirus o Norwalk*.

3.4.4.1. *Campylobacter*: es el agente causal más frecuente de diarrea bacteriana aguda en todos los grupos de edad, con una mayor incidencia en niños menores de 5 años de edad. Este entero patógeno está asociado frecuentemente a cuadros clínicos de diarrea complicada o diarrea persistente en menores de un año que requieren hospitalización. El medio de transmisión es por contacto o con animales domésticos y de granja, siendo encontrada la bacteria en heces de aves de corral, perros, gatos, vacas y ovejas. La clínica es variable, desde diarrea acuosa hasta disentería, siendo muchas veces excretada sin producir síntomas.

3.4.4.2. *Las salmonellas*, pueden ser divididas en dos grupos:

Salmonella typhi y *Salmonella paratyphi* que producen fiebre tifoidea y *Salmonella no typhi* que producen enteritis por *Salmonella*. La bacteria está presente en los intestinos de aves, mamíferos y se adquieren por la ingesta de alimentos crudos.

3.4.4.3. *Escherichia coli*, es un patógeno cuyo reservorio es el ganado; el ser humano la adquiere por el consumo de alimentos o aguas contaminados con heces de vacunos. La literatura refiere solo que el 3% a 5% de las personas infectadas

desarrollan el síndrome hemolítico urémico, el cual si no es tratado a tiempo puede producir hasta la muerte (Arenas , 2004).

3.4.5. Otras causas:

3.4.5.1. Infecciones

- Entéricas
- Extra intestinales

3.4.5.2. Alergia alimentaria

- Proteínas de la leche de vaca
- Proteínas de soja

3.4.5.3. Trastornos absorción/digestión

- Déficit de lactasa
- Déficit de sacarasa – isomaltasa

3.4.5.4. Cuadros quirúrgicos

- Apendicitis aguda
- Invaginación

3.4.5.5. Ingesta de fármacos

- Laxante
- Antibióticos

3.4.5.6. Intoxicación metales pesados

- Cobre, zinc

Por otro lado, la principal causa de diarrea aguda son las infecciones entéricas:

3.4.5.7. Diarrea viral

- Rotavirus Grupo A
- Adenovirus entérico
- Astrovirus
- Calicivirus humanos: Norovirus y Sapovirus.

3.4.5.8. Diarrea parasitaria

- Giardia lamblia
- Cryptosporidium parvum

3.4.5.9. Diarrea bacteriana

- Salmonella: *S. typhi* y *paratyphi*, *Salmonella no tifoidea*: *S. enteritidis* y *S. typhimurium*
- Shigella: *Shigella sonnei*
- Campylobacter: *Campylobacter jejuni*
- Yersinia: *Yersinia enterocolitica*
- Aeromonas

- Escherichia coli: *E. coli enteropatógeno*, *E. coli enterotoxigenico*, *E. coli entroinvasivo*, *E. coli enterohemorrágico*, *E. coli enteroadherente* y *E. coli enteroagregante* (Román & Barrio, 2002).

En nuestro medio la principal etiología en la edad infantil es la vírica, pudiendo ser los agentes bacterianos los predominantes en determinadas épocas de la año y en niños mayores. Los parásitos constituyen una causa infrecuente de diarrea en niños sanos.

Desde el descubrimiento en 1972 del virus Norwalk, primer virus identificado como agente etiológico en la gastroenterocolitis en humanos, se han definido cuatro grandes categorías de estos virus: *Rotavirus*, *Astrovirus*, *Adenovirus entéricos* y *Calicivirus humanos*.

Los rotavirus constituyen el principal agente etiológico productor de diarrea en la infancia, se asocian a una forma de enfermedad más grave e infectan prácticamente a todos los niños en los 4 primeros años de vida, dándose la enfermedad especialmente entre los 6 y 24 meses de edad. Son los más frecuentemente detectados en los casos que precisan ingreso hospitalario y, en países de clima templado, tienen un predominio claro en los meses fríos. Son, además, el principal agente productor de diarrea nosocomial en las unidades de ingreso infantiles. Los *Adenovirus entéricos*, *Calicivirus* y *Astrovirus* producen un cuadro clínico más leve (Román & Barrio, 2002).

3.5. Factores de riesgo

3.5.1. Ambientales:

- Agua inadecuada o con contaminación fecal.

- Falta de facilidades sanitarias.
- Mala higiene personal y doméstica.
- Inadecuada preparación y almacenamiento de alimentos.
- Ignorancia o patrones culturales adversos con malas prácticas del destete.
- Tardía búsqueda de atención médica.

3.5.2. *Del Huésped:*

- Desnutrición
- Ausencia de lactancia materna
- Deficiencias inmunológicas
- Factores genéticos (MINSA, 2006).

3.6. Fisiopatología

La diarrea se produce cuando el volumen de agua y electrolitos presentado al colon excede su capacidad de absorción, eliminándose de forma aumentada por las heces. Esto puede deberse a un aumento en la secreción y/o a una disminución de la absorción a nivel de intestino delgado, o, más infrecuentemente, a una alteración similar a nivel de colon. Estas alteraciones son secundarias a la afectación intestinal que resulta de la interacción entre el agente infeccioso y la mucosa intestinal. En determinados casos se da la penetración de la barrera mucosa por antígenos extraños, tales como microorganismos o toxinas. Las toxinas microbianas pueden ligarse a los receptores del enterocito y estimular la secreción epitelial de agua e iones. Por otra parte, los microorganismos pueden dañar el enterocito produciendo una disminución

en la absorción de electrolitos, una pérdida de las hidrolasas del borde en cepillo y un escape de fluido a través del epitelio (Román & Barrio, 2002).

De la misma manera, la lesión por daño directo de la célula epitelial tiene lugar en las infecciones por agentes virales como Rotavirus, aunque en este caso además una proteína viral actuaría como enterotoxina. También se produce lesión vellositaria en infecciones agudas por protozoos tales como *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium parvum* y *Microsporidium*. Todo ello conduce a una pérdida aumentada de agua y electrolitos en heces.

Asimismo, la gran pérdida de líquidos y electrólitos puede derivar en un cuadro de deshidratación. Esto es más frecuente en el niño pequeño, por tener una mayor área de superficie corporal en relación con el peso que el adulto y, por lo tanto, unas mayores pérdidas insensibles. Además, existe un flujo intestinal de agua y electrólitos más cuantioso. En estas edades hay también un mayor riesgo nutricional, por una gran respuesta catabólica frente a las infecciones y una depleción de las reservas nutricionales más rápida que en el adulto. Otros factores que influyen en la afectación nutricional son la disminución de la ingesta calórica, por la hiporexia concomitante y la restricción alimentaria habitualmente indicada, y la posible existencia de malabsorción de nutrientes secundaria a la lesión intestinal.

Aunque, en general, se trata de un proceso leve y autolimitado y la principal complicación es la deshidratación, ocasionalmente se puede desarrollar una diarrea prolongada como consecuencia de:

– *Intolerancia a la lactosa*, en relación con un déficit transitorio de lactasa por daño de las enzimas del borde en cepillo intestinal. Es relativamente frecuente, sobre todo tras una gastroenteritis por rotavirus. En Europa este hecho parece tener escasa

relevancia clínica, aunque en países con un elevado porcentaje de malnutrición sigue siendo un problema importante,

– *Sensibilización a las proteínas de la leche de vaca*, al existir en la gastroenteritis un aumento en la absorción de antígenos de la leche de vaca que puede desencadenar una respuesta inmune, local o sistémica.

– *Sobrecrecimiento bacteriano*, por la contaminación bacteriana de los tramos altos del intestino delgado.

Puede contribuir al mantenimiento de la diarrea por acción directa de las bacterias sobre la mucosa y/o por de conjugación de las sales biliares (Román & Barrio, 2002).

3.7. Cuadro clínico

Los signos a ser evaluados son:

3.7.1. Condición y comportamiento, evalúe cuidadosamente si el paciente:

- Está bien y alerta.
- Inquieto o irritable.
- Débil, letárgico o inconsciente (esto en ocasiones es difícil de valor, la manera más sencilla es preguntar por la evaluación de la madre sobre el estado del paciente).

3.7.2. Evaluación de la turgencia del globo ocular:

- Es normal.
- Disminuida.
- Muy disminuida o seco.

3.7.3. Lagrimas: presenta el paciente lágrimas cuando llora vigorosamente;

Boca y/o lengua:

- Está húmeda.
- Seca.
- Muy seca.

3.7.4. Sed, ofrezca algo de agua en un vaso o una cuchara y observe si el paciente:

- Bebe normalmente, acepta el agua sin un interés particular o rehúsa beber.
- Bebe con ánimo, sujeta el vaso o la cuchara, es claro que desea beber.
- No es capaz de beber o lo hace con dificultad, porque se encuentra letárgico.

3.7.5. Piel: cuando se pellizca la piel del abdomen o los muslos y se libera, vuelve la piel rápidamente a su posición original:

- Inmediatamente.
- Lentamente.
- Muy lentamente (≥ 2 segundos)

Este signo por lo general es muy útil; sin embargo, los pacientes obesos pueden presentar una turgencia disminuida de la piel y la turgencia de la piel puede parecer deficiente en los niños con marasmo aun cuando no están deshidratados.

3.7.6. Fontanela anterior: en los niños pequeños cuando se presenta un estado de deshidratación, la fontanela anterior se aplanan más de lo usual y cuando la deshidratación es severa se hunde.

3.7.7. *Brazos y piernas*: la piel de las partes inferiores de brazo y piernas es normalmente seca y tibia; el color de las uñas es normalmente rosado. Cuando la deshidratación es severa y coexiste un shock hipovolémico, la piel se torna fría, humedecida y la matriz ungueal se torna cianótica.

3.7.8. *Pulso*: según aumenta la deshidratación, el pulso radial y femoral se torna rápido. Cuando la deshidratación es severa, el pulso se torna muy rápido y débil. Cuando se presenta un shock hipovolémico, puede desaparecer completamente. El pulso femoral; sin embargo, permanece palpable.

3.7.9. *Respiración*: la frecuencia respiratoria se presenta aumentada en los niños con deshidratación severa, debido en parte a su acidosis por deficiencia de base.

La ausencia de tos y signos respiratorios permite diferenciar a estos niños de los casos de neumonía (Departamento de Farmacoepidemiología, 2005).

3.8. Evaluación del estado de hidratación

El Ministerio de Salud (2011) menciona al interrogatorio de la exploración física, para identificar los signos y síntomas de deshidratación.

Conocer el estado de hidratación del paciente es fundamental para definir la conducta terapéutica.

Tabla 1

Evaluación del estado de hidratación.

	A	B	C
1. Pregunte por:			
-Sed	Normal	Más de lo normal	Excesiva.
-Orina	Normal	Poca cantidad, oscura.	No orinó durante 6 horas.
2. Observe:			
- Aspecto	Alerta	Irritado o decaído	Deprimido o comatoso.
- Ojos	Normales	Hundidos	Muy hundidos, llora sin lágrimas.
- Boca y lengua	Húmedas	Secas	Muy secas, sin saliva.
- Respiración	Normal	Más rápida de lo normal	Muy rápida y profunda.
3. Explore			
-Elasticidad de la piel	El pliegue se deshace con rapidez	El pliegue se deshace con lentitud. Hundida: solo se palpa	El pliegue se deshace muy lentamente: + de 2 seg. Muy hundida, se palpa y se observa.
-Fontanela	Normal	Más rápido de lo normal	
-Pulso	Normal	De 3 a 5 segundos.	Muy rápido, fino o no se palpa
- Relleno capilar	Menor de 2 segundos.		Mayor de 5 segundos.
4. Decida			
	No tiene deshidratación	Si tiene dos o más síntomas o signos, tiene deshidratación	Si tiene dos o más de estos síntomas o signos: Tiene deshidratación grave. Si tiene uno o más de los signos marcados con! Tiene deshidratación grave con shock hipovolémico.
5. Indique			
	PLAN A Previene la deshidratación	PLAN B Trata la deshidratación en la posta o área de rehidratación	PLAN C Tratar rápidamente la deshidratación mientras se deriva al Hospital. Mientras tanto: - Colocar vía EV. Si está en shock. - Si bebe, hidratar por boca - Si vomita; colocar SNG

3.9. Tratamiento

El tratamiento de las EDAS se basa en el manejo oportuno y adecuado reposición de líquidos y electrolitos para prevenir y/ o tratar la deshidratación. (Ministerio de Salud , 2011)

Luego de la evaluación de los pacientes se clasifican en tres categorías que definen el plan de tratamiento:

- Pacientes con diarrea sin signos de deshidratación: se debe utilizar el Plan A.
- Pacientes con diarrea con deshidratación leve o moderada: se debe utilizar el plan B.
- Pacientes con diarrea con deshidratación grave o shock: se debe utilizar el plan C.

Plan para deshidratación según el MINSA.

3.9.1. Plan A

El plan A se aplica para prevenir la deshidratación en pacientes sin signos clínicos de deshidratación.

El siguiente cuadro resume las indicaciones del tratamiento de los pacientes con diarrea sin deshidratación (PLAN A):

Tabla 2

Tratamiento de los pacientes con diarrea sin deshidratación (PLAN A).

Grado de deshidratación	TRATAMIENTO PLAN A	
Son signos de deshidratación	<p>Sales de rehidratación oral, domiciliarias</p> <p>Menores de dos años: 50 – 100 ml de solución de sales de rehidratación oral (SRO), después de cada deposición líquida. Continuar con alimentación. Control en 24 hrs. Explicar signos de alarma.</p> <p>Mayores de dos años: 100 – 200ml de (SRO), después de cada deposición líquida.</p>	<p>Los líquidos se deben administrar en pequeñas cantidades en forma frecuente.</p>

3.9.2. Plan B

El Plan B se utiliza para tratar pacientes con diarrea con deshidratación leve a moderada.

El Plan B se basa en la necesidad de suministrar, durante un período corto, un volumen de líquidos que sirva para reemplazar el déficit de agua y electrolitos causadas por la diarrea y/o vómitos.

El siguiente cuadro resume las indicaciones del tratamiento de los pacientes con deshidratación leve a moderada (PLAN B).

Tabla 3

Tratamiento de los pacientes con deshidratación leve a moderada (PLAN B).

Grado de deshidratación	TRATAMIENTO PLAN B	
Algunos signos de deshidratación leve a moderada.	Sales de rehidratación oral en área de rehidratación o Posta de Rehidratación.	
	Administrar en las primeras 4 horas:	Si el niño vomita, esperar 10 min y después continuar más lentamente
	Menores de 4 meses (menos de 6Kg); 200 – 600 ml	Indicaciones de sonda nasogástrica en niños: Vómitos persistentes (más de 4 en 1 hora). Si no toma por boca.
	De 4 a 11 meses (6 – 10 Kg): 300 – 1000 ml	
	De 12 meses a 2 años: (menos de 12 Kg); 500 – 1200 ml	
	De 2 a 5 años (12 a 19Kg): 600–1900 ml	
Solo se debe utilizar la edad del niño para calcular el volumen de SRO si se desconoce el peso. En caso de conocer el peso la cantidad se SRO es de: peso en Kg por 50-100 ml y ofrecer 20 ml cada 20 min.		

3.9.3. Plan C

Para aquellos pacientes con deshidratación grave se utiliza el Plan C.

El Plan C tiene por objetivo reponer rápidamente el déficit de líquidos y electrolitos que presenta el paciente, con el fin de revertir el estado de hipovolemia reversible.

La deshidratación grave constituye una “emergencia médica”, por lo que es necesaria la vigilancia cercana del paciente hasta lograr la estabilidad hemodinámica.

Los volúmenes de líquidos y la velocidad de infusión dependen del estado hemodinámico del paciente.

Los volúmenes de soluciones parenterales se pueden aumentar, si no se logra reponer el déficit, o disminuir si la hidratación se consigue antes de lo previsto o se detectará evidencia de sobre hidratación como por ejemplo edema palpebral o estertores crepitantes.

Una vez que el paciente logra tolerar y completar la hidratación se pasará al Plan A y se envía a su domicilio.

El siguiente cuadro resume las indicaciones del tratamiento de los pacientes con deshidratación grave (PLAN C):

Tabla 4

Tratamiento de los pacientes con deshidratación grave (PLAN C).

Grado de deshidratación	TRATAMIENTO PLAN C – Derivar con urgencia al hospital	
Deshidratación Grave	<p>Rehidratación endovenosa. Aunque el paciente reciba rehidratación endovenosa debe comenzar a beber la solución de SRO tan pronto le sea posible.</p> <p>Rehidratación endovenosa (2-4 h):</p> <p>Niños: Se debe utilizar solución poli electrolítica (si no se dispone de la misma utilizar solución fisiológica) <i>Solución poli electrolítica: 25 ml/k/hora.</i></p> <p>Si el paciente está en shock, administrar 20 ml/Kg de solución fisiológica en un tiempo menor a 20 minutos. Este procedimiento puede repetirse si fuere necesario.</p> <p>Si el niño puede beber, mostrar a la mama como administrar en el trayecto las SRO, por sorbos frecuentes o jeringa (20 ml/kg/hora).</p> <p>Si no puede beber, colocar SNG y administrar SRO a 20 ml/Kg cada 20 minutos.</p>	<p>En algunos pacientes graves, es necesario instalar dos vías periféricas para alcanzar la velocidad de perfusión necesaria.</p>

3.9.4. Cuidados en el hogar después del alta hospitalaria

3.9.4.1. Alimentación: las dos cuestiones fundamentales son: ¿cuándo iniciar la alimentación? y ¿con qué tipo de alimentos ha de reiniciarse

3.9.4.2. Realimentación precoz: se ha observado que la instauración de la alimentación completa habitual del niño tras 4 horas de rehidratación oral conduce a una mayor ganancia de peso y no conduce a una mayor duración de la diarrea o más incidencia de intolerancia a la lactosa. Además aumenta el bienestar del niño al poder

comer libremente, sin ser sometido a dietas restrictivas, hipocalóricas y poco apetecibles para el paciente.

3.9.4.3. Tipo de alimentación: los alimentos candidatos deben ser nutritivos, de fácil digestión y absorción, económicos, de sabor agradable y, sobre todo, carentes de efectos nocivos sobre el curso de la enfermedad.

3.9.4.4. Lactancia materna: la evidencia científica disponible establece la necesidad de mantenerla, sin ninguna restricción, en los niños con gastroenteritis. La buena tolerancia es debida a varias razones, entre ellas una menor osmolaridad y un mayor contenido en enzimas que la leche de vaca y el aportar factores hormonales y antimicrobianos.

3.9.4.5. Fórmula/leche para lactantes: una práctica habitual ha sido la de reiniciar la alimentación con leches diluidas y, por lo tanto, hipocalóricas. Se ha demostrado que la mayoría de los niños con diarrea aguda pueden ser realimentados con una fórmula o leche sin diluir, sobre todo cuando a esto se añade el uso de una solución de rehidratación oral y el reinicio precoz de la alimentación.

3.9.4.6. Lactosa y leches especiales: en la actualidad en nuestro medio en la mayoría de los niños con diarrea no está indicado una fórmula sin lactosa, hipoalergénica o hidrolizada. Habría que observar la aparición de signos o síntomas de malabsorción para detectar los contados casos en los que pudiera aparecer. Estaría indicada una leche sin lactosa en los casos de diarrea prolongada o recidivante en los que en el análisis de heces se detecta un pH menor de 5,5 y/o la presencia de más de un 0,5% de sustancias reductoras.

3.9.4.7. Dietas mixtas: en niños con una alimentación variada hay que mantener dicha dieta, pues existe una adecuada absorción de macronutrientes. Se deben evitar

alimentos con contenido en azúcares elementales, que pueden empeorar la diarrea por su efecto osmótico. Habrá que estimular de alguna forma la ingesta ofreciendo alimentos de sabor agradable, habituales en la alimentación del niño y, probablemente, de consistencia más líquida. Son mejor tolerados ciertos alimentos como hidratos de carbono complejos (trigo, arroz, patatas, pan y cereales), carnes magras, yogur, frutas y vegetales.

3.9.4.8. Micronutrientes: el zinc ha sido el principal micronutriente implicado en los procesos de diarrea. Se ha demostrado que la suplementación con zinc reduce significativamente la gravedad de la diarrea en niños en países en vías de desarrollo y disminuye los episodios posteriores de diarrea. No está claro su mecanismo de acción, aunque parece que es favoreciendo el efecto inmunológico y la recuperación epitelial. La evidencia disponible ha llevado a la OMS y UNICEF a recomendar en países en desarrollo el tratamiento con zinc de todos los niños con diarrea.

3.9.4.9. Probióticos: en los últimos años los probióticos, suplementos alimentarios microbianos con efectos positivos en la prevención o tratamiento de una patología específica, han surgido como un nuevo elemento en la prevención y tratamiento de la diarrea infecciosa.

La base racional para su uso es su papel modificando la composición de la flora colónica y actuando contra los agentes enteropatógenos. La revisión de los estudios realizados en los últimos años para establecer el efecto de los probióticos en el tratamiento de la diarrea aguda infecciosa muestra un beneficio clínico moderado de algunos probióticos en el tratamiento de la diarrea aguda acuosa, principalmente por rotavirus y en lactantes y niños pequeños. Este efecto depende de la cepa, siendo los más efectivos *Lactobacillus GG* y *Saccharomyces boulardii*, de la dosis (mayor para dosis > 10¹⁰ UFCs) y no es útil en la diarrea invasiva bacteriana. Es más efectivo

administrado de forma precoz y en niños de países desarrollados (Román & Barrio, 2002).

3.9.5. Tratamiento farmacológico

Los fármacos habitualmente utilizados en estos procesos son inhibidores de la motilidad intestinal (loperamida y otros opiáceos y anticolinérgicos), modificadores de la secreción intestinal (sales de bismuto) y sustancias adsorbentes (colesteraquina, sales de aluminio). En general su uso no está indicado en la población infantil, por no haberse demostrado su eficacia y/o por la existencia de importantes efectos secundarios.

En la actualidad puede considerarse para el manejo de la gastroenteritis el racecadotril (Tiorfan®), inhibidor específico de la encefalinaasa que impide la degradación de los opioides endógenos (encefalinas). Dichos opioides estimulan el receptor delta antisecretor y reducen así la hipersecreción de agua y electrolitos en la luz intestinal. Este efecto antihipersecretor no se acompaña de un aumento en el tiempo de tránsito intestinal. Los estudios disponibles concluyen que, añadido a la rehidratación oral, es eficaz en el tratamiento sintomático de la diarrea, disminuyendo su intensidad y duración, con escasos efectos adversos.

Habitualmente los fármacos antieméticos son innecesarios en el tratamiento de la diarrea aguda. El ondansetron, antagonista de la serotonina, puede ser efectivo en ocasiones disminuyendo los vómitos y limitando la necesidad de ingreso hospitalario. Respecto a ello la ESPGHAN en sus recientes recomendaciones considera que no hay evidencia suficiente para recomendar su uso, pudiendo darse como efecto secundario

un aumento en el número de deposiciones, aunque podría valorarse su empleo en casos seleccionados.

Respecto a la indicación de antibióticos, al ser la diarrea aguda en el niño un proceso infeccioso autolimitado en la mayoría de los casos, sólo estarían justificados en:

- Pacientes inmunodeprimidos con enfermedad grave de base.
- Todos los casos de diarrea aguda por *Shigella* y la mayoría de los producidos por *E. coli enteroinvasiva* y *enteropatógena*, *Clostridium difficile*, *E. histolytica*, *Giardia lamblia* o *Vibrio cholerae*.
- Algunos casos de infección por *Campylobacter*, sobre todo si el tratamiento es precoz, por *Yersinia*, en casos de enfermedad grave y por *Salmonella* en lactantes con bacteriemia y en todo paciente menor de 3 meses (Román & Barrio, 2002).

3.10. Prevención

La atención primaria está orgánicamente integrada en un sistema destinado a cubrir las necesidades de salud de la población (mantenerse sano, recuperar la salud, vivir con la enfermedad y llegar al final de la vida en condiciones dignas). La métrica de su evaluación contempla el nivel de calidad (efectividad, seguridad y centralidad del paciente), la accesibilidad y el coste con que atiende estas necesidades de los individuos, valorando la eficiencia y la equidad con que funciona (Ichazo, Rubio, & García, 2012).

De la misma manera, los indicadores que permitan evaluarla deberán ser específicos, reflejando su aportación a la producción de salud (promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad).

Dado que la vía de contagio principal es la fecal - oral es primordial reforzar la higiene ambiental en el medio familiar, con una limpieza adecuada de las manos y los objetos empleados en la manipulación de niños con diarrea.

La promoción de la higiene que conduce a mejorar prácticas higiénicas como el lavado de manos, y tener acceso agua y saneamiento básico, tiene éxito en el bloqueo de las diferentes vías de transmisión fecal. La exposición patógena es reducida, lo cual conduce a un descenso de la enfermedad diarreica y al mejoramiento de la absorción de nutrientes (Ramos & Raul, 2007).

Asimismo, Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y el cólera se transmiten, principalmente, por el contacto de las manos con las superficies contaminadas, las cuales pueden mantenerse en tal condición por tiempos prolongados de horas, e incluso días si no se tiene la higiene adecuada; que luego, manipulan alimentos, o se posan en el rostro (y por consiguiente, en los labios) de la persona.

La forma más efectiva de prevenir estas enfermedades radica en el correcto lavado de manos; que de forma práctica y económica, evita la transmisión de EDA y cólera, especialmente en niños y niñas menores de 5 años.

Los resultados indican que a pesar de la contaminación en el agua y en el ambiente, la práctica apropiada de lavado de manos con jabón reduce la morbilidad por diarrea en un 52%, que es responsable de la mayoría de muertes infantiles.

MINSA (2014). Menciona que el “Lavado de Manos Social”, usando agua para consumo humano y jabón, previene los dos síndromes clínicos que causan el mayor

número de muertes infantiles a nivel mundial, es decir, la diarrea y las infecciones respiratorias agudas bajas.

3.10.1. Técnica básica para el lavado de manos social

Insumos:

- Jabón líquido o en barra.
- Jabonera (debe tener orificios que permitan drenar la humedad del jabón para evitar la acumulación de gérmenes).
- Agua.
- Material para el secado de las manos (papel desechable o tela limpia)

Procedimientos:

- Liberar las manos y muñecas de toda prenda u objeto.
- Mojar las manos con agua a chorro. Cerrar el grifo.
- Cubrir con jabón las manos húmedas y frotarlas hasta producir espuma, incluyendo las palmas, el dorso, entre los dedos y debajo de las uñas, por lo menos durante 20 segundos.
- Abrir el grifo y enjuagar bien las manos con abundante agua a chorro.
- Eliminar el exceso de agua agitando o friccionando ligeramente las manos, luego secarlas comenzando por las palmas, siguiendo con el dorso y los espacios interdigitales.
- Es preferible cerrar el grifo, con el material usado para secar las manos, no tocar directamente.
- Eliminar el papel desechable o tender la tela utilizada para ventilarla.

Momentos clave para el lavado de manos social

- Cuando las manos están visiblemente sucias.
- Antes de la lactancia materna.
- Antes de comer.
- Antes de manipular los alimentos y cocinar.
- Antes y después de cambiar los pañales a las niñas y los niños.
- Antes y después de atender familiares enfermos en casa.
- Después de usar el baño para la micción y/o defecación.
- Después de la limpieza del hogar.
- Después de manipular animales.
- Después de tocar objetos o superficies contaminadas (Ej. residuos sólidos, dinero, pasamano de las unidades de servicio de transporte, etc.) (MINSA, 2014).

Por otro lado en la manipulación de los alimentos MINSA (2014), menciona:

3.10.2. Cuidado de los alimentos

- Los alimentos son seguros cuando no tienen microbios peligrosos (bacterias, virus, parásitos y hongos), sustancias tóxicas o agentes externos (tierra, pelo, entre otros).
- Un alimento alterado es cuando sus características como olor, sabor, color, textura y apariencia se han deteriorado.
- Cubrir los alimentos con una malla para evitar que se posen las moscas.

- Lavar siempre las frutas y verduras y consumirlas cocidas las que crecen al ras del suelo.
- Pero además de lavar es importante y necesario desinfectarlas perfectamente para eliminar los microbios invisibles que puedan quedar aún después del lavado.
- Para desinfectar las frutas y verduras sumergirlas en un recipiente lleno de agua con 4 gotas de cloro por cada litro de agua durante 20 minutos, luego escúrralas con un colador limpio.
- Mantener la basura (residuos sólidos) en un recipiente tapado para dar a los niños un ambiente limpio, sin basura.
- Botar la basura diariamente en bolsas amarradas en los lugares indicados en la comunidad para evitar la aparición de roedores o insectos.
- Comprar alimentos que tenga en cuenta lo siguiente:
- Elegir alimentos frescos.
 - Las carnes, pollos y pescados deben tener consistencia firme y olor agradable.
 - Evitar comprar y consumir alimentos en mal estado o en proceso de putrefacción.
 - No consumir alimentos con fechas vencidas.

3.10.3. Mensajes sobre limpieza para la preparación de alimentos

- Lavar bien los utensilios y mantener siempre limpio el lugar donde se prepara los alimentos.

- Es importante que las superficies donde se preparan los alimentos se encuentren limpios y desinfectados antes de empezar a cocinar.
- Para limpiar platos y superficies utilizar trapos distintos, así se evitará la multiplicación de los microbios. Cambiar los trapos con regularidad.
- Para limpiar los platos y utensilios:
 - Utilizar agua, detergente y esponja.
 - Enjuagar con agua segura.
 - Dejar secar los utensilios o utilizar un paño seco limpio para secar (tocar los cubiertos por los mangos y los vasos por el fondo del mismo, no por donde se toma).
- Ir limpiando a medida que cocine para que los microbios no se multipliquen.
- Si los alimentos presentan signos de haber tenido contacto con plagas (ratas, ratones, cucarachas y moscas), no consumir.
- No dejar que los animales como perros, gatos, ratas, cucarachas ni moscas ingresen al ambiente donde se prepara y cocina los alimentos. El pelaje y las patas de las mascotas pueden transportar microbios.
- Cubrir los alimentos con un paño limpio o colóquelos en recipientes con tapadera.
- Tirar la basura con regularidad y mantenga tapado el basurero.
- Mantener en buenas condiciones los lugares destinados a la preparación de alimentos.

3.10.4. Alimentación complementaria

Por otra parte, en la alimentación complementaria deberá comenzarse normalmente cuando el niño tiene 6 meses. No obstante, puede empezarse en cualquier momento después de los 4 meses si el niño no crece suficientemente. Las buenas prácticas de alimentación implican la selección de alimentos nutritivos y el uso de prácticas higiénicas cuando se los prepara. La elección de los alimentos complementarios dependerá de las modalidades de alimentación y de los productos agropecuarios, así como de las creencias y las costumbres existentes. Además de la leche materna (o leche de animales), deben darse alimentos blandos en papillas (por ejemplo, cereales). Cuando sea posible se añadirán huevos, carne, pescado y frutas. Y también otros alimentos, como las legumbres, las verduras y las hortalizas bien cocidas, a las que se les han agregado aceite vegetal (5 a 10ml/ración).

Para alentar la lactancia materna exclusiva y favorecer las prácticas de alimentación adecuadas, el personal sanitario debe estar instruido en el uso regular de las curvas de crecimiento para controlar el peso de los niños. Antes de que un niño con diarrea salga de un establecimiento de salud, se lo debe pesar y anotar el peso en su curva de crecimiento (OPS, 2008).

3.10.5. Vacunación

En los últimos años se han desarrollado vacunas frente a algunos de los agentes productores de gastroenteritis, sobre todo frente a rotavirus, principal causa de diarrea grave infantil. En la actualidad están disponibles dos vacunas seguras y eficaces frente a la enfermedad grave por rotavirus producida por los tipos más prevalentes en patología humana. Ambas son de administración oral en dos (monovalente humana,

Rotarix®) o tres dosis (pentavalente bovina-humana Rotateq®), pudiéndose administrar con las vacunas habituales (Román & Barrio, 2002).

Asimismo nos menciona en, Europea de Enfermedades Infecciosas Pediátricas (ESPID) en sus recientes recomendaciones consideran la incorporación de la vacuna antirotavirus en todos los calendarios europeos.

Por otro lado el *Rotavirus*: en 1998 se patentó en EE.UU. una vacuna contra rotavirus, RotaShield (Wyeth) desarrollada para a la vacunación rutinaria de lactantes. Sin embargo, en 1999 se interrumpió su producción tras describirse la asociación de esta vacuna con cuadros de intususcepción en lactantes. Se están desarrollando otras vacunas contra rotavirus, y los ensayos preliminares son promisorios. Actualmente hay dos vacunas aprobadas: una vacuna oral a virus vivos (RotaTeq) fabricada por Merck para uso pediátrico, y Rotarix de GSK.

La inmunización contra el sarampión puede reducir sustancialmente la incidencia y severidad de las enfermedades diarreicas. Debe vacunarse a todos los lactantes contra el sarampión a la edad recomendada (Organización mundial de gastroenterología, 2012).

Finalmente la EDA puede ser prevenida si se maneja criterios prácticos de cuidado higiénico. Por tanto las principales medidas según (Ministerio de Salud , 2011) son:

- Utilizar agua segura. Si no es agua de red: agregar dos gotas de lavandina por litro de agua o hervirla de 2 a 3 minutos, o utilizar pastillas potabilizadoras.
- Practicar costumbres de higiene como lavado de manos con agua y jabón después de ir al baño, después de cambiar los pañales, antes de manipular los alimentos y, las madres, antes de dar de mamar.

- Mantener la lactancia materna.
- Disponer la basura en recipientes bien protegidos.
- No bañar a los niños en aguas contaminadas.
- Mantener la higiene en la preparación de alimentos.
- Utilizar alimentos frescos, limpios, bien cocinados y recientemente preparados.
- Lavar frutas y verduras.
- Cocinar bien los alimentos: los huevos hasta que tengan consistencia dura; las carnes.

3.11. Recomendaciones

Las recomendaciones de actuación en nuestro medio frente a niños menores de 5 años con un cuadro de diarrea aguda, sin enfermedades de base, serían:

- Rehidratación oral durante 3-4 horas en niños con deshidratación leve-moderada, seguida de una reintroducción rápida de la alimentación habitual junto con suplementos de solución rehidratante para compensar las pérdidas mantenidas.
- En los niños con diarrea sin deshidratación mantenimiento de la alimentación habitual, asegurando suplementos de solución rehidratante para compensar pérdidas mantenidas.
- Mantenimiento de la lactancia materna en todos los casos.
- No utilización, en la mayoría de los niños, de una leche sin lactosa o de un hidrolizado de proteínas de leche de vaca.

- En general, no es necesario el uso de agentes farmacológicos para el tratamiento de la diarrea aguda:
- Antibioterapia en casos muy concretos (Román & Barrio, 2002).

4. Conocimientos

4.1. Definición

Es el conjunto de nociones e ideas que se tiene sobre diversas ciencias y otros saberes (RAE, 2014).

(Belda, 2010) Refiere que la adquisición del conocimiento está en los medios intelectuales de un hombre (observación, memoria, capacidad de juicio, etc). A medida que crece el conocimiento se da tanto el cambio cualitativo por haber en ello un incremento de reorganización del conjunto y de adquisición de los mismos.

Es todo lo que adquirimos mediante nuestra interacción con el entorno, es el resultado de la experiencia organizada y almacenada en la mente del individuo de una forma que es única para cada persona. Es el cúmulo de experiencia socio - histórico acumulado por la humanidad. Es el reflejo activo y ordenado de la realidad objetiva y sus leyes en el cerebro humano. Es el proceso de asimilación de la realidad, indispensable para el desarrollo intelectual o practico, como producto de la interrelación del individuo (sujeto) con el medio (objeto) dentro de un contexto socio histórico determinado (Rolón, 2010).

4.2. Características

- El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (es decir, de su propio “hacer”, ya sea físico o intelectual) y lo incorporan a su acervo

personal. Estan “convencidas” de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas “piezas”.

- Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma” como ocurre con otros bienes físicos, permite “entender” los fenómenos que las personas perciben (cada una “a su manera”, de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado), y también “evaluarlos”, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento.
- Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible) (Andreu & Sieber, 2000).

4.3. Modelos teóricos del conocimiento

La Teoría del Conocimiento será una reflexión crítica sobre el conocimiento, pero “conocimiento” se puede entender de tres formas diferentes:

- La facultad de conocer, que la estudiará la Antropología.
- La actividad de conocer, que la estudiará la Psicología.
- El resultado de conocer, el saber que es patrimonio de las diversas ciencias (y otros saberes) (Chisholm, 2004).

4.4. Formas de conocimiento

4.4.1. Conocimiento intuitivo: se entiende por éste un conocimiento inmediato. Esta inmediatez se ha puesto por los empiristas en la sensación y por los racionalistas en la intelección.

Algunos filósofos como Henri Bergson consideran la intuición como la modalidad propia del conocimiento metafísico; por eso el uso de metáforas prepara al lector para intuir aquellas realidades que pretenda mostrar Bergson.

4.4.2. Conocimiento mediato: se realiza por medio de una serie de inferencias y razonamientos. Lo interesante de esta forma de conocimiento sería saber si todo conocimiento mediato tiene que basarse, en último término, en un conocimiento inmediato.

4.4.3. Conocimiento a priori: la expresión "a priori" significa "antes de", pero si entendemos éste "antes de " en sentido temporal cabría decir que este conocimiento equivaldría al conocimiento inmediato. Kant, sin embargo, habla de este conocimiento como independiente de la experiencia. Como veremos, estos conocimientos "a priori" no son propiamente contenidos de conocimiento, sino formalidades provenientes del sujeto, presentes en el acto intelectual y que actúan sobre una materia empírica dada en la sensación.

4.4.4. Conocimiento "a posteriori", que significa etimológicamente "después de". En Kant significa los conocimientos que dependen de la experiencia (Román & Barrio, 2002).

5. Actitudes

5.1. Definición

“Predisposición a actuar, aprendida, y dirigida hacia un objeto, persona o situación” (Morales , Reboloso, & Moya, 2011).

Es un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones (Ubillos, Mayordomo, & Páez, 2001).

Las actitudes son definidas como “el conjunto de creencias, sentimientos y tendencias de un individuo que dan lugar a un determinado comportamiento”, orientados hacia las personas, agrupaciones, ideas, temas o elementos determinados. “La actitud es una predisposición organizada para sentir, percibir y comportarse hacia un referente (categoría que denota: fenómeno, objeto, acontecimiento, construcciones hipotéticas, etc.). En cierta forma es una estructura estable de creencias que predisponen al individuo a comportarse selectivamente entre el referente o el objeto cognoscitivo” (Morales , Reboloso, & Moya, 2011).

5.2. Características

- Es un constructo o variable no observable directamente.
- Implica una organización, es decir, una relación entre aspectos cognitivos, afectivos y conativos.
- Tiene un papel motivacional de impulsión y orientación a la acción -aunque no se debe confundir con ella- y también influencia la percepción y el pensamiento.
- Es aprendida.
- Es perdurable.
- Tiene un componente de evaluación o afectividad simple de agrado-desagrado (*Ubillos, Mayordomo, & Páez, 2001*).

5.3. Modelos teóricos de las actitudes

5.3.1. *Teoría del aprendizaje*: esta teoría se basa en que al aprender recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos, y unas conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables.

5.3.2. *Teoría de la consistencia cognitiva*: esta teoría se basa o consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí.

5.3.3. *Teoría de la disonancia cognitiva*: esta teoría se creó en 1962 por León Festinger. Consiste en hacernos creer a nosotros mismos y a nuestro conocimiento que algo no nos perjudica pero sabiendo en realidad lo que nos puede pasar si se siguiese manteniendo esta actitud, tras haber realizado una prueba y fracasar en el intento. Esto nos puede provocar un conflicto, porque tomamos dos actitudes incompatibles entre sí que nosotros mismos intentamos evitar de manera refleja. Esto nos impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes (Young, 2008).

5.4. Componentes de las actitudes

5.4.1. *Componente cognoscitivo*: para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva de objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor, sobre todo en referencia a los estudios de Fishbein y Ajzen. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.

5.4.2. *Componente afectivo*: es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones - que se caracterizan por su componente cognoscitivo.

5.4.3. *Componente conductual*: es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud (Young, 2008).

6. Población de estudio

6.1. Adolescencia

Definen la adolescencia como el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años de edad. Este periodo se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad), así como por la integración de funciones de carácter reproductivo, acompañados de profundos cambios psicosociales (Marguel, 2013).

Desde el punto de vista psicológico, de acuerdo a la teoría cognoscitiva de Jean Piaget, el individuo adquiere la capacidad de razonamiento formal operacional entre los 12 y 20 años de edad, con la adquisición del razonamiento abstracto, simbólico, lógico y estructural del adulto, lo que le permitirá la formulación de proyectos futuros y medir las posibles consecuencias de sus actos, pudiéndose sentir confundidos ya que no han desarrollado la capacidad de diferenciar entre sus propios intereses y los de los demás

Todo esto nos revela el gran reto por el que pasan los adolescentes, más aún cuando inicia su sexualidad sin información oportuna, clara y veraz exponiéndose, entre otras cosas, a embarazos no planeados.

6.1.1. El embarazo adolescente

La UNICEF lo define como aquel embarazo que se lleva a cabo en mujeres de entre 13 y 19 años de edad, o bien aquel que se lleva a cabo en mujeres que aún no alcanzan la mayoría de edad legal. Debido a las repercusiones que tiene sobre la salud, el estado psicosocial de la madre y el producto y, particularmente, sobre el proyecto de vida de los/las jóvenes es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo.

El curso del embarazo en adolescentes depende no sólo de las características biológicas y psicológicas, sino también de las influencias ejercidas por la familia y los grupos de amigos.

En particular, la adolescente lleva una carga emocional muy fuerte al cruzar por esta etapa, y para comprender mejor el contexto sobre el cual giran sus actitudes describiremos brevemente sus principales características psicosociales (Marguel, 2013).

6.1.2. Panorama del embarazo adolescente en el mundo y en el Perú

Alrededor de 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años de edad dan a luz cada año (11% de los nacimientos del mundo); 95% de estos nacimientos ocurre en países bajos y medianos ingresos.

Esta condición manifiesta 23% de la carga de la enfermedad debido al embarazo y el nacimiento. En general, el embarazo en mujeres entre 12 a 20 años de edad se relaciona con un aumento de riesgo de emergencia obstétrica, y en los hombres se asocia con la deserción escolar; en ambos sexos, con la modificación del plan de vida (Wong citado por (Marguel, 2013). Contribuyendo a que este grupo vulnerable de adolescentes menores de 16 años de edad corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente 50 % superior.

Cada año, 1 de cada 10 niñas adolescentes en Estados Unidos queda embarazada – aproximadamente 1 millón de mujeres menores de 20 años. Alrededor de 554.000 de estos embarazos acaban en nacimientos; más de 400.000 finalizan en abortos (McAnarney y Hendee citado por (Marguel, 2013). Hoy en día, muchas muchachas

eligen quedarse con sus hijos; en consecuencia, hay 1,3 millones de lactantes viviendo con madres adolescentes, la mayoría de las cuales están solteras.

Embarazo adolescente en Perú

De todos los embarazos el 23 % corresponde a adolescentes entre 15 y 19 años.

El 57% de mujeres casadas y solteras de 15 a 19 años tienen embarazos no planeados o no deseados. Pathfinder señala que en un 90% de los embarazos en niñas de 12 a 16 años atendidas en la Maternidad de Lima fueron consecuencia de violación, (ambiente intrafamiliar) (Pathfinder , 2006).

6.1.3. Perfil de la futura madre adolescente

Particularmente para la adolescente, este período determina cómo la niña entra en la condición de mujer y se adapta a ella; es un tiempo de conciliación con su mismo cuerpo, y también con su rol social, de modo que un desarrollo adolescente saludable le permitirá alcanzar la adultez sintiéndose sana, segura y facultada para expresar sus opiniones y actuar según su propia decisión.

Las características psicosociales de la adolescente son las siguientes:

- Presenta frecuentes fluctuaciones del estado de ánimo, mostrando rebeldía, ambivalencia, necesidad de independencia, búsqueda de identidad y aislamiento.
- Tiene necesidad de relacionarse con sus compañeros; sus amigos se vuelven fundamentales.
- No controla los impulsos y a menudo toma decisiones basadas en una recompensa inmediata, con un pensamiento limitado de las consecuencias futuras de sus acciones, por lo que todavía necesita estar conectada a una

figura adulta para guiar sus decisiones. Si la conexión es fuerte, quizá sea menos susceptible a la presión de los pares.

Estas características determinarán la forma de actuar y pensar de la futura madre. Si bien el embarazo a cualquier edad es un evento psicosocial sumamente importante, cuando no es planeado y se da a temprana edad genera temores y situaciones difíciles de afrontar; por ejemplo: enfrentar las respuestas de la pareja, la familia, los amigos y la sociedad, así como la posibilidad de aborto, abandono de la escuela, ruptura con la pareja, matrimonio forzado, salida del círculo de amigos y la responsabilidad que implica tener un hijo.

Por tales motivos, al embarazo adolescente se le conoce también como “la puerta de entrada al ciclo de la pobreza,” ya que se tienen más probabilidades de abandonar los estudios y percibir bajos salarios, con pocas posibilidades de bienestar y superación, en comparación con madres de mayor edad.

Un sistema de salud adecuado debe contar con personal capacitado para manejar esta situación de forma adecuada, además de responder a sus necesidades de salud. En este punto recae la importancia de conocer los amplios beneficios de la LME en la salud del nuevo ser humano y la nueva madre, para promoverlos adecuadamente y dar la correcta orientación (Marguel, 2013).

6.2. La juventud

Periodo entre los 19 y 29 años de edad, constituye la mayor capacidad física, y corresponde a la inserción activa en el mundo laboral y social. En la juventud muy probablemente se enfrentan decisiones como las de vivir en pareja, tener o no tener hijos y planear cuándo tenerlos, encontrar el primer trabajo, salir de casa de los padres, seguir estudiando, etcétera. En esta etapa las mujeres procrean gran parte de

los hijos que tendrán a lo largo de su vida reproductiva, en 2009, la tasa específica de fecundidad indica que el mayor número de nacimientos se presentó entre las mujeres de 20 a 24 y 25 a 29 años, con 108 y 103 nacimientos por cada mil mujeres, respectivamente.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) argumenta que en la juventud se dan una serie de decisiones y eventos que afectan las condiciones de vida y marcan, de manera profunda, las trayectorias futuras y las posibilidades de bienestar e integración social de las personas. Efectivamente, es en esta etapa de vida en la cual los jóvenes se incorporan a la actividad económica, inician su vida en pareja y empiezan su reproducción, lo que implica el enorme desafío de garantizar la satisfacción de sus necesidades en materia de educación, empleo y salud, entre otros aspectos que permiten potencializar sus capacidades y mejorar su calidad de vida futura (ONU, 2013).

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA por sus siglas en inglés), argumenta que las probabilidades de morir por razones obstétricas en las adolescentes de 15 a 19 años “son dos veces más, respecto a las mujeres que se encuentran entre los 20 y 30 años de edad, y para las menores de 15 años, los riesgos son cinco veces mayores”.

Su socialización: Frente a los demás, la joven actúa responsablemente, es decir, haciendo uso de su libertad es capaz de responder de cada uno de sus actos, de tener conciencia de lo que dice y hace en orden a la realización del proyecto de vida. Esto significa que el joven:

- Asume la vida como tarea
- Es consciente de su solidaridad con los demás

- Está convencido que su vida es para los demás
- Está abierto a nuevas responsabilidades.

6.2.1. Embarazo en la joven adulta

La maternidad implica cambios en la identidad de las mujeres, el tener un hijo cambia muchos aspectos de sus vidas, debido a que el ser mamá será su nueva identidad para siempre. La maternidad se puede vivir de muchas formas, hay algunas mujeres jóvenes para las cuales la maternidad es algo maravilloso y la viven de forma placentera pero para algunas otras el ser madres se vuelve una carga.

La maternidad debe venir acompañada de la crianza física y los cuidados que se puedan brindar a sus hijos, como también la crianza emocional; este rol, es para la mujer madre una experiencia emocional y psicológica profunda. La exigencia de entrega, tolerancia y amor incansable (Salinas, 2013).

7. Modelos teóricos o teorías de enfermería

7.1. Teoría del Autocuidado - Dorothea Orem

El modelo de enfermería de Dorothea Orem es utilizado como medio para organizar el conocimiento, las habilidades y la motivación del profesional de enfermería, necesarios para brindar cuidados a los pacientes.

Orem proporciona un marco desde el que contemplar la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.

Es cuestión de cada uno de los profesionales usar este modelo para el propósito con que se construyó: mejorar los cuidados de enfermería.

Orem considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas:

- La teoría del autocuidado
- La teoría del déficit de autocuidado
- La teoría de los sistemas de enfermería

7.1.1. La teoría del autocuidado muestra aquello que las personas necesitan saber; qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo. Provee las bases para la recolección de datos.

7.1.2. La teoría del déficit de autocuidado postula el propósito o enfoque del proceso de diagnóstico. La demanda, las capacidades y limitaciones de cuidado del individuo pueden ser calculadas a fin de proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda establecida y determinada. Por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada claramente.

7.1.3. La teoría de los sistemas de enfermería proporciona el contexto dentro del cual la enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnostica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los déficits de autocuidado (Pereda, 2011).

7.2. Naturaleza del autocuidado

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la

totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
- Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación.
- Promoción del bienestar.

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado (Fernández, 2007).

7.3. Modelo de Orem

Orem destaca la importancia de los cuidados preventivos de salud como un componente esencial de su modelo. La satisfacción efectiva de las exigencias de autocuidado universal apropiadas para un individuo se considera como prevención.

Primaria. La prevención secundaria consiste en evitar, mediante la detección temprana y la pronta intervención, los efectos adversos o complicaciones de la

enfermedad o de la incapacidad prolongada. La prevención terciaria ocurre cuando hay una rehabilitación después de la desfiguración o incapacidad.

7.3.1. Requisitos de autocuidado del desarrollo

Estos requisitos se clasifican en: etapas específicas de desarrollo y condiciones que afectan el desarrollo humano.

Algunos requisitos del desarrollo están relacionados con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo es decir, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración.

Las etapas de desarrollo específicas incluyen:

- Vida intrauterina y nacimiento.
- Vida neonatal.
- Lactancia.
- Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
- Etapas de desarrollo de la edad adulta.
- Embarazo, en la adolescencia o en la edad adulta.

El segundo grupo de requisitos de autocuidado del desarrollo implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.

Tiene dos subtipos: el primer subtipo se refiere a la provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos de las condiciones adversas. El segundo subtipo se

refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes (o potenciales) de una condición particular.

La consideración clave es la provisión de cuidados para reducir los efectos adversos de estas condiciones sobre el desarrollo humano.

Estar sujeto a una de estas condiciones o una combinación de ellas podría representar una demanda creciente para la capacidad que tiene el individuo de enfrentarse con sus propias necesidades de autocuidado.

La persona es un todo que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, y que posee las capacidades, las aptitudes y la voluntad de comprometerse y de llevar a cabo auto cuidados que son de tres tipos: los auto cuidados universales, los auto cuidados asociados a los procesos de crecimiento y de desarrollo humano, y los auto cuidados unidos a desviaciones de salud. La salud se define según esta autora como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano. Por último, el entorno representa todos los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los auto cuidados o sobre su capacidad para ejercerlos (Pereda, 2011).

Por otro lado, la teoría de Dorothea Orem es una forma propia de cuidarse así mismo. Busca Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano. Define las metas paradigmas de forma precisa para lograr una mayor comprensión del autocuidado.

8. Definición de términos

8.1. Enfermedades diarreicas agudas (EDAS): las EDAS son la disminución de la coherencia (es decir, blanda o líquida) y el aumento de la frecuencia de las evacuaciones de más de 3 deposiciones por día. La diarrea es una alteración de la motilidad intestinal normal caracterizada por un aumento en el contenido de agua, volumen o frecuencia de las heces (EsSalud, 2012).

8.2. Conocimientos: es el conjunto de nociones e ideas que se tiene sobre diversas ciencias y otros saberes (RAE, 2014).

8.3. Actitudes: “Predisposición a actuar, aprendida, y dirigida hacia un objeto, persona o situación” (Morales , Reboloso, & Moya, 2011).

8.4. Prevención: es el desarrollo de medidas y técnicas que pueden evitar la aparición de la enfermedad. Implica realizar acciones anticipatorias frente a situaciones indeseables, con el fin de promover el bienestar y reducir los riesgos de enfermedad (Ichazo, Rubio, & García , 2012).

8.5. Madres adolescentes: Es aquella persona que tiene entre 12 – 18 años y que tienen un hijo menor de 5 años.

8.6. Madres jóvenes adultas: Es aquella persona que tiene entre 19 – 29 años y que tienen un hijo menor de 5 años.

Capítulo III

Material y métodos

1. Método de la investigación

1.1. Tipo de estudio y diseño de investigación

El presente estudio es de diseño no experimental, porque no se manipularon las variables, de alcance descriptivo-comparativo porque se comparó realidades de dos grupos de participantes en los aspectos de conocimientos y actitudes sobre la prevención de EDAS; además, se analizaron las variables de manera objetiva y sistemática, usando datos para obtener información de la población seleccionada. Así mismo, tiene corte transversal pues la recolección de datos de ambas variables se realizó en un único momento (Hernandez, Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010).

2. Hipótesis de la investigación

2.1. Hipótesis general

Existe diferencia significativa en los conocimientos y las actitudes sobre la prevención de EDAS en las madres adolescentes en comparación con las madres jóvenes adultas.

2.2. Hipótesis Específicas

2.2.1 Hipótesis de conocimiento

H1: Existe diferencia significativa entre el nivel de conocimientos de las madres adolescentes y jóvenes adultas de niños menores de cinco años sobre la prevención de enfermedades diarreicas agudas.

2.2.2. Hipótesis de actitudes

H2: Existe diferencia significativa entre el nivel actitudes de las madres adolescentes y jóvenes adultas de niños menores de cinco años sobre la prevención de enfermedades diarreicas agudas.

3. Variables de la investigación

3.1. Identificación de las variables

3.1.1 Conocimientos sobre prevención de EDAS: información sobre los conocimientos que tienen las madres adolescentes a diferencia de las madres adultas jóvenes de niños menores de 5 años de edad, con respecto a la prevención de enfermedades diarreicas agudas.

3.1.2. *Actitudes hacia la prevención de EDAS*: son las creencias que manifiestan las madres adolescentes a diferencia de las madres adultas jóvenes de niños menores de 5 años de edad, con respecto a la prevención de enfermedades diarreicas agudas.

3.2. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN
Conocimientos sobre la prevención de las EDAS	<p>Conocimientos:</p> <p>El conjunto de nociones e ideas que se tiene sobre diversas ciencias y otros saberes (RAE, 2014).</p> <p>Es todo lo que se adquiere mediante nuestra interacción con el entorno, es el resultado de la experiencia organizada y almacenada en la mente del individuo de una forma que es única para cada persona (Rolón, 2010).</p>	<p>Información sobre los conocimientos que tienen las madres adolescentes y madres jóvenes adultas de niños menores de 5 años de edad, con respecto a la prevención de enfermedades diarreicas agudas.</p> <p>Se medirá a través de un test de conocimientos sobre la prevención de las EDAS. cuyos resultados se interpretaron de la siguiente forma:</p>	Conocimientos de las causas del EDA.	P1	Correcto: 3 Incorrecto: 0
			Conocimiento de los indicadores del EDA.	P2	Correcto: 2 Incorrecto: 0
			Conocimiento de las complicaciones y como reconocerlos.	P3, P4	Correcto: 2 Incorrecto: 0
			Conocimiento del tratamiento de las EDAS	P5, P6, P7	Correcto: 2 Incorrecto: 0

		Deficiente: De 0 - 12 Regular: De 13 -16 Excelente: De 17 - 20	Conocimiento sobre las Medidas preventivas de las EDAS	P8, P9	-Correcto:2 Incorrecto: 0 -Correcto: 3 Incorrecto: 0
--	--	--	--	--------	---

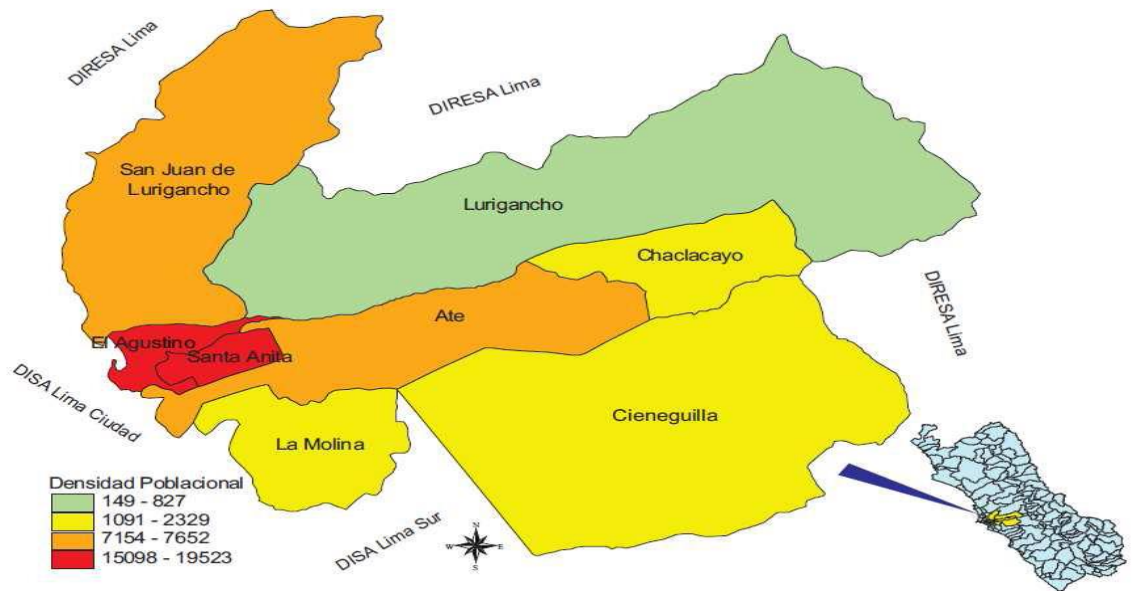
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN
Actitudes sobre la prevención de las EDAS	<p>Actitudes: “Predisposición a actuar, aprendida, y dirigida hacia un objeto, persona o situación” (Morales, Reboloso, & Moya, 2011).</p> <p>Actitud es la reacción evaluativa, favorable o desfavorable, hacia algo o alguien, que se manifiesta en las propias creencias, sentimientos o en la intención respecto a algo</p>	<p>Son las creencias que manifiestan las madres adolescentes y madres adultas de niños menores de 5 años de edad, con respecto a la prevención de enfermedades diarreicas agudas.</p> <p>Se medirá a través de un test de actitudes sobre la prevención de las EDAS. Cuyo resultados se interpretaron de la siguiente forma:</p>	<p>Actitud frente al lavado de manos.</p> <p>Actitud frente al cuidado higiénico de alimentos y los utensilios utilizados en la cocina.</p> <p>Actitud frente al manejo de la basura con prevención de la aparición de los vectores.</p> <p>Actitud frente a la desinfección del agua.</p>	<p>P1, P2</p> <p>P3, P4</p> <p>P5</p> <p>P6</p>	<p>TD: 1</p> <p>ED: 2</p> <p>I: 3</p> <p>DA: 4</p> <p>TA: 5</p>

	<p>(Morales , Reboloso, & Moya, 2011).</p>	<p>Actitud altamente desfavorable: De 13 - 41</p> <p>Actitud desfavorable: De 42 - 44</p> <p>Actitud favorable: De 45 - 48</p> <p>Actitud altamente favorable: De 49 - 65</p>	<p>Actitud frente al fortalecimiento del sistema inmunológico del niño.</p> <p>Actitud frente al cumplimiento de la dosis de la vacuna rotavirus.</p> <p>Actitud frente al tratamiento de las EDAS</p>	<p>P7</p> <p>P8</p> <p>P9, P10, P11, P12, P13</p>	<p>TA: 1 DA: 2 I: 3 ED: 4 TD: 5</p>
--	--	---	--	---	---

4. Delimitación geográfica y temporal

Figura 1

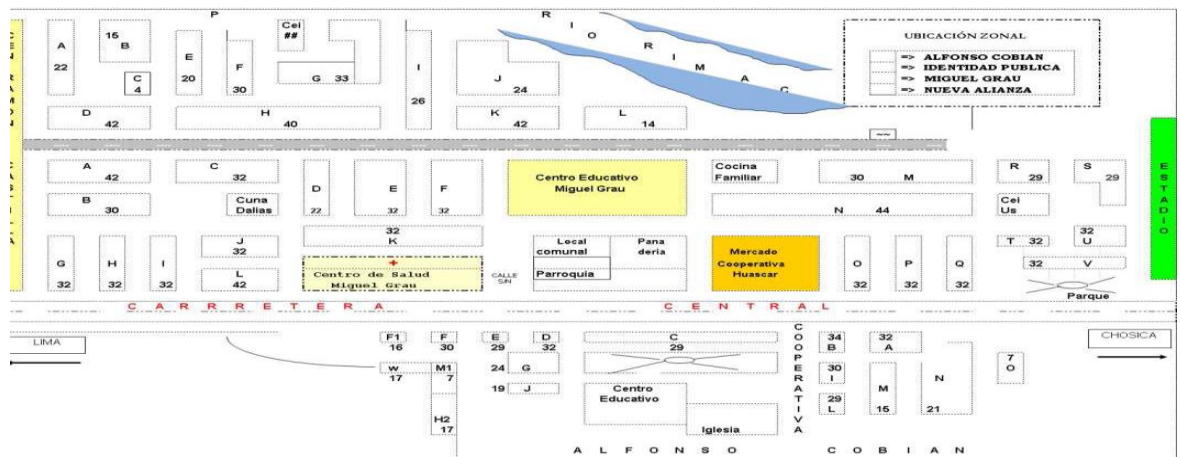
Ubicación geográfica de Chaclacayo



Fuente: Análisis situacional de salud Lima este 2011.

Figura 2

Mapa de jurisdicción del C.S Miguel Grau



Fuente: análisis situacional de salud Lima este 2011

El presente estudio se realizó desde marzo del 2014 hasta febrero del 2015 en el (Universidad Peruana Unión , 2013)Centro de Salud Materno Infantil “Miguel Grau” que se encuentra en el distrito de Chaclacayo. Ubicado a 11° 58´ latitud Sur, 76° 46´Longitud oeste a una altitud de 647 msnm, según dato de la municipalidad de Chaclacayo. Está ubicado a la altura del km. 27 de la Carretera Central, en dirección este. El distrito de Chaclacayo está localizado en el valle del río Rímac.

La comunidad de Miguel Grau cuenta con aproximadamente 22 manzanas, la cooperativa Alfonso Cobián, alrededor de 17 manzanas y la cooperativa de Nueva Alianza de 12 manzanas, ambas poblaciones se encuentran separadas por la carretera central (MINSA, Análisis situacional de salud de DISA IV, 2013).

La principal vía de acceso es la carretera central que se encuentra en regulares condiciones para el transporte ligero y pesado de vehículos. En el caso de una emergencia el acceso se facilita pues cursa una de las carreteras más grandes de nuestro país.

El Centro de Salud Materno Infantil Miguel Grau es parte integrante de la DISA IV Lima Este, tiene 20 años de antigüedad. Actualmente labora como un Centro Asistencial Materno Infantil que atiende las 24 horas. Representa a la micro red de Chaclacayo, perteneciente a la Red de Lima Este. Es de categoría I-IV, brinda los principales servicios básicos: medicina general, pediatría, dental, psicología, servicio social, laboratorio, farmacia, emergencia, seguro integral de salud, programas de salud, entre otros y una sala de operaciones, donde se realizan intervenciones quirúrgicas de baja complejidad como la cesárea y otros procedimientos. Cuenta en total con 30 profesionales de salud, de los cuales 13 son

médicos, 7 enfermeras y 10 obstétricas. Brinda atención tanto en consultorio externo, emergencia y hospitalización (MINSA, Análisis situacional de salud de DISA IV, 2013).

5. Participantes

Para el estudio se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional. El grupo de participantes quedó conformado por un total de 120 madres, de las cuales 56 fueron madres adolescentes y 64 fueron madres adultas jóvenes, usuarias del Centro de Salud Miguel Grau, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión establecidos para la investigación.

5.1. Criterios de inclusión y exclusión

5.1.1. Criterios de Inclusión

Los que están incluidos en la muestra son:

- Madres adolescentes de 12 – 18 años.
- Madres jóvenes adultas de 19-29 años.
- Madres con hijos menores a 5 años.
- Madres adolescentes y jóvenes adultas que se atienden en el Centro de Salud Materno Infantil “Miguel Grau”.
- Madres que acepten participar en la encuesta

5.1.2. Criterios de exclusión:

Fueron excluidos de la muestra las siguientes personas:

- Madres mayores de 29 años de edad.
- Madres con hijos mayores de 5 años.
- Madres que no acepten participar de la encuesta.
- Madres adolescentes y jóvenes adultas que no se atienden en el Centro de Salud Materno Infantil “Miguel Grau”.

5.2. Características de la muestra

Tabla 5

Datos sociodemográficos de las madres

	Madres adolescentes		Madres jóvenes adultas	
	N	%	N	%
Edad de las madres	56	46,7	64	53,3
<i>Estado civil de las madres</i>				
Soltera	34	61%	9	14%
Casada	3	5%	17	27%
Viuda	1	2%	0	0%
Divorciada	0	0%	1	2%
Conviviente	18	32%	37	58%
<i>Lugar de procedencia de las madres</i>				
Costa	16	29%	27	42%
Sierra	24	43%	24	38%
Selva	16	29%	13	20%
<i>Grado de escolaridad completa/terminada</i>				
Primaria	24	43%	2	3%
Secundaria	31	55%	34	53%
técnico o superior	1	2%	25	39%
Universitario	0	0%	3	5%
sin estudios	0	0%	0	0%
<i>Persona que sostiene económicamente la familia</i>				
Esposa	7	13%	4	6%
Esposo	21	38%	44	69%
Otros	28	50%	16	25%

<i>Ingreso económico</i>				
menos de 500	1	2%	5	8%
sueldo mínimo (750)	19	34%	28	44%
750 – 1000	26	46%	15	23%
1000 a más	10	18%	16	25%

En la tabla 5 se presentan las frecuencias y porcentajes de los datos sociodemográficos. Se puede observar que el 53,3% son madres jóvenes adultas y el 46,7% son madres adolescentes. Respecto al estado civil se puede observar que el 61% de adolescentes y el 14% de jóvenes son solteras, el 5% de adolescentes y el 27% de jóvenes son casadas, el 2% son adolescentes viudas, el 2% son jóvenes divorciadas, el 32% de adolescentes y el 58% de jóvenes son convivientes. También, se puede observar de que el 29% de adolescentes y el 42% de jóvenes son de la costa, el 43 % de adolescentes y el 38% de jóvenes son de la sierra, el 29% de adolescentes y el 20% de jóvenes son de la selva. Al preguntar acerca de la persona que sostiene económicamente la familia, se obtuvo que en el 38% de los casos el esposo de la adolescente y el 69% de los casos el esposo de la joven es quien sostiene económicamente la familia, el 50% por parte de las adolescentes y el 25% por parte de las jóvenes es otra persona que sostiene económicamente la familia, el 13% es la esposa adolescente y el 6% es la esposa joven quien sostiene económicamente la familia. Por último, en lo que respecta al ingreso económico, el 34% de las adolescentes y el 44% de las jóvenes tienen un ingreso mínimo (S/.750) por mes, el 46% de las adolescentes y el 23% de las jóvenes tienen un ingreso de 750 a 1000 nuevos soles por mes, el 18% de las adolescentes y el 25% de las jóvenes tienen un

ingreso de 1000 a más de nuevos soles al mes, el 2% de las adolescentes y el 8% de las jóvenes tienen un ingreso menor de 500 nuevos soles mensualmente.

Tabla 6

Datos de la ocupación de las madres y cuidado de los niños.

	Madres adolescentes		Madres jóvenes adultas	
	N	%	N	%
<i>Ocupación actual de la madre</i>				
trabajo dependiente	21	38%	18	28%
trabajo independiente	20	36%	14	22%
ama de casa	15	27%	32	50%
<i>Cuando usted sale a trabajar ¿con quién deja a cargo a su niño?</i>				
con mi mamá	44	79%	27	42%
cuna más	1	2%	2	3%
con la nana	0	0%	1	2%
con algún familiar	11	20%	34	53%
<i>Tiempo dedicado al trabajo fuera del hogar</i>				
8 horas	16	29%	16	25%
12 horas	19	34%	9	14%
4 horas	21	38%	39	61%

En la tabla 6 se presentan las frecuencias y porcentajes de los datos de la ocupación de las madres y cuidado de los niños. En lo que respecta a la educación actual de las madres, el 27% de adolescentes y el 50% de jóvenes son amas de casa, el 38% de las adolescentes y el 28% de las jóvenes tienen un trabajo dependiente, el 36% de las adolescentes y el 22% de las jóvenes tienen un trabajo independiente. Así mismo en el tiempo dedicado al trabajo fuera del hogar, el 38% de las adolescentes y el 61% de las

jóvenes trabajan 4 horas al día, el 29% de las adolescentes y el 25% de las jóvenes trabajan 8 horas al día fuera del hogar, y por último, el 34% de las adolescentes y el 14% de las jóvenes trabajan 12 horas fuera del hogar. En cuanto a con quién deja a cargo a su niño cuando la madre sale a trabajar, el 79% de las adolescentes y el 42% de las jóvenes dejan a su niño al cuidado de su abuela, el 20% de las adolescentes y el 54% de las jóvenes dejan a su niño al cuidado de algún familiar, el 2% de las adolescentes y el 3% de las jóvenes dejan a su niño al cuidado de Cuna más, el 2% de las jóvenes dejan a su niño al cuidado de una nana.

Tabla 7

Datos de las características de la vivienda.

	Madres adolescentes		Madres jóvenes adultas	
	N	%	N	%
<i>Tipo de vivienda</i>				
Esteras	1	2%	0	0%
Ladrillo	33	59%	53	83%
casa prefabricada	18	32%	8	13%
Otros	4	7%	3	5%
<i>Tenencia de la vivienda</i>				
Alquilada	20	36%	18	28%
Propia	36	64%	46	72%
<i>Presencia de animales dentro de la vivienda</i>				
Gato	2	4%	7	11%
Perro	31	55%	29	45%
Gallina	1	2%	2	3%
Otro	0	0%	2	3%
No tiene	22	39%	24	38%
<i>Aprovisionamiento de agua</i>				
agua y desagüe	30	54%	58	91%
carro cisterna	24	43%	1	2%
Pozo	2	4%	4	6%

Otros	0	0%	1	2%
-------	---	----	---	----

En la tabla 7 se presentan las frecuencias y porcentajes de los datos de las características de la vivienda. En lo que respecta al tipo de vivienda, el 59% de las adolescentes y el 83% de las jóvenes cuentan con una vivienda de material noble, el 32% de las adolescentes y el 13% de las jóvenes cuentan con una vivienda prefabricada, el 2% de las adolescentes cuentan con una vivienda de esteras y el 7% de las adolescentes y el 5% de las jóvenes cuentan con una vivienda de otro tipo de material. De la misma manera en la tenencia de vivienda, el 64% de las adolescentes y el 72% de las jóvenes tienen una vivienda propia, el 36% de las adolescentes y el 28% de las jóvenes tienen una vivienda alquilada. Así mismo en la presencia de animales dentro del hogar, el 55% de las familias de las adolescentes y el 45% de las familias jóvenes cuentan con un perro de mascota, el 39% de las familias de las adolescentes y 38% de las familias de las jóvenes no cuentan con ningún tipo de animales dentro de la vivienda, y el 3% de las jóvenes cuentan con otro tipo de animales dentro de la vivienda. También el 54 % de las adolescentes y el 91% de las jóvenes cuentan con aprovisionamiento de aguas mediante agua y desagüe, mientras el 43% de las adolescentes y el 2% de las jóvenes cuentan con aprovisionamiento de agua mediante carro cisterna y solo el 4% de las adolescentes y el 6% de las jóvenes cuentan con aprovisionamiento de agua mediante un pozo.

6. Técnica e instrumentos de recolección de datos

Se utilizaron dos cuestionarios, el cuestionario de conocimientos sobre la prevención de enfermedades diarreicas agudas y el cuestionario de actitudes sobre la prevención de enfermedades diarreicas agudas.

6.1. Instrumento

6.1.1. Cuestionario de conocimientos sobre la prevención de EDAS

El instrumento que se utilizó para medir el nivel de conocimiento sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas fue elaborado por Rodriguez y Lopez (2014), compuesta por 9 ítems, validado por juicio de expertos y fue sometido a una prueba de confiabilidad cuyo resultado emitió un alfa de Cronbach 0.540 y para poder ser aplicado en madres con niños menores de 5 años.

Test de conocimientos sobre la prevención de las EDAS

Primera parte (I): datos generales que está constituido por tres ítems de información edad, estado civil y lugar de procedencia.

Segunda Parte (II): datos socioeconómicos culturales que está constituido por 10 ítems de información que son: número de hijos, escolaridad, sostén económico, ingreso, ocupación de las madres, con quien deja su niño, tiempo dedicado al trabajo, tipo de vivienda, presencia de animales y aprovisionamiento de agua.

Tercera parte (III): está compuesta por conocimientos de las enfermedades diarreicas agudas; constituida por: causas de las EDA, indicadores de la EDA,

reconocimiento de las complicaciones de la EDA, tratamiento de la EDA y medidas preventivas de la EDA.

Puntuación

Deficiente: De 0-12

Regular: De 13-16

Excelente: De 17 a 20

Por otro lado se realizó el análisis de fiabilidad con la prueba de Kuder–Richardson para conocimientos sobre la prevención de enfermedades diarreicas agudas en madres adultas jóvenes y madres adolescentes de niños menores de 5 años de edad, obteniendo un valor K-R 0,46 considerándose una fiabilidad media (Ver tabla 12, Anexo 5).

6.1.2. Cuestionario de actitudes sobre la prevención de las EDAS

El instrumento que se utilizó para medir el nivel de actitudes sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas fue elaborado por Rodriguez y Lopez (2014), compuesta por 13 ítems, validado por juicio de expertos y fue sometido a una prueba de confiabilidad cuyo resultado emitió un alfa de Cronbach 0.597 y para poder ser aplicado en madres con niños menores de 5 años.

Test de actitudes sobre la prevención de las EDAS

Constituida para evaluar las actitudes de las madres adolescentes y madres jóvenes adultas frente al manejo de las EDAS, para lo cual se utilizó escala de Likert que consta de 13 ítems con sus respectivos puntajes.

Puntuación

Actitud altamente desfavorable: De 13-41

Actitud desfavorable: De 42 a 44

Actitud favorable: De 45-48

Actitud altamente Favorable: De 49-65

Asimismo se realizó el análisis de fiabilidad con la prueba del Alfa de Cronbach para la escala de Likert en las actitudes sobre la prevención de enfermedades diarreicas agudas en madres adolescentes y jóvenes adultas de niños menores de 5 años de edad, obteniendo un alfa de ,832 (Ver tabla 13, Anexo 5).

7. Proceso de recolección de datos

Para la recolección de datos se realizaron los trámites administrativos correspondientes. Se entregó un oficio dirigido al Director del Centro de Salud Materno Infantil, Miguel Grau, recibiendo la autorización respectiva de la Micro Red de Salud Chaclacayo. Luego de recibir la autorización, se programó la fecha de la recolección de datos en coordinación con el área administrativa.

Durante el mes de noviembre en los horarios de 8:00 a.m. 1:00 p.m. se realizó la encuesta a las madres adolescentes y jóvenes adultas que se encontraban en la sala de espera del establecimiento.

Se explicó brevemente a las participantes en qué consistía el trabajo y los objetivos. Se solicitó su consentimiento informado. Posteriormente, se inició con la encuesta de manera individual para cada participante del estudio.

8. Procesamiento y análisis de datos

Cuando se obtuvo las encuestas, se realizó el procesamiento de datos en forma electrónica. Se transfirió a la matriz de datos del software estadístico para su respectivo análisis. El análisis estadístico se efectuó utilizando el software estadístico SPSS versión 22.2.

Para el análisis descriptivo de la investigación se utilizó las tablas de distribución de frecuencias simple y tablas apiladas con análisis descriptivos. Los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos para su análisis e interpretación correspondiente.

A continuación se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para la variable conocimientos dando como resultado el valor p de ,051. Este valor no es significativo por lo que se asume que las puntuaciones de la prueba de conocimientos tienen una distribución normal (Ver tabla 14, Anexo 5). Al realizar la prueba de normalidad de Kolmogorov-smirnov para la variable de actitudes se obtuvo como resultado el valor p de ,010 este valor es significativo por lo que se asume que las puntuaciones de la prueba de actitudes no tienen una distribución normal (Ver tabla 15, Anexo 5).

Se realizó la prueba de homogeneidad de varianzas con la prueba de estadístico de Levene los resultados indican que la varianzas de los resultados de ambas variables (conocimientos y actitudes) son homogéneas. (Ver anexo 16, Anexo 5).

Los resultados para la prueba de conocimientos fueron distribuidos en categorías: conocimiento excelente, conocimiento regular y conocimiento deficiente. Para los

resultados de la evaluación de las actitudes se utilizó las categorías: actitud altamente favorable, actitud favorable, actitud desfavorable y actitud altamente desfavorable.

Ya que ambas variables se consideraron como nivel nominal, para la comparación de los dos grupos (madres adolescentes y madres adultas jóvenes) se utilizó la prueba de comparación para dos muestras independientes U de Mann – Whitney.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

1.1 Resultados descriptivos

Tabla 8

Nivel de conocimientos sobre las EDAS en las madres adolescentes en comparación con las madres jóvenes adultas de niños menores de 5 años de edad.

	Madres adolescentes		Madres jóvenes adultas		Total	
	N	%	N	%	N	%
Deficiente	29	51,8	19	29,7	48	40,0
Regular	19	33,9	31	48,4	50	41,7
Excelente	8	14,3	14	21,9	22	18,3
Total	56	100	64	100	120	100,0

En la tabla 8 se presentan las frecuencias y porcentajes de los datos de los conocimientos sobre las enfermedades diarreicas agudas en las madres adolescentes

de niños menores de 5 años de edad, se evidencia que el 51,8% presenta un conocimiento deficiente mientras que el 33,9% presenta un conocimiento regular y solo un 14,3% presenta un conocimiento excelente. En los conocimientos sobre las enfermedades diarreicas agudas en las madres jóvenes adultas de niños menores de 5 años de edad, se evidencia que el 48,4% presenta un conocimiento regular, además el 29,7% presenta un conocimiento deficiente y 21,9% presenta un conocimiento excelente.

Tabla 9

Nivel de actitudes hacia la prevención de las EDAS en las madres adolescentes en comparación con las madres jóvenes adultas de niños menores de 5 años de edad.

	Madres adolescentes		Madres jóvenes adultas		Total	
	N	%	N	%	N	%
Actitud desfavorable	3	5,4	6	9,4	9	7,5
Actitud favorable	3	5,4	21	32,8	24	20,0
Actitud altamente favorable	50	89,3	37	57,8	87	72,5
Total	56	100	64	100	120	100,0

En la tabla 9 se presentan las frecuencias y porcentajes de los datos de las actitudes sobre las enfermedades diarreicas agudas en las madres adolescentes de niños menores de 5 años de edad, se evidencia que el 89,3 % poseen una actitud altamente favorable, el 5,4% tienen actitud favorable, y el 5,4% de las encuestadas poseen actitud desfavorable. En las actitudes sobre las enfermedades diarreicas agudas de las madres jóvenes adultas de niños menores de 5 años de edad, se evidencia que el 57,8

% poseen una actitud altamente favorable, el 32,8% tiene actitud favorable, y el 9,4% de las encuestadas poseen actitud desfavorable.

1.2 Resultados para la comprobación de las hipótesis.

Tabla 10

Comparación de dos muestras independientes para la variable conocimientos sobre la prevención de EDAS (U Mann-Whitney).

Edad	N	Rango promedio	Suma de rangos	U	P
madres adolescentes	56	53,27	2983,00		
				1387,000	,021
madres jóvenes adultas	64	66,83	4277,00		

En la tabla10 se presenta la comparación de dos muestras independientes para la variable de conocimientos sobre la prevención de EDAS utilizando la prueba U de Mann-Whitney. Se observa que las madres adolescentes poseen un rango promedio de 53,27, mientras que las madres jóvenes adultas poseen un rango promedio de 66,83. El valor para U es de 1387,000 y el valor *p* es ,021 lo cual nos indica que la diferencia entre las muestras sí es estadísticamente significativa, a favor de las madres adultas jóvenes.

Tabla 11

Comparación de dos muestras independientes para la variable actitud hacia la prevención de EDAS (U Mann- Whitney).

Edad	N	Rango promedio	Suma de rangos	U	P
madres adolescentes	56	70,82	3966,00		
				1214,000	,002
madres jóvenes adultas	64	51,47	3294,00		

En la tabla 11 se presenta la comparación de dos muestras independientes para la variable de actitud frente a la prevención de EDAS utilizando la prueba U de Mann – Whitney. Se observa que las madres adolescentes poseen un rango promedio de 70.82, mientras que las madres jóvenes adultas poseen un rango promedio de 51,47. El valor para U es de 1214,000 y el valor *p* es ,002 lo cual nos indica que la diferencia entre las muestras sí es estadísticamente significativa, a favor de las madres adolescentes.

2. Discusión

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), es uno de los principales problemas en salud pública a nivel nacional y mundial. Siendo así, una de las principales causas de morbilidad infantil, especialmente en grupos vulnerables como niños menores de cinco años; así lo confirma la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual menciona que a nivel mundial las enfermedades diarreicas son la segunda causa de muerte en niños menores de cinco años y ocasionan la muerte de 760 000 niños cada año (OMS, 2013). En tal sentido, el estudio tuvo como objetivo

determinar las diferencias que existen entre los conocimientos y actitudes hacia la prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas en madres adolescentes en comparación con madres jóvenes adultas de niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Materno Infantil “Miguel Grau”.

Al analizar los resultados encontrados se observó que el 41,7% de las madres adolescentes y jóvenes adultas evidenciaron un nivel de conocimiento regular, mientras que el 40,0% tuvieron un conocimiento deficiente de las cuales el 51,8% de las madres adolescentes y 29,7% de las madres adultas jóvenes evidencian un conocimiento deficiente sobre la prevención de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años de edad.

Pues aunque conocen sobre aspectos básicos como el lugar de atención apropiado para el tratamiento de la diarrea (madres jóvenes adultas 62% de acierto y madres adolescentes 71% de acierto), las principales medidas de prevención (madres jóvenes adultas 81% de acierto y madres adolescentes 89% de acierto) y las causas de las diarreas en los niños (madres jóvenes adultas 90 % de acierto y madres adolescentes 71% de acierto), también existe desconocimiento sobre las complicaciones de las enfermedades diarreicas agudas que ponen en peligro la vida de los niños (madres jóvenes adultas 42% de error y madres adolescentes 70% de error), los cuidados de un niño en casa cuando presenta diarrea (madres jóvenes adultas 52% de error y madres adolescentes 52% de error), y la cualidad preventiva de la vacuna rotavirus para evitar la diarrea (madres jóvenes adultas 58% de error y madres adolescentes 43 % de error).

Estos resultados son similares al estudio realizado por Camacho (2014), quien encontró que 63% madres de su población de estudio manifestaron conocer la existencia de la vacuna rotavirus, pero la mitad de este grupo no sabe su utilidad y el 37% de ellas desconocen totalmente la vacuna. Este dato es de suma importancia ya que MINSA (2013) menciona que esta vacuna está indicada para la prevención de diarrea severa por rotavirus en menores de 6 meses de edad. Así mismo en cuanto al conocimiento regular sobre las EDAS se encontró similitud en el trabajo realizado por Alarcón, Eduardo y Álvarez (2013) quienes encontraron que el 42.7% de las madres encuestadas tuvieron conocimiento regular sobre el manejo de las diarreas. Sin embargo, Matta y Ortega (2012) encontraron en su estudio realizado en Lima, Perú que la mayor proporción de las madres tiene nivel de conocimiento medio (66,3%) respecto a la enfermedad diarreica aguda y el 16% presentó un nivel de conocimiento bajo.

Es preocupante que en este estudio se haya identificado que más de la mitad de las madres adolescentes y más de la cuarta parte de las madres adultas jóvenes encuestadas tengan un conocimiento deficiente con respecto a la prevención de enfermedades diarreicas agudas. El conocimiento tanto de las madres jóvenes adultas como el de las madres adolescentes en la prevención de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de cinco años es el resultado de una buena educación por parte de los profesionales de la salud. Aunque, el conocimiento no actúa directamente como causa, sino que interactúa en diferentes magnitudes y sincronizadamente para lograr un particular estado de salud integral (Ramos & Raul, 2007). Asimismo, la educación es un determinante social de estructura que se relaciona con las

consecuencias diferenciales en los estados de salud. Las enfermedades diarreicas agudas aún son objeto de atención mundial, por lo cual, se están fortaleciendo las acciones de prevención dirigidas a los determinantes de esta enfermedad y al tratamiento oportuno, a fin de evitar la muerte por deshidratación y la desnutrición (EsSalud, 2012).

Por otro lado, las madres adolescentes (89%) y jóvenes adultas (57,8 %) poseen una actitud altamente favorable (72,5%) hacia la prevención de las enfermedades diarreicas agudas, A diferencia de Quispe (2012), quien encontró que el 83,33% de las madres encuestadas presentaban prácticas y actitudes deficientes hacia la prevención de enfermedades diarreicas. De manera específica las actitudes favorables observadas fueron: están de acuerdo que lavar y desinfectar las frutas antes de consumirlas previene las diarreas (madres jóvenes adultas 97% y madres adolescentes 98%). También están a favor del lavado de manos antes y después de ir al baño como prevención frente a las diarreas (madres jóvenes adultas 94% y madres adolescentes 98%). Además se muestran en desacuerdo a consultar a un “curandero o hierbero” cuando el niño presenta diarrea para orientarse en remedios naturales que pueda utilizar (madres jóvenes adultas 97% y madres adolescentes 100%) y están en desacuerdo a esperar que su niño se mejore solo si se presenta un cuadro de diarrea (madres jóvenes adultas 93% y madres adolescentes 100%). Sin embargo, se observaron datos preocupantes, como el hecho que existen madres que están en desacuerdo o se muestran indiferentes (madres jóvenes adultas 50% y madres adolescentes 13%) sobre la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses como medida de prevención contra la diarrea; esto es similar a Varemendi et al. (2012),

quienes encontraron actitudes desfavorables hacia la lactancia materna exclusiva en 20,6% de las madres que participaron de su estudio. Este dato es alarmante pues durante los 6 primeros meses de vida, los lactantes deben ser amamantados exclusivamente, esto significa que no debe recibir ningún otro alimento ni líquido, como agua, té, jugo, bebidas de cereales, leche de animales o leche maternizada. La probabilidad de que los niños amamantados exclusivamente padezcan diarrea o de que mueran a causa de ella es mucho menor que la de los que no lo son o lo son sólo parcialmente (OPS, 2008).

También se encontró que algunas de ellas (madres jóvenes adultas 52% y madres adolescentes 38%) está en desacuerdo o se muestran indiferentes hacia la dosis completa de la vacuna rotavirus como medida de prevención frente a la diarrea. Además se encontró que (madres jóvenes adultas 23% y madres adolescentes 34%) están de acuerdo con dar medicamentos que tiene en casa ante la presencia de diarrea en el menor. Esto es similar a Alarcón, Eduardo y Álvarez (2013) quienes encontraron que el 28% de las madres admitió que le daría antibióticos. Además Álvarez (1998), encontró en madres entrevistadas, 47% proporcionaron Sales de Hidratación Oral y 53% no lo dieron, y 57% proporcionaron medicamentos contraindicados a los niños enfermos, solamente cinco madres (03%) acudieron a un médico como primera acción antes de brindar el medicamento. El uso de medicamentos por iniciativa propia y sin una previa evaluación u orden médica es una práctica cotidiana en todas partes del mundo y constituye hoy un verdadero problema de salud. Asimismo, con la automedicación, la persona aquejada de una dolencia provoca que, en muchos casos, se retrase el diagnóstico o se establezca uno incorrecto; se enmascare la enfermedad,

se prolongue o agrave la patología, o se seleccione una farmacoterapia incorrecta (Álvarez, 2013).

Por otro parte, al determinar si existe diferencia entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en madres adolescentes en comparación con madres jóvenes adultas de niños menores de cinco años, se observó nivel de conocimientos entre regular y excelente en el 70,3% de las madres jóvenes adultas, mientras que 48,2% de las madres adolescentes se ubicaron en dichos niveles. Al realizar el análisis se encontró que sí existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de conocimiento acerca de la prevención de las enfermedades diarreicas agudas entre ambos grupos ($U = 1387,000$, $p = ,021$), a favor de las madres jóvenes adultas.

Asimismo, esta diferencia podría explicarse por el hecho que las madres jóvenes adultas tienen un nivel de instrucción más elevado de que las madres adolescentes, pues se observó que el 39.1% de las madres adultas culminaron estudios técnico y superior a comparación de las madres adolescentes en el que se observó que el 1.8% culminaron estudios técnico y superior. El alto índice de embarazo en adolescencia en los países en vías de desarrollo aparejado a las malas condiciones socioeconómicas – culturales, bajo el nivel de escolaridad y por ende desconocimiento en cuanto a los cuidados pre- postnatales permite que los hijos de estas madres adolescente tengan mayor riesgo de padecer enfermedades infecciosas (Fuentes, Rodríguez, Salazar, & Rodríguez, 2008). Por otro lado, diversos estudios de países en desarrollo han demostrado que la educación materna tiene un fuerte impacto sobre la mortalidad infantil, y en promedio cada año de incremento en la educación de las madres se

corresponde con una reducción del 7% al 9% en la mortalidad de los niños menores de cinco años (Burgoa & Salas, 2008). Arzúzar, Gonzáles, Marsiglia y Mármol, (2013) también resaltan que la formación educativa del cuidador fue el factor que guarda la mayor relación, con algún evento de los relacionados con la EDA. A diferencia de ello, Matta y Mariños (2012) encontraron que dentro del perfil sociodemográfico se destaca que no hubo, relación significativa, entre el nivel de conocimiento y el nivel de educación, edad y ocupación.

En relación a la comparación entre el nivel de actitudes de las madres adolescentes y adultas jóvenes, se observó actitud altamente favorable en 89,3% de las madres adolescentes y en 57,8 % de las madres adultas jóvenes. Al aplicar el análisis se encontró que existe diferencia estadísticamente significativa entre las actitudes hacia la prevención de las enfermedades diarreicas agudas de las madres adolescentes en comparación con las madres jóvenes adultas, a favor de las primeras ($U = 1214,000$, $p = ,002$). En referencia a este resultado, se observó que las madres adolescentes en su mayoría son solteras (60,7 %), por lo que residirían en la casa de sus padres contando con apoyo familiar, a diferencia de las madres jóvenes adultas que (26,6%) son casadas y (57,8%) convivientes respectivamente. Las actitudes de las madres adolescentes hacia sus hijos se van modificando tanto por el tiempo transcurrido como por la interacción con los otros adultos implicados en el cuidado del niño y que también las pueden ser competentes en los cuidados de sus hijos debido a los propios recursos que ellas van creando a través de la experiencia e ser madres Leadbeater y et al. (2010). También Panzarine (citado por Sánchez et al., 2006), refiere que las actitudes de las madres quienes se encuentran en la adolescencia son positivas pues

perciben un mayor apoyo familiar y no viven la experiencia de la maternidad como estresante.

Por otro lado es importante el rol del profesional de enfermería en la atención primaria en salud en el primer nivel de atención mediante la educación a las madres adolescentes y jóvenes adultas de niños menores de cinco años para que brinden un adecuado cuidado a este grupo vulnerable. Fernández (2007), menciona que la teoría del autocuidado de Dorothea Orem muestra aquello que las personas necesitan saber: qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo. Pereda (2011) menciona que el autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. Es utilizado como medio para organizar el conocimiento, las habilidades y la motivación del profesional de enfermería, necesarios para brindar cuidados a los pacientes proporcionando un marco desde el que contemplar la práctica, la educación y la gestión de la enfermería. Es cuestión de cada uno de los profesionales usar este modelo para el propósito con que se construyó: mejorar los cuidados de enfermería. De la misma manera destaca la importancia de los cuidados preventivos de salud como un componente esencial de su modelo. La satisfacción efectiva de las exigencias de autocuidado universal apropiadas para un individuo se considera como prevención primaria. La prevención secundaria consiste en evitar, mediante la detección temprana y la pronta intervención, los efectos adversos o complicaciones de la enfermedad o de la

incapacidad prolongada. La prevención terciaria ocurre cuando hay una rehabilitación después de la desfiguración o incapacidad.

Finalmente, se resalta que aunque el nivel de conocimientos alcanzados por las madres participantes del estudio estuvo dentro de lo esperado, todavía persiste desinformación respecto a aspectos importantes en la prevención de las EDAS, como son la aplicación de la vacuna rotavirus, y la lactancia materna exclusiva. En cuanto a las actitudes, también se observó que a pesar de evidenciar una actitud altamente favorable hacia la prevención de las EDAS, a la vez se identificaron actitudes negativas hacia la aplicación de la dosis completa de la vacuna rotavirus, la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y la inclinación hacia la medicación sin prescripción médica de los menores con enfermedades diarreicas agudas. También se observó que la edad no determina diferencia significativa en el nivel de conocimientos sobre la prevención de las EDAS en la población estudiada. A diferencia de las actitudes, en las que sí se obtuvo diferencia estadísticamente significativa entre las madres adolescentes y las madres jóvenes adultas.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

- Más de la mitad (51,8%) de las madres adolescentes evidencia un conocimiento deficiente. Mientras que el 48.4% de las madres jóvenes adultas evidencian un conocimiento regular. También el 21,9% de las madres jóvenes adultas evidencia un conocimiento excelente porcentaje mayor al de las madres adolescentes quienes evidencian un conocimiento excelente de 14,3% sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas.
- Se identificó que las madres adultas jóvenes (rango promedio: 66,83) poseen un mejor conocimiento sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en comparación de las madres adolescentes (rango promedio: 53,27), diferencia que sí es estadísticamente significativa a

favor de las madres jóvenes adultas según la prueba de U de Mann – Whitney ($U = 1387,000$ y $p ,021$).

- El 72,5% de las madres adolescentes y jóvenes adultas presentan una actitud altamente favorable. No obstante se encontró que la mayoría (89,3%) de las madres adolescentes evidencian una actitud altamente favorable, mientras que un poco más de la mitad (57,8%) de las madres jóvenes adultas evidencian una actitud altamente favorable sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas.
- Se determinó que las madres adolescentes (rango promedio: 70,82) poseen una mejor actitud frente a la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en comparación de las madres jóvenes adultas (rango promedio: 51,47), diferencia que sí es estadísticamente significativa a favor de las madres adolescentes según la prueba de U de Mann – Whitney ($U = 1214,000$ y $p ,002$).

2. Recomendaciones

Basadas en las conclusiones a las que se ha llegado con respecto al trabajo de investigación, se propone las siguientes recomendaciones:

- Realizar otros estudios de tipo pre - experimental a partir de este trabajo de investigación en el establecimiento de salud, con la finalidad evaluar la efectividad de un programa educativo sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en madres adolescentes y jóvenes adultas de niños < 5 años.
- Motivar a las madres adolescentes y jóvenes adultas de una manera constante por medio de sesiones educativas y talleres de aprendizaje dirigidos por el personal de salud, con el fin de mejorar sus conocimientos sobre las formas de prevención de las enfermedades diarreicas agudas.
- Que el personal que labora en el Centro de salud Miguel Grau asuma la responsabilidad de transmitir sus conocimientos sobre las enfermedades diarreicas agudas a las madres adolescentes y jóvenes adultas quienes son atendidas en el Centro de Salud.
- En base a los resultados estadísticos frente a las actitudes se sugiere al personal de salud fomentar e incentivar a las madres adolescentes y jóvenes adultas un cambio de actitud frente a la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.
- Que el personal de salud quienes laboran en el área de ESNI y CRED concienticen a las madres adolescentes y jóvenes adultas sobre la importancia de la dosis completa del rotavirus para la prevención de las enfermedades diarreicas agudas.

Referencias bibliográficas

- Alarco, J., Eduardo, A., & Álvarez, E. (2013). Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano en la provincia de Ica, Perú. *Scielo*, 1 -7.
- Álvarez. (2013). *Estudio sobre los factores que inciden en el habito de la automedicación en los habitantes del barrio Policarpa Salavatierra*. Antioquía: Universidad Nacional abierta y a distancia.
- Álvarez, S. (1998). Las prácticas maternas frente a la enfermedad diarreica infantil y la terapia de rehidratación oral. *Salud Pública de México*, 256-264.
- Andreu , & Sieber. (2000). *Características del conocimiento*. Obtenido de <http://www.eumed.net/tesisdoctorales/2007/cavl/caracteristicas%20del%20conocimiento.htm>.
- Aragón . (2010). *Estudio comparativo de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de cinco años del C.S. Ciudad Nueva y C.S. San Francisco* . Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann - Tacna.
- Arenas . (Marzo de 2004). La diarrea infección aguda y sus secuelas. *Seminario Médico*, 56(1), 81 - 87.
- Arzúzar , L., Gonzáles , N., Marsiglia, M., & Mármol, Y. (2013). *Características etiológicas, clínicas y sociodemográficas presentes en la Enfermedad Diarreica Aguda en niños de 1 a 5 años en una IPS de tercer nivel en Cartagena, de Enero a Febrero de 2013*. Cartagena de Indias: Corporación Universitaria Rafael Nuñez.

- Belda. (2010). *Del conocimiento vulgar al conocimiento científico*. Obtenido de <http://es.slideshare.net/hwxaro/apuntes-del-conocimiento-vulgar-al-conocimiento-cientifico>.
- Bol. Epidemial. Lima. (Junio de 2013). *Las enfermedades diarreicas*. Perú; Lima: MINSA; Boletín Epidemiológico Dirección de Salud IV Lima Este.
- Burgoa, C., & Salas, A. (2008). Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma e infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de cinco años. *Revista Cielo*, 72-76.
- Cáceres, Estrada, & De Antonio. (2011). La enfermedad diarreica aguda: un reto para la salud pública en Colombia. *Duazary de la Facultad Ciencias de la Salud*, 1 - 3.
- Camacho , M. (2014). *Conocimientos preventivos maternos orientados a la atención integrada de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años de edad de la comunidad de Anchiliví del Cantón Salcedo*. Ambato: Universidad Técnica de Ambato.
- Chisholm. (2004). *Teoría del conocimiento*. Obtenido de <http://www.mercaba.org/Filosofia/PDF/Tor%C3%ADa%20del%20Conocimiento.pdf>.
- Cruz, M. (2014). Conocimiento Materno sobre Estrategias Básicas de Prevención en Enfermedad Diarreica Aguda. *Scielo*, 1 - 16.
- Departamento de Farmacoepidemiología. (2005). Tratamiento de la Diarrea Aguda en niños y adultos, criterios técnicos y recomendaciones basadas en la evidencia para construcción de Guías de Práctica clínica. *Farmacos*, 16, 31 - 88.
- Díaz, E. (2012). *Guía de manejo de enfermedad diarreica aguda*. Colombia: Universidad Libre Seccional Cali.

- Dirección General de Epidemiología. (Junio de 2013). *Las enfermedades diarreicas*. Perú; Lima: MINSA; Boletín Epidemiológico Dirección de Salud IV Lima Este.
- EsSalud. (2012). *Las enfermedades diarreicas agudas*. Perú: Boletín Epidemiológico.
- Fernández, M. (2007). Bases Históricas y teóricas de la Enfermería. *Universidad de Cantabria; Open Course Ware*, 1 - 15.
- Fuentes, Z., Rodríguez, O., Salazar, M., & Rodríguez, O. (2008). Factores de riesgo de las enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años. *Archivo Médico de Camaguey*, 12(2), 1 - 8.
- White, E. (1905). *Ministerio de Curación*. Argentina: División Sudamericana .
- García, G. (1989). Epidemiología de las enfermedades diarreicas agudas. *Rev Cubana Med Gen Integr.*
- Hernandez, Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio , P. (2010). *Metodología de la Investigación* . México: McGraw - Hill/ Interamericana Editores.
- Ichazo, Rubio, & García . (2012). Indicadores en Atención Primaria: La realidad o el deseo. *Gac Sanit*, 26, 1 - 8.
- Instituto Nacional de la Salud. (2014). *Mortalidad por enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años (EDA)*. República de Colombia: PRO-RO2.025.
- Jong-Wook, L. (2014). *Relación del agua, el saneamiento y la higiene con la salud*. Suiza: OMS.
- Lapeira, P., & Acosta, D. (Enero de 2014). Conocimientos y practicas sobre enfermedades diarreicas y reespiratorias entre madres de una institución de salud. *Duazary*, 11(1), 36 - 40.
- Lemone, K., & Burge, j. (2010). *Medico quirurgico*. España: Panamericana.

- (s.f.). *Madres adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 A 2 años 6 meses de edad, en el subcentro de salud de Salasaca del Área de salud N°5 Del Ministerio de Salud Pública, Del Cantòn Pelileo De La Provincia De Tungurahua, Ambato.*
- Marguel, P. (2013). *Propuesta de intervención para promover una practica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de Santo Tomás Ajusco.* México: Instituto Nacional de Salud Pública; Escuela de Salud Pública de México.
- Matta, W., & Ortega, T. (2012). Conocimiento sobre medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDA y su relación con características sociodemográficas. *RevenfermHerediana*, 64-69.
- Ministerio de Salud . (2011). *Plan de Abordaje integral de la EDA.* Argentina: Dirección de Epidemiología.
- MINSA. (2006). *Resolución Ministerial.* Lima; Perú: Resolución ministerial.
- MINSA. (Mayo de 2013). *Análisis situacional de salud de DISA IV.* (S. n. epidemiológica, Ed.) Obtenido de www.dge.gob.pe/vigilancia.php: <http://www.dge.gob.pe/vigilancia.php>
- MINSA. (2013). *La enfermedad diarreica aguda.* Perú; Lima: Boltín Epidemiológico Dirección de Salud IV Lima Este.
- MINSA. (2013). *Ministerio de Salud.* Obtenido de http://www.minsa.gob.pe/diresahuanuco/ESRI/pdf/RM510_2013_MINSA_Esquema%20Nacional%20de%20Vacunaci%C3%B3n.pdf
- MINSA. (2014). *Ministerio de Salud .* Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/lavadomanos/index.html>

- MINSA. (2014). *Ministerio de Salud* . Obtenido de http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/lavadomanos/archivo/Plan_de_comunicaciones-prevencion_de_enfermedades_diarreicas_y_colera.pdf
- Miranda, Huamaní, Ordoñez, & colaboradores. (2011). Manejo de la enfermedad diarreica aguda en niños hospitalizados en el Hospital III Grau EsSalud. *Scielo*, 1 - 2.
- Morales , Reboloso, & Moya. (2011). Las actitudes. *Open Course Ware*, 1 - 28.
- Nava, C. (Noviembre de 2009). *La maternidad en la adolescencia*. Obtenido de <http://www.eumed.net/rev/cccss/06/cmnf.htm>
- OMS. (2013). *Diarrea aguda*. Suiza: Centro de prensa;Nota descriptiva N° 330 .
- ONU. (2013). *Organización de las naciones unidas*. Obtenido de <http://www.un.org/es/globalissues/youth/>
- OPS. (2008). *Tratamiento de la diarrea; Manual clínico para los servicios de Salud*. Washintong: Editorial: Boletín de la salud.
- Organización mundial de gastroenterología. (2012). *Diarrea aguda en adultos y niños*. EE. UU: Organización mundial de gastroenterología.
- Pando, Perales, Camiña, & Quiñones. (2002). Infección por *Campylobacter* y *Shigella* como causa de diarrea aguda infecciosa en niños menores de 2 años en el Distrito de la Victoria, Lima - Perú. *Scielo*, 186 - 192.
- Pathfinder . (2006). *Embarazo en la adolescencia en el Perú*. Perú: Pathfinder International .
- Patricia Lapeira Panneflex, D. P. (2014). conocimientos y practicas sobre enfermedades diarreicas agudas y respiratorias entre madres de una institución de salud. *Dialnet*.

- Pereda, M. (2011). Explorando la Teoría general de enfermería de Orem. *Medigraphic.org.mx*, 10(3), 163 - 167.
- Pino, Tejada, & Zermira. (2003 - 2007). Enfermedad diarreica aguda y su relación con la calidad de agua de consumo. *Revista. Habana. Ciencia. Médica*, 473 - 479.
- Poaquiza, S. (2013). *Madres adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 A 2 Años 6 Meses de edad, en el subcentro de salud de salasaca del área de Salud N°5 del Ministerio De Salud Pública, del Cantòn Pelileo de La Provincia de Tungurahua*. Ambato; Ecuador: Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería.
- Quispe , M. (2012). *Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres con niños menores de 5 años con casos de enfermedades diarreicas agudas de la comunidad de Yuncaypata que acuden al centro de salud de Wanchaq, Cuzco*. Perú: MINSA; SERUMS.
- RAE. (2014). RAE. Obtenido de RAE: <http://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola>
- Ramos, M., & Raul, C. (2007). *La educación como determinantes social de la salud en el Perú*. Lima; Perú: MINSA: Cuadernos de promoción de la Salud.
- Reyes, Y., & Rey, Y. (2009). Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención. *Ciencias Médicas de la Habana*, 15(1), 1 - 6.
- Rodriguez, & Lopez. (2014). *Efectividad del programa "La Era vive feliz sin EDAS" en el conocimiento, acitudes y practicas del manejo de las EDAS por parte de las madres o cuidadoras de niños menores de 4 años en ele centro poblado del Virgen del Carmen La Era, 2014*. Lima.
- Rolón. (2010). El conocimiento. *Yaconic*, 1 - 6.

- Román, E., & Barrio, J. (2002). Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica . *Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica* , 11 - 21.
- Salinas, T. (2013). *Nociones de Psicología* . Lima, Perú: Ed Adunk SRL.
- Sánchez, A., Galicia, I., Jiménez, L., & Pavón, S. (julio - diciembre de 2006). Actitudes de madres adolescentes y adultas y su relación con la personalidad de sus hijos. *redalyc*, 16(2), 159 - 169.
- Ubillos, S., Mayordomo, S., & Páez, D. (2001). *Actitud: Definición y medición, Componentes de la Actitud. Modelo de la Acción razonada y acción planificada.* Obtenido de <http://www.ehu.es/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>
- UNICEF. (2011). *Estado de la niñez en el Perú*. Lima; Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).
- Universidad Peruana Unión . (2013). Obtenido de https://www.academia.edu/6486173/AN%C3%81lisis_Situacional_De_Salud_-_Miguel_Grau
- Varemendi, L., Zafra, J., Ugaz, L., Villa, N., Torres, L., Pinto, A., y otros. (2012). Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna en madres de niños de. *Redalyc.org*, 82-88.
- Young. (2008). Las actitudes . *Edu - Física*, 1 - 8 .
- Young, J., & Cervantes, C. (2010). Enfermedades no transmisibles. *Redalyc*, 12-17.

Anexo 1

Autorización institucional

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
Facultad de Ciencias de la Salud



Ñaña, Lima, 17 de noviembre de 2014

Doctor
VICTOR CRISPIN PEREZ
Jefe de la Microred de Salud - Chaclacayo
Presente.-

De mi consideración:

Reciba usted un cordial saludo a nombre de la EAP de Enfermería y el sincero deseo de mucho éxito en la delicada responsabilidad que viene desempeñando.

En esta oportunidad presento a las alumnas del X ciclo en Enfermería: **MIRIAM RUTH GALVEZ GARCIA** y **KATERINE RUFINA HUANCA DÍAZ**, a fin de solicitar su autorización para que puedan recolectar información para su trabajo de investigación, titulado: "Conocimientos y actitudes sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en madres adolescentes y jóvenes adultas de niños menores de 5 años del Centro de Salud Materno Infantil, Miguel Grau, Chaclacayo, Lima, 2014

Agradezco su gentil atención, el cual beneficiará la formación de nuestra alumna y aprovecho la oportunidad para manifestarle mi alta estima personal.

Atentamente,



[Signature]
Mg. Nitzzy Ramos Flores
Secretaria Académica

Anexo 2



UNIVERSIDAD PERUANA UNION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E. P. ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título De la investigación

Diferencia en el conocimiento y actitudes sobre la prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas en madres adolescentes y jóvenes adultas de niños menores de 5 años, del Centro de Salud Materno Infantil Miguel Grau, Chaclacayo, Lima, 2014.

Propósito y procedimientos

El propósito del presente estudio es determinar las diferencias que existen entre los conocimientos y actitudes hacia la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en madres adolescentes en comparación con madres jóvenes adultas de niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Materno Infantil “Miguel Grau”.

Este proyecto está siendo realizado por Katerine Rufina Huanca Díaz y Miriam Ruth Gálvez García, estudiantes del ciclo X ciclo de enfermería, bajo la supervisión de la Lic. Ruth Vallejos Atalaya. Para llevar a cabo la realización de este proyecto, responderé a las preguntas planteadas en este instrumento. En esta publicación seré identificado anónimamente y tendré la seguridad de que no se publicará mi nombre en ningún informe o resultado públicamente ni mis repuestas serán reveladas a nadie.

Beneficios del estudio

Mi participación aportara a conocer las diferencias en el conocimiento y actitudes sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en madres adolescentes y jóvenes adultas de niños menores de 5 años. No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, si ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplicara por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Anexo 3

Test para el nivel de conocimiento sobre las EDAS

Instrucciones: La presente encuesta tiene el propósito de identificar el nivel de conocimiento que tienen sobre las enfermedades diarreicas agudas, no escriba su nombre, sus respuestas son anónimas, marque con un círculo la respuesta que considera correcta, por favor conteste la preguntas con sinceridad posible.

I. Datos generales

1. Edad.....
2. Estado civil
 - a. Soltera
 - b. Casada
 - c. Viuda
 - d. Divorciada
 - e. Conviviente
3. Lugar de procedencia
 - a. Costa
 - b. Sierra
 - c. Selva

II. Datos socioeconómico culturales

4. Números de hijos menores de 5 años
 - a. 1
 - b. 2
 - c. 3
 - d. 4 a mas
5. Grado de escolaridad completa/terminada
 - a. Primaria
 - b. Secundaria
 - c. Técnico o superior
 - d. Universitario
 - e. Sin estudios
6. Persona que sostiene económicamente la familia
 - a. Esposa
 - b. Esposo
 - c. Otros.....
7. Ingreso económico
 - a. Menos de 500
 - b. Sueldo mín. (750)
 - c. 750 a 1000
 - d. 1000 a más
8. Ocupación actual de la madre.
 - a. Trabajo dependiente
 - b. Trabajo independiente
 - c. Ama de casa
9. Cuando usted sale a trabajar ¿con quién deja a cargo a su niño?
 - a. Con mi mama
 - b. En el wawasi
 - c. Con la nana
 - d. con algún familiar

10. Tiempo dedicado al trabajo fuera del hogar.
a. 8 horas b. 12 horas c. 4 horas
11. Tipo de vivienda
a. Esteras b. Ladrillo c. Casa prefabricada d. otros
12. Tenencia de la vivienda
a. Alquilada b. Propia
13. Presencia de animales dentro de la vivienda
a. Gato b. Perro c. gallina d. Otro..... e. No tiene
14. Aprovechamiento de agua
a. Agua y desagüe b. Carro cisterna c. pozo d. otros.....

III. Datos de conocimientos sobre las enfermedades diarreicas agudas

15. ¿Cuáles son las causas para las diarreas en los niños?
- a. consumo de agua cruda (sin hervir)
 - b. uso de biberón en mal estado de higiene
 - c. consumo de alimentos sin lavarse las manos.
 - d. falta de higiene en casa
 - e. TA
16. ¿Cuándo consideras que un niño tiene diarrea?
- a. Deposición líquida 1 vez al día.
 - b. Deposiciones blandas (como mazamorra)
 - c. Deposiciones líquidas (más de 3 veces al día)
 - d. Deposiciones líquidas más de 14 días.
17. ¿Cuáles son las complicaciones de las enfermedades diarreicas agudas que ponen en peligro la vida de los niños?
- a. Pérdida de peso b. Deshidratación c. Desnutrición d. Todas las anteriores
18. Uno de los peligros de la diarrea es la deshidratación ¿Cómo podrías reconocerlo en tu niño?
- a. Ojos hundidos b. deja de lactar o beber

- c. Llanto sin lágrima
- d. piel seca
- e. decaimiento somnoliento
- f. labios o boca seca
- g. todas las anteriores

19. ¿Cuál es el tratamiento que debe recibir un niño cuando presenta diarrea?
- a. Remedios caseros (panetela, suero oral)
 - b. automedicación
 - c. TA
 - d. Otros.....
20. ¿A dónde acude, cuando un niño presenta diarreas?
- a. Hospital
 - b. Centro de salud o posta médica
 - c. Farmacia
 - d. Otro
21. ¿Cuáles son los cuidados de un niño en casa, cuando presenta diarrea?
- a. Darle comida y/o lactancia materna
 - b. Darle solo líquidos
 - c. Dejar de darle su comida y/o leche materna
 - d. Pasándole huevo
 - e. otro.....
22. ¿Qué previene la vacuna rotavirus?
- a. previene la diarrea
 - b. No protege por completo la diarrea
 - c. previene la diarrea en dosis completa (2 meses y 4 meses)
 - d. TA
23. La diarrea en los niños se previene:
- a. Lavándose las manos después de cambiar los pañales, de ir al baño y preparar los alimentos.
 - b. Evitando el uso de biberones y chupones.
 - c. Lavando bien las frutas, verduras y utensilios de cocina.
 - d. Dándole LME hasta los 6 meses.
 - e. Purificando el agua de consumo.
 - f. Utilizando tachos de basura con tapa.
 - g. TA

Anexo 4

Escala de Likert: actitud de la madre en la prevención de enfermedades diarreicas agudas (EDAS)

Instrucciones: a continuación encontraras una serie de preguntas con cinco opciones de respuesta el cual marcarás aquella que esté más acorde a su actitud frente al manejo de la diarrea en los niños menores de cuatro años. Se le recomienda leer detenidamente y marcar las respuestas que considera correcta con una (X) por favor conteste las preguntas con sinceridad es totalmente anónimo.

Totalmente en desacuerdo (TD): 1 En desacuerdo (ED): 2 Indiferente (I): 3

De acuerdo (DA): 4 Totalmente de acuerdo (TA): 5

N	Ítems	TD	ED	I	DA	TA
1	Pienso que al lavarse las manos antes y después de ir al baño previenen las diarreas.					
2	Pienso que al lavarse las manos utilizando jabón eliminan las bacterias.					
3	Pienso que al lavar y desinfectar las frutas antes de consumirlas previene las diarreas.					
4	Creo que al mantener limpios lo utensilios de cocina					

	evito la presencia de vectores.					
5	Creo que al mantener los tachos de basura con tapa evitamos la presencia de vectores.					
6	Pienso que al hervir el agua antes de consumirla elimina las bacterias o parásitos.					
7	Creo que al darle lactancia materna exclusiva hasta los seis meses previene las diarreas.					
8	Pienso que al ponerle las dosis completa del rotavirus se previene la diarrea					
9	Creo que ante la presencia de diarrea en el menor, le daría medicamentos que tiene en la casa para detenerlo.					
10	Creo que las recomendaciones que da la vecina sobre la diarrea son mejores que las que dan en el centro de salud.					
11	Creo que si el niño lactante presenta diarrea, ya no le daría leche materna.					
12	Pienso que el niño presenta diarrea, usted lo llevaría donde el curandero o hierbero para que lo oriente en remedios naturales que pueda utilizar.					
13	Creo que si presenta un cuadro de diarrea usted esperaría que su niño se mejore solo.					

Anexo 5

Análisis de fiabilidad de los instrumentos, pruebas de normalidad y prueba de homogeneidad de las varianzas

Tabla 12

Resultado de análisis de fiabilidad con la prueba de Kuder–Richardson para conocimientos

	Kuder- Richardson	N de elementos
Conocimientos	0.46	9

Tabla 13

Resultado del análisis de fiabilidad con la prueba del Alfa de Crombach para la Escala de Likert en las actitudes

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Actitudes	,832	13

Tabla 14

Resultado de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov de la variable de conocimientos

Nivel de conocimientos	
Número total de la muestra	120
Z de Kolmogorov-Smirnov	1,353
Sig. asintót. (bilateral)	,051

Tabla 15

Resultado de la prueba de normalidad de Kolmogorov- Smirnov de la variable de actitudes

Nivel de actitudes	
Número total de la muestra	120
Z de Kolmogorov-Smirnov	1,629
Sig. asintót. (bilateral)	,010

Tabla 16

Resultado de la prueba de la homogeneidad de varianzas para la variable de conocimientos y actitudes

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Nivel de conocimiento	,912	1	118	,342
Nivel de actitudes	,457	1	118	,500

Anexo 6

Resultados de los porcentajes de aciertos y errores para los ítems de la prueba de conocimientos y actitudes

Tabla 17

Resultado de los porcentajes de aciertos y errores para los ítems de la prueba de conocimiento

	M. Adolescentes				M. Jóvenes Adultas			
	Acierto		Error		Acierto		Error	
	N	%	N	%	n	%	N	%
¿Cuáles son las causas para las diarreas en los niños?	40	71.4	16	28.6	58	90.6	6	9.4
¿Cuándo consideras que un niño tiene diarrea?	30	53.6	26	46.4	51	79.7	13	20.3
¿Cuáles son las complicaciones de las enfermedades diarreicas agudas que ponen en peligro la vida de los niños?	17	30.4	39	69.6	37	57.8	27	42.2
Uno de los peligros de la diarrea es la deshidratación ¿cómo podrías reconocerlo en tu niño?	22	39.3	34	60.7	41	64.1	23	35.9
¿Cuál es el tratamiento que debe recibir un niño cuando presenta diarrea?	40	71.4	16	28.6	40	62.5	24	37.5
¿A dónde acude cuando un niño presenta diarrea?	56	100	0	0	61	95.3	3	4.7
¿Cuáles son los cuidados de un niño en casa. Cuando presenta diarrea?	27	48.2	29	51.8	31	48.4	33	51.6
¿Qué previene la vacuna rotavirus?	32	57.1	24	42.9	27	42.2	37	57.8
La diarrea en los niños se previene	50	89.3	6	10.7	52	81.3	12	18.8

Tabla 18

Resultados de los porcentajes de aciertos y errores para los ítems de la prueba de actitudes

	M. adolescentes		M. jóvenes adultas	
	N	%	n	%
Pienso que al lavarse las manos antes y después de ir al baño previene las diarreas				
Totalmente en Desacuerdo	1	2%	0	0%
En Desacuerdo	0	0%	4	6%
Indiferente	0	0%	0	0%
De acuerdo	34	61%	40	63%
Totalmente de Acuerdo	21	38%	20	31%
Pienso que al lavarse las manos utilizando jabón elimina las bacterias				
Totalmente en Desacuerdo	1	2%	0	0%
En Desacuerdo	3	5%	10	16%
Indiferente	1	2%	3	5%
De acuerdo	34	61%	37	58%
Totalmente de Acuerdo	17	30%	14	22%
Pienso que al lavar o desinfectar las frutas antes de consumirlas previene las diarreas				
Totalmente en Desacuerdo	0	0%	0	0%
En Desacuerdo	0	0%	0	0%
Indiferente	1	2%	2	3%
De acuerdo	37	66%	45	70%
Totalmente de Acuerdo	18	32%	17	27%
Creo que al mantener limpio los utensilios de cocina evito la presencia de vectores				
Totalmente en Desacuerdo	0	0%	0	0%
En Desacuerdo	1	2%	1	2%
Indiferente	0	0%	0	0%
De acuerdo	37	66%	49	77%
Totalmente de Acuerdo	18	32%	14	22%
Creo que al mantener los tachos de basura con tapa evitamos la presencia de vectores				
Totalmente en Desacuerdo	0	0.0%	0	0.0%
En Desacuerdo	2	3.6%	7	10.9%
Indiferente	0	0.0%	2	3.1%

De acuerdo	34	60.7%	43	67.2%
Totalmente de Acuerdo	20	35.7%	12	18.8%
Totalmente en Desacuerdo	0	0%	0	0%
En Desacuerdo	1	2%	2	3%
Indiferente	1	2%	4	6%
De acuerdo	36	64%	45	70%
Totalmente de Acuerdo	18	32%	13	20%
Creo que al darle lactancia materna exclusiva hasta los seis meses previene las diarreas				
Totalmente en Desacuerdo	0	0%	0	0%
En Desacuerdo	3	5%	22	34%
Indiferente	4	7%	10	16%
De acuerdo	32	57%	21	33%
Totalmente de Acuerdo	17	30%	11	17%
Pienso que al ponerle las dosis completas del rotavirus se previenen las diarreas				
Totalmente en Desacuerdo	1	2%	0	0%
En Desacuerdo	3	5%	12	19%
Indiferente	17	30%	21	33%
De acuerdo	21	38%	21	33%
Totalmente de Acuerdo	14	25%	10	16%
Creo que ante la presencia de diarrea en el menor, le daría medicamentos que tiene en la casa para detenerlo				
Totalmente de Acuerdo	4	7%	3	5%
De acuerdo	15	27%	12	19%
Indiferente	2	4%	1	2%
En Desacuerdo	28	50%	39	61%
Totalmente en Desacuerdo	7	13%	9	14%
Creo que las recomendaciones que da la vecina sobre la diarrea son mejores que las que dan en el centro de salud				
Totalmente de Acuerdo	0	0%	1	2%
De acuerdo	0	0%	3	5%
Indiferente	1	2%	1	2%
En Desacuerdo	46	82%	48	75%
Totalmente en Desacuerdo	9	16%	11	17%
Creo que si el niño lactante presenta diarrea, ya no le daría leche materna				
Totalmente de Acuerdo	0	0%	1	2%
De acuerdo	0	0%	3	5%
Indiferente	2	4%	6	9%

En Desacuerdo	45	80%	47	73%
Totalmente en Desacuerdo	9	16%	7	11%
Pienso que el niño presenta diarrea, usted lo llevaría donde el curandero o hierbero para que lo oriente en remedios naturales que puede utilizar				
Totalmente de Acuerdo	0	0%	1	2%
De acuerdo	0	0%	1	2%
Indiferente	0	0%	0	0%
En Desacuerdo	47	84%	45	70%
Totalmente en Desacuerdo	9	16%	17	27%
Creo que si presenta un cuadro de diarrea usted esperaría que su niño se mejore solo				
Totalmente de Acuerdo	0	0%	1	2%
De acuerdo	0	0%	2	3%
Indiferente	0	0%	1	2%
En Desacuerdo	47	84%	53	83%
Totalmente en Desacuerdo	9	16%	7	11%

Anexo 7

Resultados para la prueba de conocimientos y actitudes

Grafico 1

Porcentajes de aciertos y errores con respecto a los conocimientos sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas

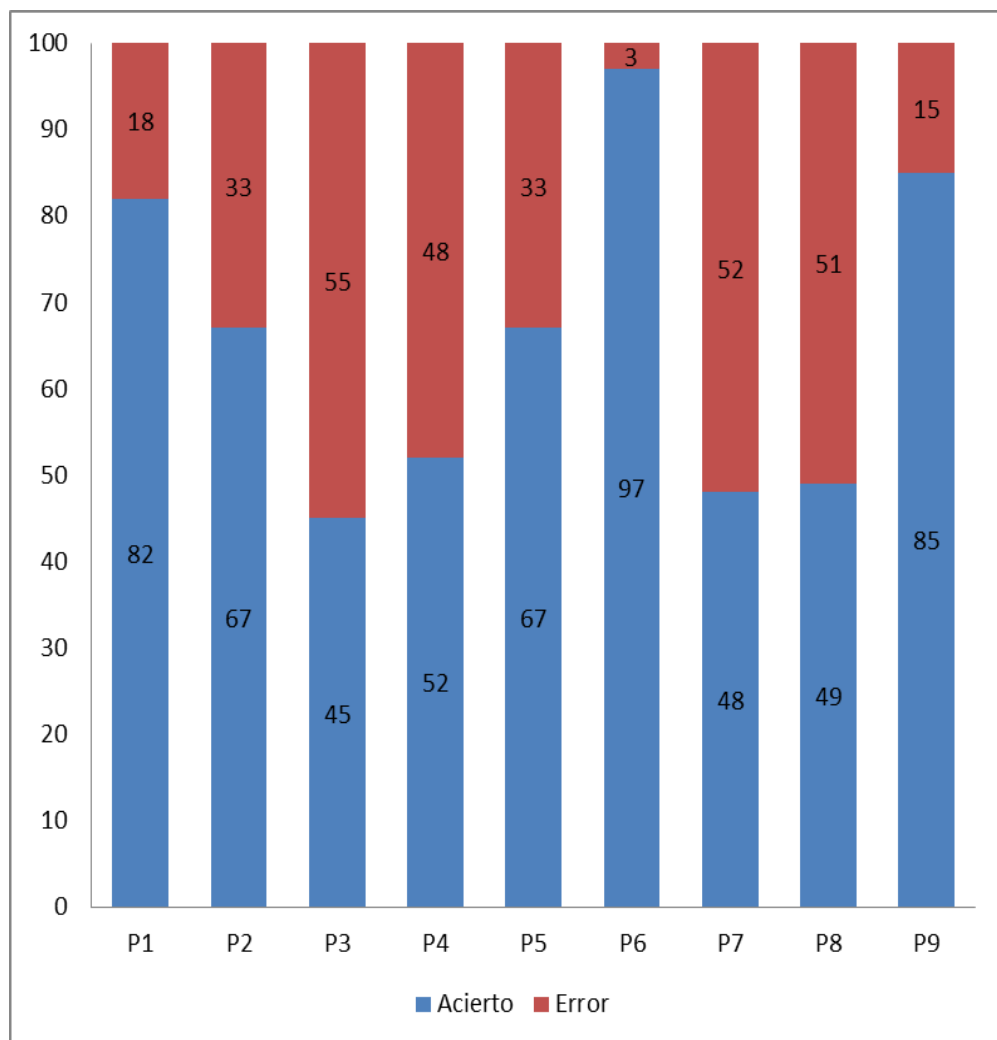


Grafico 2

Porcentajes de aciertos y errores con respecto a las actitudes hacia la prevención de las enfermedades diarreicas agudas.

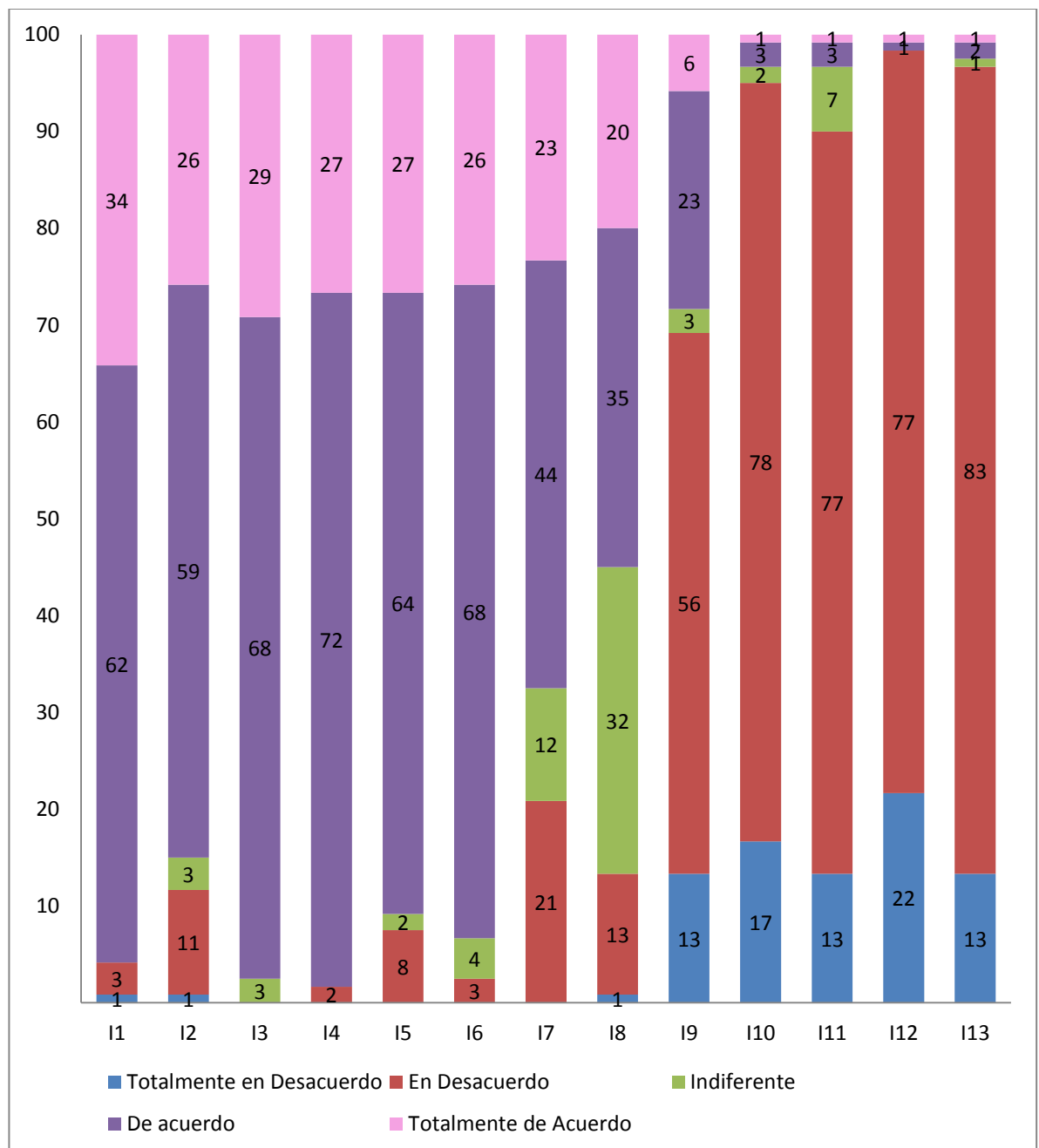


Grafico 3

Nivel de conocimiento de las madres adolescentes y adultas jóvenes sobre la prevención de las EDAS

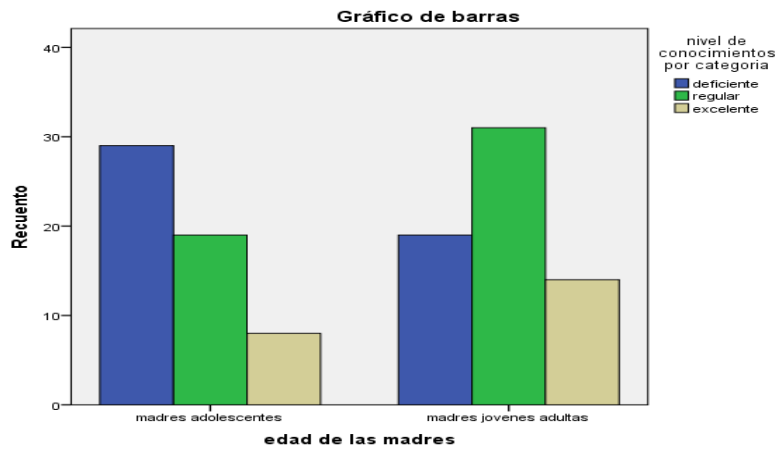
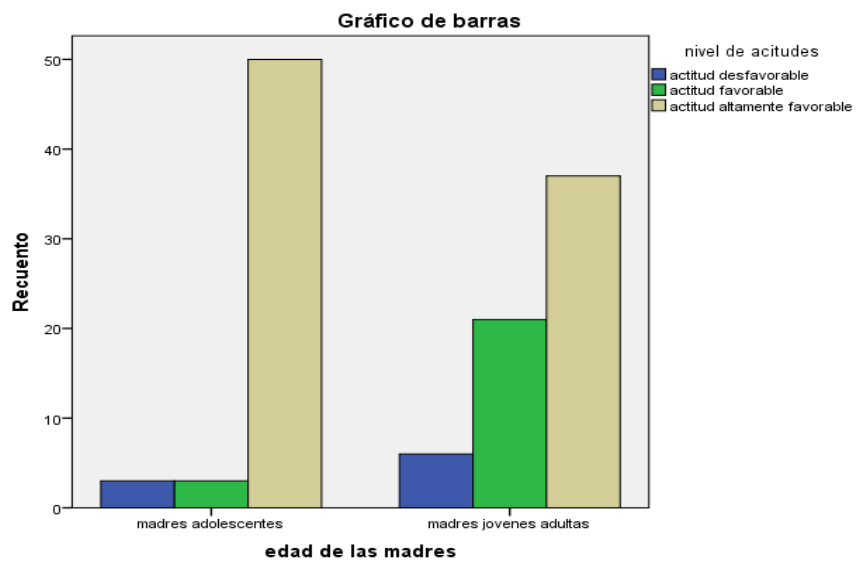


Grafico 4

Nivel de actitud de las madres adolescentes y adultas jóvenes hacia la prevención de las EDAS.



Anexo 8

Resultados del grado escolaridad completa/ terminada y estado civil

Gráfico 5

Grado de escolaridad completa/terminada de las madres adolescentes y adultas jóvenes

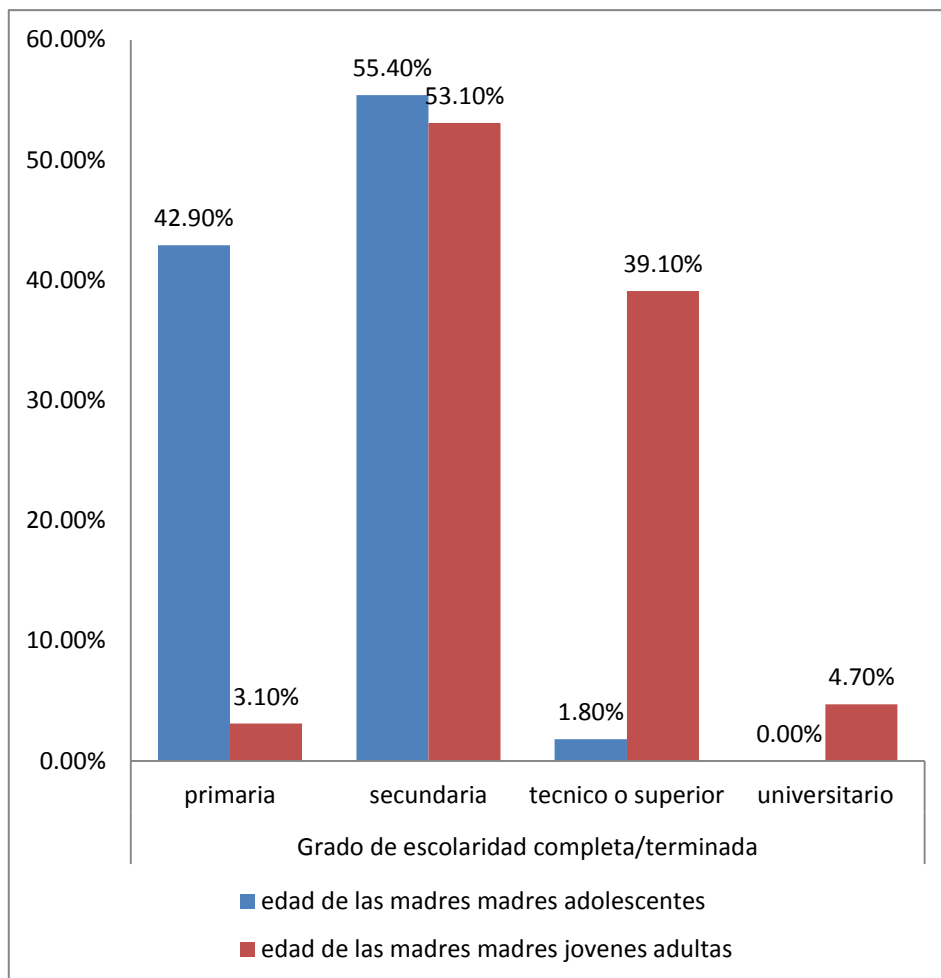


Gráfico 6

Estado civil de las madres adolescentes y adultas jóvenes

