

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERECTORADO ACADEMICO



**Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las madres con niños
menores de cinco años en la Prevención de Enfermedades
Diarreicas Agudas en la Comunidad de Caururu, Centro
Poblado de Curhuaz, Período Abril – Agosto 2013.**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN ENFERMERA**

AUTORES: Bach. Lázaro Sánchez, Carolina Mensia

Bach. Correa Salinas, Karen Magaly

DOCENTE: Lic. Nancy Palacios Gómez

Lic. Yrma Soto García

Lic. Edwin Asnate Salazar

Huaraz – Perú

2014

DEDICATORIA

A mi hermano:

Carlitos lázaro Sánchez por impulsarme y darme
fuerzas para poder realizar la presente investigación.

A mi abuelita:

Rosa margarita Tafur Aquino por
brindarme su confianza y creer en.

A Omar Ramírez Asnate por su amor, comprensión y su apoyo
incondicional, por sus palabras de aliento, y paciencia que se me
brindó durante el tiempo empleado para su realización.

A mi primo: Fausto Sánchez por su apoyo
y haber confiado en todo momento.

Bach. Carolina lázaro Sánchez

A mis padres por haber creído y confiado en nuestras
capacidades y brindarnos el apoyo económico para

que se hiciera posible la realización de este proyecto de tesis,

A mi familia por su esfuerzo, dedicación, apoyo, confianza ya que sin ellos no tendría la oportunidad de culminar mis estudios como profesional de Enfermería.

A mis hermanos, sobrinos por su cariño, ternura y alegría en momentos difíciles.

Bach. Correa Salinas, Karen Magaly

AGRADECIMIENTO:

En primer lugar, le agradecemos a Dios por darme vida y por permitirme tener a mis padres los cuales me han inculcado responsabilidad, paciencia, y me han permitido realizar y culminar la presente investigación.

A nuestra “Universidad Privada San Pedro”, por ser la cuna de muchas satisfacciones y reafirmar una vez más, ser la casa más alta.

A la Lic. Irma Soto García, por haberme guiado desde el primer momento para la realización de la tesis, por su dedicación y apoyo durante el internado.

A mi asesora, la Lic. Nancy Palacios, por su valioso aporte, su dedicación y paciencia.

Al estadista Edwin Gáznate por apoyarme en la parte estadística del presente trabajo

Agradecemos cordialmente a las madres de la comunidad de Caururu que nos apoyaron incondicionalmente en todo momento e hicieron posible la realización del presente estudio.

A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería por inculcar en mí el amor al prójimo y el respeto por el paciente.

A los jurados de tesis, Lic. Isabel Pacheco, Lic. Martha Broncano, Lic. Irma Soto, Lic. Sarmely Vicuña por sus valorables sugerencias los que contribuyeron al mejoramiento y ordenamiento del presente trabajo.

DERECHO DE AUTORÍA

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de las autoras basado en el L.D N° 822 de la república del Perú, que el presente informe no puede ser producido ya sea para evento ni publicaciones comerciales, solo puede ser usado total y parcialmente por la universidad para fines didácticos, y en el cualquier uso para fines distintos debe contar con nuestra autorización.

La universidad ha tomado las precauciones razonables para verificar el contenido de esta publicación.

Las autoras

PRESENTACIÓN

Las enfermedades diarreicas agudas continúan siendo uno de los principales problemas de Salud Pública en los países en desarrollo, constituyendo una de las causas principales de mortalidad y morbilidad en el mundo.

La Organización Mundial de la Salud estima que cada año se presentan más de 1.3 millones de episodios de diarreas en niños menores de 5 años en países en desarrollo y 4 millones de defunciones por diarrea aguda relacionados entre un 50% y un 70% con deshidratación, 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. En la región de las Américas, las enfermedades diarreicas se encuentran entre las cinco primeras causas de muerte.

La Asociación Española de Pediatría, destaca que uno de cada 4 niños que sufre diarrea aguda necesita asistencia médica y uno de cada 40 va a requerir ingreso hospitalario, siendo el rotavirus el principal agente etiológico identificado. La enfermedad diarreica es multi causal y en ella intervienen factores biológicos, ambientales y sociales, entre los que cabe mencionar las infecciones y los factores del ambiente que facilitan la transmisión de los patógenos, tales como la calidad sanitaria del agua, los hábitos de higiene personal, la eliminación de excretas, el control de moscas y el hacinamiento.

En Ecuador la prevalencia de EDAs se observa en más del 50% que causa mortalidad en los niños menores de 5 años, debido a la disposición de basura y eliminación de excretas al aire libre, el consumo de agua no tratada, la falta de higiene personal, la falta de controles médicos, falta de capacitación en la lactancia materna, el bajo conocimiento y actitudes de las madres, serían las causas principales de la prevalencia epidemiológica de EDAs.

Esta situación se agrava más cuando el 30% de madres no poseen un conocimiento satisfactorio sobre deshidratación como aspecto general de la diarrea y otro 30% desconoce como signo y síntoma; un 40% desconoce que la diarrea es causada por parásitos, un 60% desconoce que al niño con EDAs se debe proporcionar abundante alimento y específicamente líquido conjuntamente con la administración de suero oral. Aunque en Camagüey – Cuba, mediante el modelo familiar y utilizando el sistema automatizado, la mayoría de los participantes mejoraron significativamente el nivel de conocimientos e información acerca de la trasmisión de EDAs, la conducta a seguir y las medidas de prevención de la enfermedad, que mejoraron, disminuyendo la incidencia en 7.5% en el primer trimestre del año 2007 y en 1.8% en el último trimestre, considerándose que el programa educativo fue de gran utilidad para la prevención de EDAs.

Un dato muy importante registrado en la investigación realizada en el Centro Materno Infantil de Zapallal – Lima acerca de conocimientos sobre medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDAs, presenta un resultado negativo con respecto al

nivel de conocimiento, que de nivel medio en un 65.1% y bajo en un 63.3% respectivamente. Este mismo hecho se repite en el Cuzco en el Centro de Salud Wanchaq, cuando el 67.6% tiene bajo nivel de conocimiento sobre EDAs y el 83.3% tiene prácticas y actitudes deficientes, por el bajo nivel de instrucción: analfabetismo y primaria incompleta.

En el Perú, se ha registrado hasta la semana epidemiológica 5 (del 29 de enero al 4 de febrero) del año 2012, 105,321 episodios de enfermedades diarreicas agudas (95 % como Enfermedad diarreica aguda acuosa), y cuya tasa de incidencia durante ese periodo fue de 34 episodios por cada 10 mil habitantes, valor menor registrado en los últimos 3 años, lo cual evidencia una tendencia decreciente de las Enfermedades diarreicas agudas. Moquegua, Pasco y Amazonas son los departamentos que reportaron las tasas más altas. En la población asegurada hasta la semana epidemiológica 7 (12 al 18 de febrero), se han notificado 33,452 casos de Enfermedades diarreicas agudas, con una tasa de incidencia de 36 episodios por 10,000 asegurados. Del total de episodios por Enfermedades diarreicas agudas, el 28% (9,418) se presentaron en menores de 5 años, el 38%(12753) se reportaron en el servicio de consulta externa, 1% (207) en el servicio de hospitalización y el 61% (20,582) fueron atendidos en el servicio de emergencia.

La presente investigación, titulada "Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres con niños menores de 5 años en la prevención de enfermedades diarreicas agudas (EDAs) en la Comunidad de Caururu, Centro Poblado de Curhuaz tiene

como objetivo Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de las madres con niños menores de 5 años en la prevención de enfermedades diarreicas agudas (EDAs) en la Comunidad de Caururu, Centro Poblado de Curhuaz,, siendo el propósito proveer información sobre los conocimientos que poseen las madre de niños menores de 5 años acerca de la prevención de enfermedades diarreicas agudas

PALABRAS CLAVES

Tema	Enfermedades diarreicas agudas.
Especialidad	Enfermería.
Objetivo	Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de las madres con niños menores de 5 años en la prevención de enfermedades diarreicas agudas (EDAs) en la Comunidad de Caururu, Centro Poblado de Curhuaz, período Abril – Agosto 2014.
Método	Tipo de investigación: cuantitativa, descriptiva, prospectivo y analítico. Diseño de investigación: No experimental y transversal.

KEYWORDS

TOPIC	Acutediarrhealdiseases
SPECIALTY	Nursing.
TARGET	Determine the level of knowledge, attitudes and practices of mothers with children under 5 years in the prevention of acute diarrheal diseases (EDAS) in Caururu Community, Town Center Curhuaz, period April to August 2014.
METHOD	Tipo de investigación: cuantitativa, descriptiva, prospectivo y analítico. Diseño de investigación: No experimental y transversal.



USP
UNIVERSIDAD SAN PEDRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Vicerrector de Investigación de la Universidad San Pedro:

HACE CONSTAR

Que, de la revisión del trabajo titulado "**Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las madres con niños menores de cinco años en la Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas en la Comunidad de Caururu, Centro Poblado de Curhuaz, Período Abril - Agosto 2013**" del (a) estudiante: **CORREA SALINAS KAREN MAGALY**, identificado(a) con Código N° **1420051501**, se ha verificado un porcentaje de similitud del **18%**, el cual se encuentra dentro del parámetro establecido por la Universidad San Pedro mediante resolución de Consejo Universitario N° 5037-2019-USP/CU para la obtención de grados y títulos académicos de pre y posgrado, así como proyectos de investigación anual Docente.

Se expide la presente constancia para los fines pertinentes.

Chimbote, 23 de octubre de 2023

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

Dr. JAVIER MARTÍNEZ CARRIÓN
VICERRECTOR



NOTA: Este documento carece de valor si no tiene adjunta el reporte del Software TURNITIN.

**Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las madres con niños
menores de 5 años en la Prevención de Enfermedades
Diarreicas Agudas en la Comunidad de Caururu, Centro
Poblado de Curhuaz, Período Abril – agosto 2013**

RESUMEN

La presente investigación titulada Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres con niños menores de 5 años en la prevención de enfermedades diarreicas agudas (EDAs) en la Comunidad de Caururu, Centro Poblado de Curhuaz, período abril – agosto 2013, tiene como objetivo Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de las madres con niños menores de 5 años en la prevención de enfermedades diarreicas agudas (EDAs) en la Comunidad de Caururu, Centro Poblado de Curhuaz, período Abril – Agosto 2013. El tipo de estudio es de enfoque cuantitativo de nivel descriptivo, prospectivo, siendo el diseño descriptivo simple transversal; la población es igual a 200 madres con hijos menores de 5 años de la Comunidad de Caururu y la muestra probabilística es igual a 101; contiene criterios de inclusión y exclusión; los métodos a utilizarse son el descriptivo, técnica de encuesta y el cuestionario estructurado como instrumento de medición; se establecen procedimientos de recolección de datos y la protección de los derechos humanos de los sujetos de estudio se realizan con base a los principios éticos de la investigación; el procesamiento de datos se realizará con el Programa estadístico SPSS y para el plan de análisis se aplicará la estadística descriptiva para la presentación de datos en tablas y gráficos, para lo cual se utilizó:

Para el análisis de fiabilidad de la encuesta se utilizó el estadístico Alfa de Cronbach para las 18 preguntas referentes a los conocimientos y prácticas en el cuidado y atención de las madres con hijos menores a 5 años de la Comunidad de Caururu, Centro Poblado de Curhuaz. Según el análisis realizado resultó un Alfa de Cronbach igual a 0.909 para los 18 elementos, del cual se llega a la conclusión de que la fiabilidad de la encuesta es muy buena.

- En relación a las características generales de la población en estudio Podemos observar que más del 50% de las madres de la Comunidad de Caururu pertenecen al grupo entre 20 y 23 años de edad.

- Que de un total de 101 madres que equivale a un 100 %, 30.7 % que equivale a 31 madre tienen un nivel de conocimiento bajo y el 56.4 % que equivale a 56 madres tienen un nivel de conocimiento medio y el 12.9 % que equivale a 13 madre de niños menores de 5 años tienen un conocimiento alto.
- Que de un total de 101 madres que equivale a un 100%, 35.6% que equivale a 36 madres de niños menores de 5 años tienen una actitud mala y en un 46.5 % que equivale a 46 madres tiene actitud regular mientras que un 17.8 % que equivale a 18 madres de niños menores de 5 años tiene actitud buena. Donde se deduce que 46,5 % de las madres de niños menores de 5 años tienen regular actitud en la prevención de enfermedades diarreicas agudas.
- Que de un total de 101 madres que equivale a un 100%, 31.7 % que equivale a 32 madres de niños menores de 5 años tienen practicas malas mientras que un 36.6 % que equivale a 37 madres tienen una práctica regular y 31.7 % que equivale a 32 madres practican adecuadamente para prevenir las enfermedades diarreicas agudas.
- Que de un total de 101 madres que equivale a un 100% observamos que 29.7 % que equivale a 30 madres tienen actitudes y practicas malas en la prevención de enfermedades diarreicas agudas y un 56.4 % que equivale a 56 madres tienen actitudes y practicas regulares en la prevención de enfermedades diarreicas agudas y 13.9 % que equivale a 14 madres tienen actitudes y practicas buenas

ABSTRACT

This research entitled Knowledge, attitudes and practices of mothers with children under 5 years in the prevention of acute diarrheal diseases (EDAs) in Caururu Community Center Town of Curhuaz, period April to August 2013, aims to determine the level of knowledge, attitudes and practices of mothers with children under 5 years in the prevention of acute diarrheal diseases (EDAs) in Caururu Community, Town Center Curhuaz, period April to August 2013. The type of study is a quantitative approach prospective descriptive level, being the cross simple descriptive design population is equal to 200 mothers with children under 5 years of the Commonwealth of Caururu and probability sample is equal to 101, contains inclusion and exclusion criteria, the methods used are descriptive, technical survey and structured questionnaire as a measuring instrument; procedures for data collection and protection of human rights of the subjects of study are performed based on the ethical principles of the investigation are set, the data processing was performed with the statistical program SPSS and analysis plan shall apply descriptive statistics for the presentation of data in tables and graphs.

for which I use:

To analyze the reliability of the statistical survey Cronbach's alpha was used to the 18 questions regarding knowledge and practices in the care and treatment of mothers with children under 5 years of Community Caururu, Town of Curhuaz Center. According to analysis by Cronbach Alfa resulted equal to 0.909 for the 18 items, which leads to the conclusion that the reliability of the survey is very good.

In relation to the general characteristics of the study population can observe that over 50 % of mothers Community Caururu belong to the group between 20 and 23 years old.

- The level of education of mothers Community Caururu and both those with only primary or secondary have completed 43% of the study population, only 10% of these mothers have higher education

- Children studied in greater proportion are those between 1 and 2 years of age which corresponds to 44%. The 32 % are between 3 and 4 years, 18 % lower than a year , and only 6 % have higher ages 4 yrs old
- We can therefore conclude from the N ° 06 graphs to chart No. 13 , that mothers have
- In relation to the general characteristics of the study population can observe that over 50 % of mothers Community Caururu belong to the group between 20 and 23 years old.
- The level of education of mothers Community Caururu and both those with only primary or secondary have completed 43% of the study population, only 10% of these mothers have higher education
- Children studied in greater proportion are those between 1 and 2 years of age which corresponds to 44%. The 32 % are between 3 and 4 years, 18 % lower than a year, and only 6 % have higher ages 4 years

INDICE

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	6
PALABRAS CLAVES	10
ORIGINALIDAD-----	11
TITULO-----	12
RESUMEN-----	13
ABSTRACT.....	15
INDICE.....	17
CAPITULO I.....	19
INTRODUCCION	19
1. ANTECEDENTES.....	19
2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	24
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
4. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL.....	28
5. TEORÍA DE ENFERMERÍA.....	53
6. HIPÓTESIS.....	71
7. OBJETIVOS	71
CAPITULO II.....	73
MATERIAL Y METODOS	73
2.1 METODOLOGÍA DEL TRABAJO.....	73
2.2. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	76
2.3. PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS ESTUDIOS.....	76
2.4. PLAN TABULAR Y TRATAMIENTO DE DATOS	77
CAPITULO III.....	78
RESULTADOS Y DISCUSIONES	78
CAPÍTULO IV.....	80
DATOS ESTADISTICOS.....	80
CAPITULO V	91
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	91
CONCLUSIONES	91

RECOMENDACIONES	92
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	93
ANEXOS	98

CAPITULO I

INTRODUCCION

1. ANTECEDENTES:

1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONAL:

Tácutan (2011) precisa en su estudio comparativo de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de cinco años del Centro de Salud ciudad nueva York y Centro de Salud San Francisco; estableció las siguientes conclusiones: Las madres del C.S. de Ciudad Nueva York de niños menores de 5 años presentaron altos porcentajes de buena y muy buena actitud favorable a los cuidados en un episodio de diarrea y muy consecuente se tiene a las madres C. S. San Francisco con un 76,55% y 73,47% para las madres atendidas en el C. S. Ciudad Nueva. Se determinó que la buena práctica sobre Enfermedades Diarreicas Agudas predominó (37,76%) en las madres atendidas del C. S. Ciudad Nueva, esto fue mejor que las madres atendidas en el C. S. San Francisco, donde alcanzaron el buen nivel de prácticas fue el menos frecuente con 36,55%.

Pacheco y Landaeta (2011) plantean en su programa educativo sobre la diarrea en niños de 0-4 años dirigidos a las madres que asisten a las consultas del ambulatorio “Dr. Miguel Franco”. La población estuvo conformada por 20 madres que acudieron a las consultas del ambulatorio, a las cuales se les aplicó un instrumento estructurado, el tipo de investigación fue descriptiva, con un diseño cuantitativo no experimental. La confiabilidad del instrumento se obtuvo por prueba piloto con un resultado de 0,2% a través de la fórmula KR20. De los resultados se evidencia que las madres en un 30% no poseen un conocimiento satisfactorio sobre la deshidratación como aspecto general de la diarrea, otro 30% desconoce acerca de la deshidratación como signo y síntoma de

la diarrea, un 40% desconoce que la diarrea es ocasionada por parásitos, sobre algunos aspectos relacionados con el tratamiento, un 35% desconoce que la lactancia materna puede proporcionarse conjuntamente con la administración del suero oral, un 60% desconoce que durante la diarrea al niño se le debe proporcionar abundantes alimentos, sobre todo líquidos para compensar las pérdidas, en cuanto a la prevención un 30% desconoce que la vacuna rotavirus protege a los niños menores de 1 año de las diarreas ocasionadas por el virus rotavirus, por ultimo otro 30% desconoce la función protectora de la lactancia materna en contra de las diarreas.

Díaz y Díaz (2010) hacen referencia sobre el estudio que se realizó en el Policlínico Comunitario José Agustín más Naranjo del municipio primero de enero. En la primera etapa se practicó una encuesta para evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de las madres con relación a las diarreas. Resultados: Antes de la aplicación de la metodología educativa, un grupo importante de madres tenía deficiente higiene y bajo nivel de conocimientos con relación a las diarreas. Después de la capacitación mejoraron los conocimientos, se modificaron hábitos y prácticas; las mujeres reconocieron la utilidad del suero oral en el tratamiento y prevención de complicaciones durante los episodios agudos de diarreas. Conclusiones: A pesar del corto tiempo transcurrido entre la aplicación de la experiencia educativa y la encuesta final, los hallazgos encontrados después de su aplicación demuestran que el programa aplicado puede mejorar los conocimientos de la población sobre las diarreas y sus complicaciones.

Galo; Freire y Santillán (2010) precisan sobre su trabajo referente a los factores de riesgo que influyen en el incremento de enfermedades diarreicas agudas (EDAs) detectadas en niños/as de 1 – 4 años de edad que acuden a la consulta externa del hospital “Dr. Juan Montalván Cornejo” de la parroquia Ricaurte durante el segundo semestre del año 2010 – 2011. Concluyeron que es evidente que la disposición de basura a campo libre, la eliminación de excretas al aire libre, el consumo de agua no tratada influye en el incremento de enfermedades diarreicas agudas. Es importante

determinar que la falta de higiene personal, la falta de controles médicos, la falta de capacitación en lactancia materna, se refleja en la investigación debido al bajo nivel de conocimiento de los padres de familia ya sea por desconocimiento o falta de interés. En lo que respecta al Personal de Salud la desmotivación por falta de capacitaciones se evidencia en la ausencia planes de educación continua, aunque se encuentra normalizada por el Ministerio de salud no se realizan de acuerdo a las normativas establecidas.

Velandia (2010) hace referencia con respecto sobre los elementos transformadores que influyen en los factores sobre enfermedades diarreicas agudas en madres o cuidadores de niños menores de 2 años; donde la metodología de investigación es de tipo cualitativa, seleccionaron las familias de estas veredas que vivieran con niños menores de 2 años, a cuyos cuidadores realizaron una entrevista estructurada de actitudes, creencias y prácticas, tomada del estudio de la OMS sobre prácticas saludables, adaptada a los factores predisponentes de enfermedad diarreica aguda, para realizar una caracterización de la población. Donde se encontraron diferentes elementos transformadores que influyen de manera positiva en el proceso de comunicación médico paciente. Conclusiones: Esta forma de interacción educativa va más allá del conocimiento, generando elementos transformadores en la relación médico paciente; destacando la comunicación asertiva dentro este modelo.

Reyes y Rey (2009) realizaron un estudio sobre los conocimientos de las madres sobre la diarrea y su prevención; se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, para determinar el conocimiento que tienen las madres de niños menores de cinco años sobre las enfermedades diarreicas agudas y su prevención. Confeccionaron un cuestionario según los objetivos propuestos; donde se trabajó con 453 madres de un universo de 499, la cual se aplicó con previo consentimiento de las madres pertenecientes al área rural del municipio San Nicolás. Para caracterizar la población en estudio analizaron algunas variables de interés como edad y escolaridad, donde predominó el grupo de

madres entre 18 a 23 años 183 (40.04%), la escolaridad fue baja con 232 madres (51.21%) con nivel primario y 168 (37.08%) con nivel secundario. Los alimentos restringidos por las madres fueron: El huevo 429 (94.70%), el pescado 415 (91.61%) y la lactancia artificial 304 (67.10%). Donde se demostró que existía inadecuado conocimiento en las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas por lo que se recomienda futuras estrategias de intervención educativa.

González y Macas (2009) concluyen que la prevalencia de EDA en niños menores de cinco años y su causa de morbi-mortalidad siguen presentes, en países en vía de desarrollo como el nuestro, la falta de conocimiento en el tratamiento y el uso excesivo de los antibióticos y los diferentes grados de deshidratación son un peligro latente para nuestros niños. A través de este trabajo se proporcionará información epidemiológica de los agentes etiológicos prevalentes en la diarrea; lo cual ayudará a la Dirección Provincial de Salud para posteriores campañas y programas de prevención y control.

Brito (2008) realizó un estudio de intervención en un consultorio del médico de la familia en el Policlínico Docente “Tula Aguilera” del municipio Camagüey durante el año 2007; la muestra fue de 90 personas, una por cada núcleo familiar, los que a su vez fueron seleccionados por método aleatorio simple de un universo de 123 familias. Los datos fueron obtenidos de las encuestas y el modelo de actividad familiar, procesándose mediante sistemas automatizados, y determinando porcentajes y significación estadística. Los resultados, la mayoría de los participantes mejoró significativamente el nivel de información respecto a la vía de transmisión, conducta a seguir y las medidas de prevención de la enfermedad. La incidencia disminuyó de 7.5% en el primer cuatrimestre a 1.8% en el último. Se concluyó que la aplicación del programa educativo resultó de gran utilidad para la prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas.

1.2.ANTECEDENTES NACIONALES:

Mata y Ortega (2012) tuvieron como objetivo determinar el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas y prácticas de las madres de niños de un año, sobre la enfermedad diarreica aguda y su relación con características sociodemográficas, realizado en el Centro Materno Infantil Zapallal. Siendo el estudio de tipo descriptivo, correlacional con enfoque cuantitativo y la muestra estuvo conformada por 169 madres de niños de un año que cumplieron con los criterios de selección. La recolección de información se realizó mediante una encuesta. Obteniendo como resultados: Respecto al nivel de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda la mayor proporción de las madres tiene nivel de conocimiento medio (66,3%) y el 16% presentó un nivel de conocimiento bajo. Con respecto al nivel de conocimiento según las dimensiones: en la dimensión enfermedad diarreica aguda predominó el nivel de conocimiento alto con un 48,5%; en las dimensiones medidas preventivas y prácticas en el hogar, el nivel de conocimiento medio se presentó en el 65,1% y 63,3% respectivamente. Con respecto al nivel de conocimiento según grado de instrucción, edad y ocupación no se presentó asociación significativa.

Quispe (2012) concluye que el 67.67% de madres de familia de niños menores de 5 años con EDA tienen bajo nivel de conocimiento bajo y el 5.56% tiene alto nivel de conocimiento. El 83.3% tiene prácticas y actitudes deficientes 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.

Tarazona (2009) precisa sobre los conocimientos sobre higiene en la manipulación de alimentos que tienen las madres de los comedores populares del distrito de los Olivos, año 2007-2008. Tiene las siguientes conclusiones: El 50% de madres de los comedores populares responsables de la elaboración de comidas, conocen las medidas de higiene durante la manipulación de productos alimenticios, pero siendo el 50% de madres que

desconocen se debe hacer énfasis en la educación sanitaria, para una adecuada manipulación de los alimentos, para prevenir la contaminación de los mismos y por consiguiente disminuir el riesgo de enfermedades alimenticias en los comensales que acuden a estos servicios comunitarios. Existe un porcentaje significativo de las madres pertenecientes a los Comedores Populares que tienen conocimiento, pero aún insuficiente sobre las normas de higiene para la conservación y almacenamiento de los alimentos.

2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año se presentan más de 1.3 millones de ocurrencias de diarrea en niños menores de 5 años en países en desarrollo y 4 millones específicamente en zonas con condiciones de pobreza. Las enfermedades diarreicas se encuentran entre las cinco primeras causas de muerte en el mundo.

En la comunidad de Caururu durante las prácticas comunitarias observamos que las madres desconocen en las medidas de prevención y las practicas adecuadas contra las Enfermedades Diarreicas Agudas. Motivo por el cual decidimos investigar cual es el nivel de conocimiento actitudes y prácticas de las madres frente a las Enfermedades Diarreicas Agudas, esta comunidad es un anexo del centro poblado de Curhuaz, Lirio Ruri donde cuentan con 150 niños menores de 5 años y 50 niños menores de 5 años en la comunidad de Caururu. Según datos del puesto de salud, el cual nos indica que en el 2012 se presentó 40 casos de enfermedades diarreicas. A esto se suma el inadecuado saneamiento de agua, desagüe y eliminación de la basura.

Según el MINSA en el 2012, se ha registrado 105321 casos de enfermedades diarreica agudas. A nivel de departamentos, las cifras son alarmantes siendo los departamentos

con más casos, Moquegua, Pasco, Ancash y Amazonas donde se han notificado 33,452 casos de enfermedades diarreicas agudas.

Esta situación se está generando debido a la falta de conocimiento sobre las medidas de prevención contra las enfermedades diarreicas agudas en los niños menores de 5 años en que no se práctica la higiene personal adecuada, los factores de riesgo de las EDAs, algunas mamás desconocen los signos de alarma en la deshidratación. Estas situaciones observadas en la comunidad de Caururu durante las prácticas pre - profesionales, nos han incentivado a realizar el estudio de investigación.

Desde el punto de vista práctico, los hallazgos científicos constituirán un marco orientador para la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en otras áreas rurales y en la comunidad de Caururu, Mediante el uso de los resultados por las enfermeras del Puesto de Salud y otros estudios.

El estudio se justifica desde el punto de vista metodológico, porque se aplicará, los métodos, técnicas, procedimientos e instrumentos de acuerdo a la problemática de la realidad rural existente, para el logro de los objetivos.

Desde el punto de vista de la viabilidad, los resultados del proyecto serán objetivamente observables con base a la demostración de la hipótesis, el logro de los objetivos y la respuesta al problema de investigación, porque se cuenta con los recursos humanos, materiales y financieros necesarios y adecuados para el logro de los objetivos.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) continúan siendo uno de los principales problemas de Salud Pública en los países en desarrollo, constituyendo una de las causas principales de mortalidad y morbilidad en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año se presentan más de 1.3 millones de episodios de diarreas en niños menores de 5 años en países en desarrollo y 4 millones de defunciones por diarrea aguda relacionados entre un 50% y un 70% con deshidratación, 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. En la región de las Américas, las enfermedades diarreicas se encuentran entre las cinco primeras causas de muerte. La Asociación Española de Pediatría, recalca que uno de cada 4 niños que sufre diarrea aguda necesita asistencia médica y uno de cada 40 va a requerir ingreso hospitalario, siendo el rotavirus el principal agente etiológico identificado. La enfermedad diarreica es multi causal y en ella intervienen diversos factores biológicos, ambientales y sociales, entre los que cabe nombrar las infecciones y los factores del ambiente que facilitan la transmisión de los patógenos, tales como la calidad sanitaria del agua, los hábitos de higiene personal, la eliminación de excretas, el control de moscas y el hacinamiento.

En Ecuador la prevalencia de EDAs se observa en más del 50% que causa mortalidad en los niños menores de 5 años, debido a los siguientes factores como la disposición de basura y eliminación de excretas al aire libre, el consumo de agua no tratada, la falta de higiene personal, la falta de controles médicos, falta de capacitación en la lactancia materna, el bajo conocimiento y actitudes de las madres, serían las causas principales de la prevalencia epidemiológica de EDAs.

Esta situación se agrava más cuando el 30% de madres no poseen conocimiento satisfactorio con respecto a deshidratación como aspecto general de la diarrea y otro 30% desconoce como signo y síntoma; un 40% desconoce que la diarrea es causada por parásitos, un 60% desconoce que al niño con EDAs se debe proporcionar abundante alimento y específicamente líquido conjuntamente con la administración de suero oral.

Aunque en Camagüey – Cuba, mediante el modelo familiar y utilizando el sistema automatizado, la mayoría de los participantes mejoraron significativamente el nivel de conocimientos e información acerca de la transmisión de EDAs, la conducta a seguir y las medidas de prevención de la enfermedad, que mejoraron, disminuyendo la incidencia en 7.5% en el primer trimestre del año 2007 y en 1.8% en el último trimestre,

considerándose que el programa educativo fue de gran utilidad para la prevención de EDAs.

Un dato muy importante registrado en la investigación realizada en el Centro Materno Infantil de Zapallal – Lima acerca de conocimientos sobre medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDA, presenta un resultado negativo con respecto al nivel de conocimiento, que de nivel medio en un 65.1% y bajo en un 63.3% respectivamente. Este mismo hecho se repite en el Cuzco en el Centro de Salud Wanchaq, cuando el 67.6% tiene bajo nivel de conocimiento sobre EDA y el 83.3% tiene prácticas y actitudes deficientes, por el bajo nivel de instrucción: analfabetismo y primaria incompleta.

En el Perú, se ha registrado 105,321 casos de enfermedades diarreicas agudas. Las Redes Asistenciales en la que se presentaron las mayores incidencias de episodios de enfermedades diarreicas agudas fueron: La Libertad, Pasco, Loreto, Moquegua y Lambayeque. Las enfermedades diarreicas agudas, según un estudio, se registran con mayor incidencia en zonas, rurales y urbano marginales, donde los microbios y bacterias abundan por la escasa cultura de higiene.

A nivel local en el departamento de Ancash existe un sistema de salud que se preocupa poco por llevar campañas de promoción y prevención de enfermedades diarreicas agudas, siendo la segunda causa de morbilidad en niños menores de 5 años todo esto, relacionado con la deficiente manipulación de alimentos y cuyo objetivo del Sector Salud es brindar seguridad alimentaria a los grupos más vulnerables del sector rural.

Durante las prácticas comunitarias realizadas en la comunidad de Caururu, se observó que no todos cuentan con saneamiento básico y evidenciándose que no existe hábitos de higiene adecuado, además de vivir en un hacinamiento muchas de las familias, además se incrementa el riesgo con la poca práctica del lavado de manos, en consecuencia, la mala manipulación de alimentos, los utensilios utilizados presentan

rastros de óxido, y restos de alimentos. Los utensilios son lavados con agua no clorada, la vivienda cuenta con una precaria construcción, careciendo de piso de cemento viven con sus animales en su cocina, lo cual atraen a las moscas, hormigas y otros insectos; así como la aparición de roedores constituyendo esto un vehículo para los microorganismos patógenos.

Al observar esta realidad surgió la necesidad de realizar un estudio sobre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas de las madres con niños menores de 5 años en la prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs) en la Comunidad de Caururu. Por las razones expuestas el grupo de estudio decidió responder a la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres con niños menores de 5 años en la prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs) en la Comunidad de Caururu, Centro Poblado de Curhuaz, ¿período Abril – agosto 2013?

4. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

4.1. Bases Teóricas

4.1.1. Conocimientos, Actitudes y prácticas de las madres con niños menores de 5 años sobre las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs).

Conocimiento: Es un acto natural y espontaneo que en diversos grados realizan todas las personas, conocemos parte de nuestro mundo interior en forma directa, nos damos cuenta de los diversos fenómenos que experimentamos y podemos observarlos. Esta actitud y capacidad para conocernos así mismo varía según las personas, por otra parte, el conocimiento de nuestro autentico yo de nuestra verdadera manera de ser no es una tarea fácil, pues casi siempre tendemos a vernos mejores o peores.

- Es el resultado de la investigación acerca de la realidad que existe entre el sujeto que conoce y el objeto conocido. Es el desarrollo histórico del pensamiento.
- (Organización Panamericana de la Salud, 2008)
- La Organización Panamericana de la Salud (2008) indica que el conocimiento es la capacidad de resolver un determinado conjunto de problemas con una efectividad determinada. El Conocimiento es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. Conocimiento científico es aquel que se adquiere sobre la realidad y se fundamenta en la investigación mediante un proceso.
- El conocimiento es un método basado en el conocimiento empírico ya que el conocimiento empírico se adquiere de la experiencia, en aquella curiosidad que nos lleva a razonar del porqué de las cosas.

Actitudes: Es la disposición voluntaria de una persona frente a la existencia en general o a un aspecto particular de este. Los seres humanos experimentan en su vida diversas emociones que distan de ser motivadas por su libre elección; en cambio, la actitud engloba aquellos fenómenos psíquicos sobre los que el hombre tiene uso de libertad y que le sirven para afrontar los diversos desafíos que se le presentan de un modo o de otro.

- Son aquellas disposiciones que ayudan a la madre con niño menor de 5 años a desenvolverse frente a las exigencias del ambiente y pueden englobarse en lo que se denomina actitud positiva. La actitud positiva de una madre, se origina en hacer uso de aquellos recursos que posee para solucionar sus problemas y dificultades. En efecto, el énfasis de una persona con actitud positiva se centra en aquello que posee en lugar de ocuparse de lo que carece.
- Por el contrario, la actitud negativa es fuente inagotable de sinsabores y sentimientos derrotistas. En general, las personas cuando sufren depresión adoptan este tipo de postura frente a la vida. Básicamente, una persona con

actitud negativa enfoca su atención en aquello que carece y que necesita: salud, dinero, amor, etc.

Prácticas: Es utilizado con varias acepciones distintas. Incluso puede, dependiendo del contexto, actuar como un sustantivo (por ejemplo, cuando se dice “Con la práctica se mejora”) pero también como un adjetivo (Si se dice por ejemplo “Realizar ejercicios es práctico para la salud”).

- Cuando el término es utilizado como sustantivo, estamos hablando de cualquier oficio actividad, o acción que la madre con niño menor de 5 años realiza de manera constante y con compromiso como para que no sea un evento particular de una vez o de una circunstancia. La práctica se convierte en una acción regular que se lleva a cabo por diferentes objetivos. Uno puede ser mejorar y obtener un rendimiento cada vez superior, por ejemplo, cuando se habla de la práctica del ajedrez, de algún deporte, del estudio, del apoyo que se puede dar a un niño, de las actividades de la cocina, etc. En este sentido, la práctica es entendida como el acto de realizar algo de manera regular que supone la posible obtención de buenos resultados en el desempeño.

Diarrea: Es una enfermedad que se manifiesta cuando un niño o niña hace pupú líquido más de 3 veces o con más frecuencia de lo normal, a veces con mal olor, con moco o sangre.

Puede ser causada por virus, bacterias o parásitos, siendo la causa más frecuente por adenovirus. La diarrea viral es la que presenta mayor pérdida de líquidos corporales, ocasionando rápidamente deshidratación, principal causa de muerte en niños y niñas menores de 5 años.

Higiene: La higiene se refiere al conjunto de prácticas y comportamientos orientados a mantener unas condiciones de limpieza y aseo que favorezcan la salud de las personas. Esta se divide en: Higiene corporal e higiene mental; las dos son importantes para garantizar salud y bienestar para las personas.

La higiene es la disciplina que tiene como objeto todas aquellas actividades que favorecen la protección de la salud, y evitan la aparición de enfermedades. La higiene va íntimamente ligada a la “salud y limpieza, tanto personal, como de la ropa, utensilios y vivienda, que debe permanecer no solo limpia y desinfectada, sino también aireada, ya que la suciedad y la falta de sol, son fuente de enfermedades y se considera fundamental la calidad de vida de las personas y la prevención de enfermedades.

4.1.2. Factores importantes que pueden generar EDAs

Manipulación inadecuada: desde que se produce hasta que se consume, incide directamente en la salud de la población.

La manipulación inadecuada de un alimento puede ocasionar serias repercusiones sobre el consumidor, por ello se debe extremar las medidas preventivas encaminadas a evitar la contaminación de los alimentos y la multiplicación de gérmenes. Las medidas más eficaces en la prevención de las enfermedades alimentarias (ETA) son las higiénicas, ya que en la mayoría de los casos es el manipulador el que interviene como vehículo de la transmisión, por actuaciones incorrectas, en la contaminación de los alimentos.

Los manipuladores: personas que, por su actividad personal, tiene contacto directo con los alimentos, durante su preparación, fabricación, transformación, envasado, almacenamiento, transporte, distribución, venta, suministro y servicio.

En la preparación de alimentos es muy importante aplicar buenas prácticas de higiene y sanidad, la cual es necesario llevar a cabo todas las actividades necesarias para garantizar que los alimentos se deterioren o contaminen y provoquen enfermedades a los consumidores.

Las personas que manipulan alimentos, en cualquiera de sus modalidades tienen la responsabilidad de respetar y proteger la salud de los consumidores por medio de

una manipulación cuidadosa y para conseguir este objetivo el manipulador debe conseguir una forma sanitaria adecuada y adoptar practicas correctas de higiene.

Falta de higiene personal: y los hábitos higiénicos son las mejores armas para combatir las infecciones y las toxiinfecciones alimentarias. Las personas que no mantienen un apropiado aseo personal, con los que padecen enfermedades lesiones o los que comportan inapropiadamente pueden contaminar los alimentos.

Las medias que se han adoptado para conseguir una buena higiene son:

- de ropa (vestido calzado) exclusiva del trabajo y perfectamente limpia.
- Pelo recogido y protegido por un gorro.
- Uñas limpias cortas.

Manos perfectamente limpias. Como norma general se debe lavar las manos siempre que se retorne al trabajo, después de ir al baño, después sonarse la nariz, toser, estornudar, manejar dinero, manejar basura, etc.

4.1.3. Enfermedades Diarreicas Agudas.

- **La Organización Mundial de la Salud define a la diarrea** como: La disminución de la consistencia usual de las heces, líquidas o acuosas, casi siempre con aumento de su frecuencia habitual, más de tres en 24 horas.
- **Según OMS-OPS** define a la diarrea, como la presencia de tres o más deposiciones anormalmente líquidas en 24 horas, con o sin sangre. Es decir, es un síndrome clínico que se caracteriza por la disminución de la consistencia, aumento en el volumen o aumento de deposiciones (más de tres en 24 horas) que puede o no tener algún grado de deshidratación y que de acuerdo con el agente causal puede estar acompañado de moco y sangre. (Chelala, 2009)

- Las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) son molestias digestivas, peligrosas porque causa deshidratación y desnutrición, cuando no se brinda a la niña o al niño los cuidados adecuados.
- Se denomina diarrea a un aumento en la frecuencia de las deposiciones (más de tres al día) acompañada de una disminución de la consistencia de estas (deposiciones acuosas). Es una manifestación de otro trastorno, es decir, es la consecuencia de la ruptura del equilibrio entre la absorción y la secreción intestinal.
- La diarrea, es el incremento en el número de deposiciones por día o la disminución de su consistencia, es un problema común que generalmente dura sólo unos pocos días. La diarrea que dura menos de una semana se denomina “aguda”.

4.1.4. Factores de riesgo:

- **Recién nacido con bajo peso:** Edad gestacional < 37 semanas, peso al nacer < 2500 grs., no alimentación al seno materno, alimentación con fórmula y una estancia hospitalaria mayor de 10 días.
- **En niños de dos meses y mayores:** Bajo peso al nacer, falta de alimentación al seno materno, eventos agudos de diarrea de inicio temprano y malos hábitos higiénicos.
- **En lo que respecta al sexo,** no existe ninguna diferencia. Aunque el hombre es el principal huésped y reservorio de los agentes mencionados previamente, una gran cantidad de vectores o transmisores de éstos funcionan como reservorios y su presencia permite la diseminación de la enfermedad.
- **Medio Ambiente:** Se presenta con mayor frecuencia en los países en subdesarrollo. La explicación se encuentra en las bajas condiciones socioeconómicas, en las deficiencias higiénicas, como el pobre control en la potabilización del agua, la ingestión de alimentos contaminados y la inadecuada conservación de alimentos preparados

4.1.5. Agentes etiológicos más frecuentemente aislados son: rotavirus representando más del 80 % de todas las infecciones entéricas. Escherichiacolienterotoxigénica y enteropatógena, Campylobacterjejuni, Salmonella sp y Shigella sp, Entre el 70% y 80% de los causantes de diarrea son los virus, aproximadamente 15% las bacterias y un 5 % los parásitos. (Guiraldes y Larrain, 2008).

4.1.6. Clasificación:

- ❖ **Virus.** Tres categorías virales han sido reconocidas como causas importantes de gastroenteritis en humanos: rotavirus, adenovirus entéricos y virus de 20 a 30 nm de diámetro, los cuales incluyen al agente Norwalk, Calicivirus y Astrovirus principalmente.
- ❖ **Bacterias.** Escherichiacoli, Salmonella, Shigella, Campylobacterjejuni, Clostridium difficile, Vibrio cholerae y Yersinia enterocolitica, entre otros. (Consultar cuadro 1 “Características principales de los microorganismos bacterianos).
- ❖ **Parásitos.** Aunque con menor frecuencia producen diarrea, su importancia radica en la elevada frecuencia del estado del portador asintomático y el desarrollo del síndrome de mala absorción y diarrea persistente. Entre los principales se incluyen: Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, Cryptosporidium sp, Isospora belli y Balantidium coli.
- ❖ **Hongos.** La frecuencia es muy baja y se observan principalmente en personas inmune deprimidas o tratados con múltiples antibióticos. Candida albicans es la más comúnmente reportada.

- ❖ **Huésped:** Cuenta con diversos mecanismos de resistencia o defensa contra los patógenos entéricos:

4.1.7. Epidemiología:

Las enfermedades diarreicas agudas continúan siendo uno de los principales problemas de salud en los países de 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. 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. En el Perú, se ha registrado hasta la semana epistemológica 5 (del 29 de enero al 14 de febrero) del año 2012, 105,321 episodios de enfermedades diarreicas agudas (95% como EDA acuosa), y cuya tasa de incidencia durante ese período fue de 34 episodios por cada 10 mil habitantes, valor menor registrado en los últimos 3 años, lo cual evidencia una tendencia decreciente de las EDAS. Moquegua, Pasco y Amazonas son los departamentos que reportaron las tasas más altas.

4.1.7. Mortalidad de las EDAs (niños menores de 5 años.)

Las EDAs principalmente afectan a la población infantil de nuestro país. Su presencia es aun notoria entre las principales causas de morbilidad, especialmente en los ámbitos geográficos de la población en situación de pobreza en donde se estima que los niños tienen entre 10 a 12 episodios de diarrea por un año, durante el último quinquenio se registraron entre 2000 a 2500 casos por 100,000 habitantes, como consecuencia de lo anterior es de suponer que las EDAs producen un alto porcentaje.

- Los niños menores de cinco años de edad, presentan 2.2 episodios de diarrea, por año, en promedio.

- En 1993 fallecieron en México 6,748 niños menores de cinco años de edad a consecuencia de la diarrea. Su ocurrencia es preponderante en el área rural (69.4%). El 64.5% se registra en población no derechohabiente, 71.3% con atención médica previa y 62.5% en el hogar.

4.1.8. Otra Clasificación:

1. Por su estado de hidratación:

- Deshidratación con shock.

La deshidratación: Es una alteración metabólica debida a la pérdida de electrolitos y agua, que compromete las funciones orgánicas.

Shock, es consecuencia de una disminución del volumen de sangre circulante en relación a la capacidad funcional activa del sistema vascular. Una reducción brusca del retorno de sangre venosa al corazón: por descenso de la masa sanguínea como consecuencia de pérdidas de sangre o plasma (shock hemorrágico, shock de los quemados, shock traumático, shock postoperatorio); por deshidratación o pérdida de sodio en casos de diarrea o vómitos abundantes.

2. Con deshidratación. Signos: Intranquilo, Irritable, Mucosas semisecas, bebe ávidamente.

3. Por el tiempo de duración:

- **Diarrea aguda o persistente:** Duración de menos de 14 días. Se clasifica así, cuando el niño ha tenido diarrea por 14 días o más y no presenta signos de deshidratación.
- **Diarrea Persistente grave** cuando dura más de 14 días. Se clasifica así cuando un niño ha tenido diarrea por 14 días o más y también tiene deshidratación, deshidratación grave o shock.

4. Por las características externas:

- **Diarrea Acuosa.** Contiene heces líquidas, sin sangre, generalmente se acompaña de vómitos, fiebre y pérdida de apetito. Es el tipo de diarrea más frecuente, y generalmente cede espontáneamente en una semana.
- **Diarrea Disentérica:** Contiene heces con sangre, generalmente se acompaña de fiebre elevada, mal estado general, cólico, pujo (dolor al defecar), tenesmo (sensación de querer seguir haciendo deposiciones después de haber terminado), y en algunos casos convulsiones.

4.1.9. Evaluación del estado de hidratación: En la evaluación se consideran sólo tres posibilidades:

- ✓ Paciente bien hidratado;
- ✓ Paciente deshidratado, y
- ✓ Paciente con choque hipovolémico por deshidratación, con la presencia de dos o más signos característicos.

Los signos característicos que puede presentar el usuario:

- Niño letárgico o comatoso, no bebe nada.
- Ojos hundidos, boca, lengua y mucosas secas.
- Vomita todo.
- Signo de pliegue cutáneo.
- El resultado, decidirá el plan de tratamiento a seguir.

Signos de deshidratación: Cuando se pellizca con suavidad la piel, se forma un pliegue cutáneo que se deshace con lentitud (más de dos segundos) en pacientes deshidratados. Este signo debe buscarse en la piel del abdomen, en la del dorso de la mano o en la región deltoides:

- El signo del llenado capilar se explora presionando con un dedo la palma de la mano o la planta del pie, durante 2 -3 segundos. Si la piel recupera su rubor normal, en más de cinco segundos, es señal de hipoperfusión capilar e indica la presencia de choque hipovolémico.
- El pulso radial débil o ausente y la presión arterial baja, indican estado de choque; se exploran mejor en adultos y en niños mayores de cinco años.

4.1.10 Tratamiento:

PLAN A: Este tratamiento se utiliza para prevenir la deshidratación, el ABC del tratamiento de la diarrea aguda es:

a) Alimentación: Alimentación continúa, consiste en no interrumpir la alimentación habitual. Los conocimientos actuales indican que no se debe suspender la alimentación a los niños durante los episodios de diarrea.

- Estimular al paciente a que coma todo lo que quiera, con mayor frecuencia que la acostumbrada (seis a ocho veces al día), para compensar la pérdida de apetito y porque los alimentos se digieren con más facilidad.
- Evitar los alimentos hiperosmolares (muy azucarados) o los muy condimentados y el uso de fórmulas a base de polímeros de glucosa que suelen emplearse en niños desnutridos con enfermedades crónicas.
- Continuar la lactancia materna, con más frecuencia que lo habitual; si no es alimentado al pecho, continuar la leche usual; si el paciente vomita, se le dará más lentamente (a cucharaditas si no toma pecho) hasta que deje de vomitar.

b) Bebidas: Bebidas abundantes, significa dar más líquidos que lo usual para evitar la deshidratación. El peligro inmediato de la diarrea está dado por la pérdida exagerada de agua y electrolitos, por lo que el paciente debe tomar líquidos con más frecuencia y en mayor cantidad que lo habitual.

Para evitar la deshidratación son efectivos los líquidos basados en alimentos, como el atole de arroz o de maíz, el agua de coco, la sopa de zanahoria, de lenteja o de papa, el caldo de pollo desgrasado, las infusiones suaves (tés) de manzanilla, guayaba, limón o hierbabuena y las aguas de frutas frescas, con poca azúcar.

c) Consulta: Es la que capacita al familiar responsable del cuidado del paciente, utilizando técnicas modernas de comunicación educativa para continuar su

tratamiento en el hogar e iniciarlo en forma temprana en futuros episodios de diarrea.

- La capacitación incluye el reconocimiento de signos tempranos de deshidratación y otros datos de alarma para consultar en forma oportuna.
- Deben explicarse las medidas apropiadas de higiene de los alimentos, a fin de prevenir la diarrea, haciendo énfasis en el lavado de manos, cada vez que se vaya a preparar, servir o administrar un alimento y siempre después de defecar.

PLAN B: Tratamiento de la deshidratación.

- Se recomienda hidratar al paciente en un servicio de salud (clínica, hospital o consultorio), bajo la supervisión del médico y con la ayuda de la madre o responsable del cuidado del paciente.
- Hay que distinguir correctamente entre prevenir y tratar la deshidratación. Los líquidos caseros son útiles únicamente para prevenirla. Para tratar la deshidratación debe usarse el medicamento "Vida Suero Oral", porque contiene todos los ingredientes necesarios.
- La dosis inicial de suero oral, para tratar la deshidratación, es de 100mL/kg de peso en cuatro horas.
- La dosis total calculada, se fracciona en tomas cada 30 minutos y se ofrece lentamente, con taza y cucharita, para no sobrepasar la capacidad gástrica y así disminuir la posibilidad de vómito.
- Si no se conoce el peso del paciente, se puede administrar el suero oral lentamente, ad libitum hasta que no desee más. El suero oral se da a la temperatura ambiente, ya que frío retrasa el vaciamiento gástrico y caliente puede provocar vómitos.
- Problemas durante la hidratación Si empeora la deshidratación o no se corrige en ocho horas, deberá valorarse el uso de hidratación intravenosa. La frecuencia de fracasos es casi siempre menor a 5%, ya sea por vómitos persistentes, tasa alta de diarrea (10g/Kg/hr) o íleo.

Plan C

Para tratamiento rápido de choque hipovolémico:

Este tratamiento se realizará en un establecimiento de salud con evaluación de varios profesionales de salud médico.

- Este es el plan de tratamiento que menos se usa, pues los casos de choque hipovolémico representan menos de 5% de los casos de deshidratación que consultan en hospitales o centros de salud.
- Sin embargo, durante los brotes de cólera, entre 20 y 25% de los pacientes pueden necesitar terapia de hidratación intravenosa inicial.
- Mientras más y mejor se usen los Planes **A** y **B**, menos se usará el Plan **C**.
- La solución de lactato de Ringer o solución de Hartmann es la más recomendada, a dosis de 100mL En tres horas, la mitad en la primera hora y el resto las dos horas siguientes.

Hidratación por Vía Oral: Se basa en la restitución de la cantidad de agua, glucosa y electrolitos que se pierden a causa de la diarrea y es la primera medida a poner en marcha una vez diagnosticada.

Recomiendan la siguiente formula de rehidratación por vía oral

- Agua, 1 litro
- Glucosa 20 gramos
- Cloruro sódico, 3.5 gramos
- Cloruro potásico, 1.5. gramos
- Bicarbonato sódico, 2.5 gramos

Esta fórmula esta comercializada en todos los países del mundo de forma estándar; en sobrecitos que hay que verter en una jarra con un litro de agua, agitar hasta su disolución y comenzar a beber inmediatamente, en pequeñas cantidades cada 1-2 horas. Pero a falta de esta posibilidad, existe el recurso de preparar una formula muy similar en casa, con lo siguiente:

- Agua 1 litro
- Azúcar (para la glucosa), dos cucharadas soperas
- Sal (para el cloruro sódico), media cucharada de café

- Bicarbonato, media cucharada de café
- Bicarbonato, media cucharada de café
- El insumo de un limón mediano (para el potasio)

La dieta anti Diarreica:

La alimentación en la diarrea ha de seguir unas normas dietéticas bastante precisas, con el objeto de reducir la duración y las molestias de la misma y requiere la prohibición de determinados alimentos y la reintroducción progresiva de otros: se pueden establecer las siguientes fases en la dieta anti diarreica:

- Periodo de ayuno absoluto entre 6 y 24 horas, utilizando solamente la fórmula de rehidratación por vía oral.
- Iniciar la ingesta con agua de arroz, o agua de arroz con zanahoria, sémola o sopas finas de cereales refinados. Se recomienda, para evitar el reflejo gastrocólico que estimularía la defecación, comer poca cantidad y frecuentemente.
- Luego se ira añadiendo, con mucha prudencia, arroz hervido, pollo o pescado hervidos, pan blando tostado y jamón york. Antes de pasar a la alimentación normal se deben introducir el yogur, la carne o el pescado a la plancha, pequeñas cantidades de zanahoria o verduras hervidas y galletas tipo “María”.

Evitar la automedicación

- Si un niño o niña tiene diarrea no se le debe administrar antibióticos sin indicación médica.
- Los antibióticos solo son necesarios cuando la causa de la diarrea es de tipo bacteriana, la cual debe ser diagnosticada y tratada por personal calificado.
- Los antiparasitarios deben ser administrados de forma preventiva y no únicamente cuando se presentan cuadros diarreicos. El mayor porcentaje de las diarreas son por virus y únicamente el 0.1% de los casos son por parásitos.
- A veces las familias creen que los purgantes y aceites ayudan a limpiar “la infección o el empacho del niño” con diarrea, pero en realidad favorece la deshidratación y el riesgo de muerte.

4.1.12 Actitudes de prevención de las madres con niños menores de 5 años

Introducción:

Las enfermedades diarreicas agudas (EDAs) son causantes de un gran porcentaje de muertes en niños y niñas menores de cinco años, en países con altos niveles de pobreza. Uno de los factores que inciden en la mortalidad infantil por diarreas, es la falta de reconocimiento de signos de peligro y la búsqueda tardía de atención médica.

La aparición de la diarrea se debe, en gran parte, a las condiciones socioeconómicas de la población, específicamente en el acceso a los servicios básicos de infraestructura higiénico-sanitaria, como alcantarillados, servicios públicos de agua potable, recolección y tratamiento de la basura y prácticas higiénico-sanitarias inadecuadas.

En el comportamiento epidemiológico de Nicaragua, los meses que registran mayor incidencia de las EDAs son julio, en primer lugar, y marzo en segundo lugar. Con relación al comportamiento de la diarrea por área geográfica, las regiones o departamentos de mayor incidencia en orden jerárquico son: la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN), la Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS), Matagalpa, Nueva Segovia, Río San Juan, Estelí, Madriz y Jinotega.

Los gérmenes ingeridos por la boca, especialmente los que se crían en las heces fecales, son los causantes principales de la diarrea. Esto ocurre con mayor frecuencia cuando no se amamanta a los lactantes, cuando la eliminación de material fecal es inadecuada, no existen prácticas adecuadas de higiene o no hay disponibilidad de agua segura. En este sentido, las conductas preventivas de la diarrea, tienen una relación directa con las conductas a promover en el reto de salud de agua y saneamiento.

Considerando el origen de la causa de la diarrea, las estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC) se deben enfocar prioritariamente en las conductas preventivas que garanticen la seguridad higiénico-sanitaria de los alimentos que ingieren los niños y niñas.

Otros enfoques de prioridad de los procesos de IEC, son la educación en las medidas de saneamiento ambiental, en la preparación de alimentos y el lavado de manos en los momentos críticos. Así mismo en la identificación de los signos y síntomas de peligro de la diarrea y la promoción de la búsqueda de atención oportuna en una unidad de salud ante un evento de diarrea.

Los mensajes para el manejo del niño o niña con diarrea están enfocados básicamente a la promoción del suero oral, la alimentación adecuada del niño enfermo y a evitar la automedicación.

4.1.13 Prevención de las enfermedades diarreicas agudas (EDAs) en los niños menores de 5 años:

Las familias preparan y almacenan adecuadamente los alimentos que consumen.

La diarrea se puede evitar preparando y almacenando adecuadamente los alimentos, hirviéndolos, tapándolos.

Las frutas y verduras deben lavarse antes de consumirlas.

Los alimentos deben estar bien tapados para mantenerse fuera del alcance de los insectos, roedores y otros animales.

Los alimentos cocinados deben comerse inmediatamente, o calentarlos bien antes de servirlos.

- ❖ Lavarse las manos con agua limpia y jabón antes de cocinar y antes de preparar y comer los alimentos, después de ir al inodoro o letrina y de cambiar el pañal, puede evitar la diarrea.
- ❖ Después de lavarse las manos, se deben secar con una toalla o un trapo limpio y seco.
- ❖ Todas las familias deben lavar diariamente el lavadero con cloro, cepillo y jabón.
- ❖ Ante cualquiera de los siguientes signos de peligro del niño o niña con diarrea, llévelo inmediatamente a la unidad de salud más cercana:

- Defeca con sangre,
- Tiene los ojos y la mollera hundidos,
- Tiene mucha sed, Se niega a comer y/o beber.

a) consideraciones importantes:

- ❖ La familia consume agua segura a través de cloración, el hervido o la filtración de agua.

Una medida clave para evitar la diarrea, es tomar agua segura. Esto se puede lograr clorándola, hirviéndola o filtrándola.

Al momento de tomar agua se debe sacar con un cucharón limpio, no meter la mano al agua limpia. El agua de tomar se debe mantener bien tapada.

- ❖ Madres, padres y cuidadores de niños y niñas menores de 5 años dan suero oral al niño con diarrea y aumentan la ingesta de líquidos.

El suero oral debe administrársele al niño o niña con diarrea inmediatamente que ésta aparezca.

Si el niño o niña con diarrea no es atendido rápidamente, puede deshidratarse y morir. Para evitarlo, al niño o niña con diarrea, se le debe dar suero oral, jugos de frutas naturales, cebadas y agua de arroz.

Por la diarrea, el niño o niña pierde muchos nutrientes en cada obrada, provocando su desnutrición, por ello se hace necesario incrementar la frecuencia de las comidas, preparando en forma espesa los alimentos disponibles en el hogar.

- ❖ La lactancia materna puede reducir la gravedad y frecuencia con que se presenta la diarrea. Al niño o niña que presenta diarrea se le debe amamantar más seguida, especialmente después de cada obrada.

Un niño o niña con diarrea no debe ser alimentado con jugos enlatados, de sobres o embotellados como gaseosas, ni sopas de las que vienen en sobres.

- ❖ Individuos y familias disponen adecuadamente de la basura (ubicándola en recipientes con tapa, enterrándola o quemándola).
La eliminación segura de la basura ayuda a evitar la diarrea, por eso debe mantenerse fuera de las viviendas, en recipientes adecuados y tapados, quemarla y/o enterrarla.
- ❖ Las familias usan y dan mantenimiento adecuado a las letrinas
La medida más eficaz para evitar la propagación de los gérmenes que causan la diarrea, es depositar en la letrina las heces fecales de humanos y animales.
- ❖ Madres, padres y cuidadores de niños menores de 5 años acompañan a sus hijos e hijas al momento de usar el baño.
Madres, padres y cuidadores de niños menores de 5 años acompañan a sus hijos e hijas al momento de usar el baño.
- ❖ Las familias evitan la automedicación a los niños y niñas con diarreas y dan medicamentos sólo con prescripción del personal de salud.
Nunca se debe auto medicar a un niño enfermo de diarrea. Si su niño o niña tiene diarrea usted no debe nunca: darle antibiótico, medicamento para los parásitos, purgante o aceites. Los antibióticos en niños y niñas con diarrea, sólo deben ser administrados por personal de salud.

b) Formas de transmisión de la diarrea

- La vía más común de transmisión de la diarrea se da a través del contacto ano – mano
- boca. Las personas tenemos contactos con diferentes objetos de nuestro entorno a través de las manos (pañales sucios, lampazos, etc.) los que generalmente están contaminados por microorganismos o gérmenes que se alojan en las mismas y fácilmente son trasladadas hacia la boca, donde ingresan y proliferan provocando un cuadro diarreico.
- La ingesta de alimentos contaminados por microorganismos y gérmenes o alimentos mal cocinados, también son vías de transmisión muy frecuentes.

- Otra vía de transmisión, es a través del contacto de los pies descalzos con el suelo, permitiendo el espacio para una fácil penetración de parásitos que se encuentran dispersos en el mismo.

c) Alimentación del niño con diarrea:

Cuando un niño o niña tiene diarrea pierde una gran cantidad de nutrientes y de líquidos corporales, esto puede desnutrirlo, por lo cual es importante alimentarlo con:

Frutas, cereales, o con los alimentos disponibles en el hogar, pero en forma de puré para que el enfermo pueda digerirlos mejor.

Lactancia materna más seguida, especialmente después de cada obrada, porque el amamantamiento exclusivo puede reducir la gravedad y frecuencia con que se presenta la diarrea. Jugos de frutas naturales, cebadas y agua de arroz para evitar que se deshidrate.

d) Higiene en la manipulación de alimentos:

La higiene de los alimentos abarca un amplio campo que incluye la manipulación de los alimentos de origen vegetal, la cría, alimentación comercialización y sacrificio de los animales, así como todos los procesos sanitarios encaminados a prevenir que las bacterias de origen humano lleguen a los alimentos. La contaminación de alimentos se produce desde diferentes fuentes así: el aire, el agua, el suelo, los seres humanos, los animales y demás seres vivos. No todos los microorganismos que contaminan los alimentos crudos tienen la misma importancia sanitaria, unos se denominan microorganismos alterantes y los demás se denominan microorganismos patógenos.

La última normativa sobre los manipuladores recoge a modo de resumen las normas de higiene en cuanto a actitudes, hábitos y comportamiento que deberán desarrollar los trabajadores para garantizar la seguridad y salubridad de los alimentos. En la preparación de alimentos es muy importante aplicar buenas

prácticas de higiene y sanidad, la cual es necesario llevar a cabo todas las actividades necesarias para garantizar que los alimentos se deterioren o contaminen y provoquen enfermedades a los consumidores.

El alimento: Producto que por sus características, aplicaciones, componentes, preparación y estado de conservación es susceptible a ser utilizado habitual e idóneamente en la nutrición y consumo humano. Existen tres fuentes de contaminación que puedan provocar que un alimento no reúna los requisitos mínimos para ser consumidos por las personas.

Alimento Alterado:

Un alimento alterado es aquel que ha sufrido cambios en su composición o en sus características organolépticas, por causas físicas, químicas, biológicas o ambientales, las que no siempre son peligrosas para la salud. No obstante, en la mayoría de los casos, si estamos frente a un alimento que ha sufrido alguna modificación en su aspecto, color, olor, sabor o textura, debe hacernos sospechar que puede ser nocivo, ya que no sabemos cuál es la causa de la alteración.

Es todo alimento que por causa natural o física ha sufrido cambio de sabor, olor, color, textura y que lo hace peligroso para el consumo humano.

e) Temperaturas de conservación de los alimentos:

Los alimentos pueden deteriorarse y no ser seguros para el consumo si no se almacenan adecuadamente o no se consumen dentro del tiempo establecido. Procedimientos incorrectos de almacenamiento puede hacer que los alimentos se contaminen. Cuando la temperatura de almacenamiento no es correcta, se hace posible el crecimiento de las bacterias que están naturalmente en los alimentos potencialmente peligrosos. Para mantener los alimentos seguros, incluye en su plan de inocuidad de los alimentos los procedimientos de almacenamiento adecuado.

f) La conservación en refrigeradora es limitada, según los productos:

- Pescado fresco 1 día
- Pescado cocido, carne cocida y estos varios de 1 a 2 días
- Leche pasteurizada o esterilizada, previamente abierta
- Verdura cocida y postres caseros de 2 a 3 días
- Carne cruda 1 semana
- Huevos 3 semanas
- Nata fresca, yogur, queso fresco, margarina, mantequilla, llevan generalmente fecha de caducidad (día y mes)
- **Alimentos y sus temperaturas de conservación**
- Carnes y productos cárnicos: 0 – 7° C.
- Pescados: 0 – 3° C
- Productos lácteos: 0 – 8° C
- Comidas refrigeradas: 0 – 5° C
- Congelados: 18° C

La temperatura de almacenamiento, conservación, transporte y venta, en su caso, servicio de las comidas preparadas conservadas a temperatura regulada, serán las siguientes:

- Comida congelada: < - 18° C
- Comidas refrigeradas con un período de duración inferior a 24 horas: < 8° C.
- Comidas refrigeradas con un período de duración superior a 24 horas: < 4° C.
- Comidas calientes > 65° C.

g) Cocción y recalentamiento inadecuado:

La temperatura de cocción de los alimentos es importante para asegurar la destrucción de los microorganismos: el calor por encima de los 65° C destruye los gérmenes y por debajo del 60° C, los organismos se multiplican generándose así una serie de problemas de salud.

El buen estado de los equipos o utensilios y equipos de trabajo, es una garantía higiénica en el proceso de manipulación de alimentos.

Para mantener estos equipos en perfectas condiciones de uso y limpieza se ha de tener en cuenta las siguientes medidas:

- Los utensilios de corta carne se tienen que lavar y desinfectar por lo menos una o dos veces al mes, para asegurar su adecuada limpieza y recomendar que no sean de madera porque se pueden acumular restos y malos olores.
- Limpiar las freidoras y renovar el aceite constantemente.
- Utilizar pinzas para coger alimentos para evitar el contacto directo con las manos.
- Recomendar utilizar paños de papel para desecharlo o en caso de contar con los de tela, hervir los paños a altas temperaturas para evitar la acumulación de gérmenes.

h) Cinco claves de la O.M.S. Para la inocuidad de los alimentos:

- **Lavarse las manos:** Antes de comer, tocar alimentos o cocinar. Después de ir al baño, de manipular alimentos crudos, tocar objetos contaminados o animales, sonarse la nariz, estornudar o toser.
- **Separar alimentos crudos de los cocidos:** Evitar la contaminación cruzada, ya que los alimentos crudos pueden estar contaminados con microbios, que se trasladen a los alimentos cocidos o listos para comer, por contacto directo o por el uso de los mismos utensilios, recipientes y superficies de cocina.
- **Cocinar los alimentos completamente:** Cocinar completamente los alimentos, en especial carnes, pollos, huevos y pescados.
- **Mantener los alimentos a temperaturas adecuadas:** Refrigerados por debajo de los 5¼C o calientes por sobre los 60¼C. La cocción adecuada garantiza un alimento sano e inocuo. La refrigeración adecuada retrasa el crecimiento y la multiplicación de bacterias infectantes.

- **Utilizar agua y materias primas seguras:** Se debe usar agua potable o debidamente tratada, seleccionar alimentos procesados, lavar frutas y verduras adecuadamente, y verificar fechas de vencimiento de alimentos envasados.

Definición de Términos:

- **Conocimiento:** Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo. Para el filósofo griego platón, el conocimiento es aquello necesariamente verdadero (*episteme*). En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo ue forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente. El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo).
- **Actitud:** La Real Academia Española menciona tres definiciones de la palabra actitud, un término que proviene del latín *actitudo*. De acuerdo a la RAE, la actitud es el estado del ánimo que se expresa de una cierta manera (como una actitud conciliadora). Las otras dos definiciones hacen referencia a la postura: del cuerpo de una persona (cuando transmite algo de manera eficaz o cuando la postura se halla asociada a la disposición anímica) o de un animal (cuando logra concertar atención por alguna cuestión). La actitud también ha sido definida como un estado de la disposición nerviosa y mental, que se organiza a partir de las vivencias y que orienta o dirige la respuesta de un sujeto ante determinados acontecimientos.

- **Niño:** Un niño es un ser humano que aún no ha alcanzado la pubertad. Por lo tanto, es una persona que está en la niñez y que tiene pocos años de vida. En su sentido más amplio, la niñez abarca todas las edades del niño: desde que es un lactante recién nacido hasta la pre-adolescencia, pasando por la etapa de infante o bebé y la niñez media. En este sentido, no hay que olvidar el hecho de que es frecuente que en el ámbito coloquial se haga uso de la expresión “niño de teta”. La misma se emplea para referirse a todo aquel varón que se encuentra en la fase de lactancia, es decir, que aún se alimenta de la leche materna.
- **Madre:** Es la hembra o mujer que ha parido. El descendiente es primero un embrión, luego un feto y finalmente, cuando se ha desarrollado, nace tras la labor de parto cuando la madre da a luz. Cabe mencionar que no todas las mujeres pueden parir de forma natural, por lo que se someten a una intervención quirúrgica conocida como cesárea, que consiste en realizar un corte en la zona abdominal y en el útero para facilitar el nacimiento de sus hijos.
- **Enfermedad:** Se denomina enfermedad al proceso y a la fase que atraviesan los seres vivos cuando padecen una afección que atenta contra su bienestar al modificar su condición ontológica de salud. Esta situación puede desencadenarse por múltiples razones, ya sean de carácter intrínseco extrínseco al organismo con evidencias de enfermedad. Estos desencadenantes se conocen bajo el nombre de noxas (del griego nósos). El término proviene del latín infirmitas que significa “*falto de firmeza*” y consiste en un proceso que acaece a un ser vivo y altera su estado normal de salud. En el lenguaje cotidiano, la enfermedad es entendida como una idea opuesta al concepto de salud: es aquello que origina una alteración o rompe la armonía en un individuo, ya sea a escala molecular, corporal, mental, emocional espiritual.

Ante la dificultad para definir en concreto qué es una enfermedad (dado que cada individuo lo hace de acuerdo a sus propias vivencias), existen varios conceptos

que pueden ser utilizados, de acuerdo al contexto, como sinónimo: patología, dolencia, padecimiento, anormalidad, trastorno, desorden, desequilibrio y alteración, entre otros.

- **Diarrea:** Son evacuaciones flojas, líquidas y frecuentes. La diarrea se produce cuando los alimentos o líquidos que tu niño consume pasan demasiado rápido o en grandes cantidades por el colon, según lo explica la Clínica Mayo. Normalmente, el colon absorbe los líquidos de los alimentos que se ingieren y deja en el cuerpo heces semisólidas. Pero si el colon no puede absorber los líquidos de los alimentos que ingiere, el resultado es una evacuación líquida.
- **Agudo:** El término agudo generalmente se utiliza en diversos contextos, médico, gramático y de audio por ejemplo y con distintos propósitos, por lo cual ostenta una amplia gama de usos, en tanto, entre los más frecuentes podemos citar aquellos que refieren a algo puntiagudo, punzante y afilado, perspicaz, sutil, gracioso, corto y oportuno, entre otros. Esto a grandes rasgos, pero ahora sí y como decía un conocido descuartizador, vayamos por partes...cuando hablábamos de los contextos en los cuales se aplica la palabra mencionamos varios, entre ellos el médico, en el cual la palabra se emplea casi siempre asociado a alguna afección o enfermedad, especialmente para describir aquellas que tienen un inicio y un fin definidos y son de corta duración, porque aunque muchos algunas veces confundan el agudo con la gravedad, poco tiene que ver con esto sino con el tiempo de evolución de la misma, es decir, hay enfermedades agudas de muy poca importancia como la cefalea o la gripe.
- **Comunidad:** Hace referencia a la característica de común, por lo que permite definir a diversas clases de conjuntos: de los individuos que forman parte de un pueblo, región o nación; de las naciones que están enlazadas por acuerdos políticos y económicos (como la Comunidad Europea o el Mercosur); o de personas vinculadas por intereses comunes (como ocurre en la comunidad católica).

- **Conocimiento:** Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo. Para el filósofo griego platón, el conocimiento es aquello necesariamente verdadero (*episteme*). En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente. El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo)

5. TEORÍA DE ENFERMERÍA:

La presente investigación tiene su fundamentación teórica en el modelo de Enfermería:

NOLA J. PENDER “TEORÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD”

Según Nola Pender en su teoría sobre la Promoción de la Salud, se basa en tres teorías: la primera es la acción razonada, la segunda teoría es la acción planteada y la tercera teoría es el tercio social – cognitivo.

Nola Pender identifica en el individuo factores cognitivos preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación de conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

La teoría de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos u experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por:

- Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados
- Presencia de barreras para la acción
- la auto-eficacia; las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción
- Las influencias interpersonales
- La aplicación del Modelo de Promoción de la salud de Pender, es un marco integrador de la valoración de conductas en las personas.

Metaparadigma

- **Salud:** Esta altamente positivo, la definición de la salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.
- **Persona:** Es el individuo y el centro de la teoría, Cada persona está definida de una forma única por su patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

- **Entorno:** No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo – preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.
- **Enfermería:** El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en la conducta de la salud de las personas. Es guía para la observación y explotación de los procesos bio-psico-sociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud.

MARTHA ROGERS

“MODELO DE LOS PROCESOS VITALES”

El objetivo del modelo es procurar y promover una interacción armónica entre el hombre y su entorno. Así las enfermeras que sigan este modelo deben fortalecer la conciencia e

integridad de los seres humanos, y dirigir o redirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno para conseguir el máximo potencial de salud.

Para esta autora, el hombre es un todo unificado en constante relación con un entorno con el que intercambia continuamente materia y energía, y que se diferencia de los otros seres vivos por su capacidad de cambiar este entorno y hacer elecciones que le permiten desarrollar su potencial.

Los cuidados de enfermería se prestan a través de un proceso planificado que incluye la recogida de datos, el diagnóstico de enfermería, el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo y los cuidados de enfermería más indicados para alcanzarlos. Las acciones tienen como finalidad ayudar al individuo en la remodelación de su relación consigo mismo y su ambiente de modo que se optimice su salud.

El método utilizado por Rogers es sobre todo deductivo y lógico, y le han influido claramente la teoría de los sistemas, la de la relatividad y la teoría electrodinámica. Tiene unas ideas, muy avanzadas, y dice la enfermería requiere unas nuevas perspectivas del mundo y sistema del pensamiento nuevo, enfocado a la que de verdad le preocupa (El fenómeno enfermería).

SOR CALLISTA ROY **“MODELO DE ADAPTACIÓN”**

El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones. Contiene cinco elementos esenciales: paciente, meta de la enfermería, salud, entorno y dirección de las actividades. Los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. La capacidad para la adaptación depende de los estímulos a que está expuesto y su nivel de adaptación y este a la vez depende de tres clases de estímulos:

- 1) Focales, los que enfrenta de manera inmediata.
- 2) Contextuales, que son todos los demás estímulos presentes.
- 3) Residuales, los que la persona ha experimentado en el pasado. Considera que las personas tienen cuatro modos o métodos de adaptación:

Fisiológica, autoconcepto, desempeño de funciones, y relaciones de interdependencia.

El resultado final más conveniente es un estado en el cual las condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. La intervención de enfermería implica aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales, y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos. Roy subraya que, en su intervención, la enfermera debe estar siempre consciente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. Este modelo proporciona un sistema de clasificación de los productores de tensión que suelen afectar la adaptación, así como un sistema para clasificar las valoraciones de enfermería.

Roy define la salud como un proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; también la considera como la meta de la conducta de una persona y la capacidad de la persona para ser un órgano adaptativo. El objetivo del modelo es facilitar la adaptación de la persona mediante el fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento y modos de adaptación.

El cuidado de enfermería es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.

El modelo se basa también en la observación y su experiencia con niños, acabando éste en un proceso realizado por inducción

DOROTHEA OREM.

“TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA”.

La Teoría General de la Enfermería de Dorotea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Metaparadigmas:

Persona: Define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para autoconocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.

Entorno: Es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

Salud: Es definida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

Enfermería como cuidados. El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto metaparadigmático el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería.

Epistemología: La intuición espontánea de Orem la condujo a su formalización inicial y subsecuente expresión inductiva de un concepto general de Enfermería. Aquella generalización hizo posibles después razonamientos deductivos sobre la enfermería. Orem cree que la vinculación con otras enfermeras a lo largo de los años le proporcionó muchas experiencias de aprendizaje, y considera que sus trabajos con estudiantes graduados, y de colaboración con colegas, fueron esfuerzos valiosos. Si bien no reconoce

a nadie como influencia, principal, sí cita los trabajos de muchas otras enfermeras en términos de su contribución a la Enfermería.

Práctica de la teoría de Orem. Si se lleva a la práctica la Teoría de Orem deben seguirse los siguientes pasos:

1. Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.
2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.
3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
4. Diseñar y la planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud.
5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del cliente.

Las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectados por creencias, culturales hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. Edad, etapa del desarrollo, y estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado; por ejemplo, un padre o un tutor debe brindar continuamente atención terapéutica al niño.

Para Orem, existen tres categorías de requisitos de cuidados de enfermería y son: 1) Universales, los que precisan todos los individuos para preservar su funcionamiento integral como persona humana. 2) De cuidados personales del Desarrollo, surgen como resultado de los procesos del desarrollo, Ej. el embarazo y la menopausia, o de estados que afectan el desarrollo humano Ej. La pérdida de un ser querido o del trabajo. 3) De cuidados personales de los trastornos de salud Ej. Los que se derivan de traumatismos, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida, hábitos. Con este modelo el cuidado es intencionado, tiene objetivos específicos, los inicia y orienta la propia persona; es eficaz y fomenta la

independencia. Para la implementación de las actividades desarrollo tres sistemas de Compensación: 1) Total, requiere que se actué en lugar de él. 2) Parcial, solo requiere ayuda en actividades terapéuticas. 3) De Apoyo educativo, cuando el paciente puede aprender la forma de hacer su cuidado bajo ciertas instrucciones, pero requiere ayuda emocional.

SOR CALLISTA ROY.

“MODELO DE ADAPTACIÓN”

La hermana Callista Roy inició su carrera como enfermera en 1963, tras recibir su BS en Enfermería en el Mount Saint Mary's College, en los Angeles, en 1966 obtuvo su MS en enfermería y en 1977 su doctorado en Sociología por la Universidad de California, en los Angeles. En 1964,

Roy comenzó a trabajar en su modelo basándose en el trabajo de Harry Helson en psicofísica e influenciada por la capacidad de los niños para adaptarse a los cambios más significativos.

En 1976 publicó “Introduction to Nursing: An Adaptation Model”, en 1984 publico nuevamente una versión revisada de su modelo.

El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones. Contiene cinco elementos esenciales: paciente, meta de la enfermería, salud, entorno y dirección de las actividades. Los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. La capacidad para la adaptación depende de los estímulos a que está expuesto y su nivel de adaptación y este a la vez depende de tres clases de estímulos: 1) Focales, los que enfrenta de manera inmediata. 2) Contextuales, que son todos los demás estímulos presentes. 3) Residuales, los que la persona ha experimentado en el pasado. Considera que las personas tienen cuatro modos o métodos de adaptación: Fisiológica, autoconcepto, desempeño de funciones, y relaciones de interdependencia. El resultado final más conveniente es un

estado en el cual las condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

La intervención de enfermería implica aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales, y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos. Roy subraya que, en su intervención, la enfermera debe estar siempre consciente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. Este modelo proporciona un sistema de clasificación de los productores de tensión que suelen afectar la adaptación, así como un sistema para clasificar las valoraciones de enfermería.

Roy define la salud como un proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; también la considera como la meta de la conducta de una persona y la capacidad de la persona para ser un órgano adaptativo.

El objetivo del modelo es facilitar la adaptación de la persona mediante el fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento y modos de adaptación.

El cuidado de enfermería es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.

El modelo se basa también en la observación y su experiencia con niños, acabando éste en un proceso realizado por inducción.

Metaparadigmas:

Persona: Ser biopsicosocial que forma un sistema unificado, en constante búsqueda de equilibrio.

Salud: Adaptación resultante de éxito obtenido al hacer frente a los productores de tensión.

Ambiente: Condiciones o influencias externas que afectan el desarrollo de la persona.

Enfermería: Manipulación de los estímulos para facilitar el éxito del enfrentamiento.

DOROTY JOHNSON.

“MODELO DE SISTEMAS CONDUCTUALES”.

Dorothy E. Johnson se graduó en Artes en la Armstrong Junior College, en Savannah, Georgia, en 1938. La mayor parte de su experiencia profesional es como docente en la Universidad de California, aunque también incluye puestos como enfermera y asesora en escuelas de enfermería. Johnson publicó su 'Modelo de Sistemas Conductuales' en 1980. En 1968 ya hace una primera propuesta, promueve el "funcionamiento conductual eficiente y efectivo en el paciente para prevenir la enfermedad". Basó su modelo en la idea de Florence Nightingale acerca de que la enfermería está designada a ayudar a las personas a prevenir o recuperarse de una enfermedad o una lesión.

El modelo de Johnson considera a la persona como un sistema conductual compuesto de una serie de subsistemas interdependientes e integrados, modelo basado en la psicología, sociología y etnología. Según su modelo la enfermería considera al individuo como una serie de partes interdependientes, que funcionan como un todo integrado; estas ideas fueron adaptadas de la Teoría de Sistemas:

Cada subsistema conductual tiene requisitos estructurales (meta, predisposición a actuar, centro de la acción y conducta) y funcionales (protección de las influencias dañinas, nutrición y estimulación) para aumentar el desarrollo y prevenir el estancamiento. Son siete Dependencia,

Alimentación, Eliminación, Sexual, Agresividad, Realización y afiliación.

El individuo trata de mantener un sistema balanceado, pero la interacción ambiental puede ocasionar inestabilidad y problemas de salud. La intervención de enfermería sólo se ve

implicada cuando se produce una ruptura en el equilibrio del sistema. Un estado de desequilibrio o inestabilidad da por resultado la necesidad de acciones de enfermería, y las acciones de enfermería apropiadas son responsables del mantenimiento o restablecimiento del equilibrio y la estabilidad del sistema de comportamiento. Enfermería no tiene una función definida en cuanto al mantenimiento o promoción de la salud. Enfermería es una fuerza reguladora externa que actúa para preservar la organización e integración del comportamiento del paciente en un nivel óptimo bajo condiciones en las cuales el comportamiento constituye una amenaza para la salud física o social, o en las que se encuentra una enfermedad.

El Proceso de Enfermería, propuesto excluye el Diagnóstico de Enfermería y la valoración incluye sólo los datos sobre los subsistemas de ingestión, eliminación y sexual ésta limitada valoración deja lagunas en información necesaria para hacer un registro completo de Enfermería.

Metaparadigmas:

Persona: Colección de subsistemas comportamentales en búsqueda de equilibrio

Salud: Logro del equilibrio del sistema.

Ambiente: Insumo de fuentes externas a la persona.

MADELEINE LEININGER
“CUIDADOS CULTURALES: TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y LA
UNIVERSALIDAD”

Leininger. Es la fundadora de la enfermería transcultural y líder en la teoría de los cuidados a las personas enfermería transcultural fue la primera enfermera profesional con preparación universitaria que obtuvo un premio en antropología cultural y social nació en Sutton Nebraska y comenzó su carrera como enfermera después de haberse diplomado en la escuela de enfermería de san Antony denver.

Leininger define que, así como la enfermería es significativa para los pacientes y para las enfermeras de todo el mundo, el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de las enfermeras y así obtener resultados buenos y eficaces.

- **Enfermería Transcultural:** Se refiere a las enfermeras que están formadas en enfermería transcultural y que tienen como labor desarrollar el saber y la práctica de la enfermería transcultural.

- **Enfermería Intercultural:** Se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos médicos o aplicados; la mayor parte de ellas no están autorizadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación.

Según Leininger. La enfermera transcultural es una enfermera diplomada, que es capaz de aplicar conceptos generales, principios y prácticas de la enfermería transcultural creados por las enfermeras transculturales especialistas. Por otro lado, Leininger defiende y promueve una teoría nueva y diferente, y no la teoría tradicional de la enfermería, que normalmente se define como un conjunto de conceptos relacionados entre sí de forma lógica y proposiciones hipotéticas que se puede probar a fin de explicar o predecir un hecho, fenómeno o situación. En cambio, Leininger define la teoría como el descubrimiento sistemático y creativo del conocimiento de un campo de interés o de un fenómeno que no parecen relevantes para entender o explicar fenómenos desconocidos.

Leininger, creo la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales enfermeros, que tiene sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes

culturas pueden informar y guiar a los profesionales y de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen y necesiten de estos profesionales. La cultura representa los modelos de su vida sistematizados y los valores que las personas que influyen en sus decisiones y acciones.

Por tanto, la teoría está enfocada para que las enfermeras descubran y adquieran los conocimientos acerca del mundo del paciente y para que estas hagan uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y prácticas, todo con la ética adecuada.

No obstante, Leininger anima a obtener el conocimiento del interior de las personas o culturales, ya que este conocimiento tiene mayor credibilidad. La teoría no tiene que ser necesariamente intermedia ni una gran teoría, aunque si debe interpretarse como una teoría holística o como una teoría de campos específicos de interés.

Leininger ha estudiado varias culturas en profundidad y otras tantas en colaboración con estudiantes universitarios, licenciados y profesores por medio de métodos cualitativos de investigación, a explicado 130 principios diferentes de los cuidados en cincuenta y seis culturas teniendo cada una diferentes significados, experiencias culturales y usos que hacen las personas de culturas parecidas o diversas.

Leininger afirmó que el objetivo de la teoría de los cuidados consiste en proporcionar cuidados que sean coherentes con la cultura. Considera que las enfermeras deben trabajar de tal modo que se explique el uso de los cuidados y significados, y así los cuidados culturales, valores, creencias y modos de vida pueden facilitar bases fiables y exactas para planificar e implementar eficazmente los cuidados específicos de la cultura

Conceptos según la teoría de transculturación:

Salud: Se considera como un estado de bienestar, es culturalmente definida, valorada y practicada. Refleja la capacidad de los individuos para llevar a cabo sus roles cotidianos.

Incluye sistemas de salud, prácticas de cuidados de salud, patrones de salud y promoción y mantenimiento de la salud. Es universal a través de todas las culturas, aunque se define de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicas.

Cuidados: Acciones dirigidas a la asistencia, al apoyo o a la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida.

Cuidados culturales: son todos los valores creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.

Persona: Leininger se refiere a ella como un ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.

Entorno: todos los aspectos contextuales en los que se encuentran los individuos y los grupos culturales.

Entorno Enfermería: Se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tienen de ellos una cultura determinada, a través de las experiencias, las convicciones y el sistema de valores sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como puede ser la asistencia, la salud y los factores ambientales.

Diversidad de los cuidados culturales: Variación o diferencia que existe en significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas.

Universalidad de los cuidados culturales: La similitud o uniformidad dominante en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas culturas y reflejan los modos de apoyo, asistencia, capacitación para ayudar a las personas.

Aplicación de la teoría en relación con la enfermera-paciente-familia.

Resulta esencial que el profesional de enfermería sepa responder de manera integral a las necesidades de los pacientes.

Es fundamental para llevar a cabo un proceso de relación de ayuda eficaz, que el profesional de enfermería tenga la capacidad de identificar y dar respuestas a las necesidades espirituales y emocionales de las personas a las que presta cuidado.

El profesional de enfermería tiene que descubrir y adquirir los conocimientos acerca del mundo del paciente y así haga uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y prácticas, todo con la ética adecuada.

TEORÍA DE MARTA ROGERS: SERES HUMANOS UNITARIOS

Fuentes teóricas:

Su modelo era un proceso sin fin que aplicaba múltiples conocimientos obtenidos de numerosas fuentes, entre ellas algunas muy evidentes como la dinámica no lineal de la física cuántica y la teoría general de los sistemas de Von Bertalanffy.

Rogers afirmaba que los seres humanos son campos de energía dinámicos, integrados en los campos del entorno. Ambos tipos de campos, el humano y el d entorno, obedecen a un patrón y se distinguen por su condición de sistemas abiertos.

Rogers postuló en su paradigma de 1983 la existencia de cuatro elementos básicos para la construcción de su teoría: Campo de energía, Universo de sistemas abiertos, patrón y tetradimensionalidad. En 1983 Rogers introdujo un cambio terminológico en su modelo y

corrigió hombre unitario por ser humano unitario para eliminar toda referencia al género, a continuación, se dará a conocer cada uno de ellos.

Campo de Energía: Conforman la unidad básica que permite la existencia de todos los seres vivos y de lo inanimado. El concepto de campo transmite la idea de unidad, mientras que el de energía expresa la naturaleza dinámica del campo. Los campos de energía son infinitos y pandimensionales. En el modelo Rogeria no se propone la existencia de dos de estos campos: “El del ser humano y el entorno”. Así, un ser humano unitario se define como un campo de energía irreducible, indivisible, y pandimensional, que obedece a un cierto patrón y se manifiesta a través de cantidades propias de su globabilidad y que no pueden predecirse por el conocimiento de sus elementos individuales, el campo de entorno se define como un campo de energía irreducible y pandimensional, que obedece también a un patrón propio y que se integra con el del ser humano.

Universo de Sistemas Abiertos: Los campos energéticos son infinitos, abiertos y mutuamente integrados, los campos humanos y de entorno se hallan en un proceso de evolución continua y son sistemas abiertos.

Modelo: Los campos de energía actúan conforme a un patrón o modelo organizativo, que es propiedad distintiva y que se percibe como una sola onda, Cada modelo de ser humano, es único y está integrado en su propio campo de entorno.

La combinación de ambos campos produce manifestaciones derivadas de su mutua interacción.

Pandimensionalidad: Lo define como un dominio no lineal que carece de atributos espaciales o temporales. El propio término pandimensionalidad hace referencia a la infinitud de un dominio sin límites, como mejor forma para expresar la idea de un todo unitario. El modelo de un universo cerrado y gobernado por la entropía dejó de explicar adecuadamente los fenómenos observados, y se acumularon evidencias que apoyaban la idea de un universo de sistemas abiertos.

Rogers ideó también los principios de felicidad, resonancia e integridad. El principio de felicidad describe al desarrollo espiral regido por un modelo continuo, repetido y siempre

innovador. En la explicación de este principio, Rogers indica que los cambios se producen por causas, probabilísticas e impredecibles y se expresan en forma continua e innovadora. El principio de la felicidad es particularmente útil para la gestión de los cuidados. Según la perspectiva de Rogers, se supone que cada individuo tiene la capacidad de crear cambios positivos que pueden afectarle a él y afecta a los demás.

Explicación de su Teoría.

De un modo futurista, pero realista, la aplicación de esta teoría innovadora, abre las puertas a la adquisición de nuevos conocimientos, que al ser aplicados nos dan una visión distinta, particular y más amplia del concepto hombre y entorno, basada en una diversidad de disciplinas. El modelo de Rogers es un sistema abierto, abstracto de ideas a partir del cual se ofrece un enfoque del ejercicio de la enfermería.

En su teoría, Martha Rogers considera al individuo (Ser humano Unitario) como un campo de energía que coexiste dentro del universo. El individuo está en continua interacción con el entorno y es un todo unificado, que posee una integridad personal y manifiesta unas características que son más que las sumas de las partes.

Rogers utiliza en su obra un método dialéctico, en oposición al tradicional enfoque logístico, problemático y operativo; es decir explica la enfermería a partir de los principios más amplios que se aplican a los seres humanos. A su vez, estos principios de los seres humanos se exponen en virtud de su relación con los principios que caracterizan al universo, en la idea de que son las partes las que se organizan a partir del todo.

El modelo de Rogers de los seres humanos unitarios es de carácter lógico y deductivo. Estos conceptos conforman la base del sistema conceptual abstracto en el que se definen la enfermería y la salud. A partir de este sistema, Rogers deduce los principios de la homeodinámica, disciplina que postula la naturaleza y dirección de la evolución humana.

Metaparadigmas:

Persona: Es un sistema abierto que interacciona constantemente con otro sistema abierto el cual es el entorno. Lo define como ser humano unitario e integrado con campos de energía infinitos y pandimensionales que sigue un modelo y se expresa con manifestaciones que reflejan su esencia global. El hombre es un todo único con integridad propia y que expresa cualidades que no pueden interpretarse sólo como la suma de sus elementos individuales. Dentro de un modelo conceptual preocupado por los problemas de la enfermería, las personas y su entorno han de percibirse como campos energéticos irreductibles y mutuamente relacionados en un proceso creativo descontinúa evolución.

Salud: Rogers utiliza el término salud en muchos de sus primeros escritos sin definirlo con claridad, lo define como un concepto que dependerá de la definición o percepción que te ofrezca cada persona o cultura y que esto dependerá de las circunstancias y experiencias a lo largo de la vida de cada ser humano y la capacidad de este para lidiar y alcanzar la salud según los sistemas de valores existentes a considerar, su idea de promover la salud positiva con lleva la prestación de ayuda a las personas que tengan posibilidades de mantener una coherencia rítmica.

La salud y el malestar son manifestaciones del modelo organizativo que “representan comportamientos de alto o bajo valor”

Entorno: Rogers define entorno como “un campo de energía irreductible y pandimensional que se identifica por un modelo y se manifiesta con propiedades diferentes de las de sus partes constituyentes. Cada campo de entorno es específico de un campo humano concreto, de manera que ambos evolucionan de forma continua y creativa”. Los campos de entorno son infinitos y obedecen a cambios permanentes de carácter innovador, impredecible y expresado por una gran diversidad de hechos.

Enfermería: La enfermería es una profesión aprendida, y se considera tanto una ciencia como un arte, es una ciencia empírica y, como otras disciplinas de su clave, basa su desarrollo en el estudio de los fenómenos de su interés. Rogers opina que la enfermería se centra en la observación de las personas y del mundo en el que viven como campo natural de la asistencia sanitaria, considera además a la persona y su entorno como un todo único

y dentro de su idea de un universo pandimensional de sistemas abiertos, la enfermería tiene como objetivo fomentar la salud y el bienestar de todos. El arte de la enfermería puede verse como la aplicación creativa de la ciencia en la mejora de la situación personal. La razón de la existencia de la enfermería en el cuidado de las personas y del proceso vital de los seres humanos.

6. HIPÓTESIS

Formulación de hipótesis

A mayor nivel de conocimientos las actitudes van a ser buenas y las prácticas adecuadas y por lo tanto las madres realizarán la prevención de las enfermedades diarreicas agudas (EDAs) en sus niños menores de 5 años de la Comunidad de Caururu, Centro Poblado de Curhuaz, período Abril – agosto 2013.

7. OBJETIVOS

Objetivo General.

Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de las madres con niños menores de 5 años en la prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs) en la Comunidad de Caururu, Centro Poblado de Curhuaz, período Abril – agosto 2013.

Objetivo Específico.

- Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre la prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas en Caururu.

- Determinar las actitudes y prácticas de las madres con niños menores de 5 años sobre la prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs) en la Comunidad de Caururu.
- Establecer la relación entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas con la prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs) en la Comunidad de Caururu.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODOS

2.1 METODOLOGÍA DEL TRABAJO

2.1.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

➤ **Tipo de estudio y/o diseño.**

En concordancia con el problema planteado y los objetivos de la investigación es un tipo de enfoque cuantitativo:

- **Descriptivo:** Debido a que se limita a describir determinadas características del grupo de elementos estudiados, sin realizar comparaciones con otros grupos.
- **Prospectivo:** Porque se orientan al estudio de sucesos que están por acontecer.
- **Analítico:** Porque va a permitir establecer una relación o asociación de elementos. Tratan de algún tipo de relación causa- efecto.

➤ **Diseño de estudio**

El diseño es no experimental

Transversal: Por que estudian las variables de forma simultánea en un momento dado.

G1 **O1**

Dónde:

O1: Grupo de observación

G1: Grupo de estudio

2.1.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.

Población: Para el desarrollo del presente trabajo se considera a las madres de niños menores de 5 años de la Comunidad de Caururu. La cual se trabajará con 200 madres de niños menores de 5 años

N= 200

Muestra:

La muestra considerada se halla aplicando la siguiente formula:

$$n = \frac{n \cdot z^2 \cdot pq}{d^2 \cdot (n - 1) + z^2 \cdot pq}$$

Dónde:

- N= total de la población.
- $z^2 = 1.96$ (si la seguridad es del 95%)
- p= proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- $q=1-p$ (en este caso $1-0.05 = 0.95$)
- d=precisión (en este caso deseamos un 3%)

$$n = \frac{200 \times (1.96)^2 \times 0.05 \times 0.95}{0.03^2 (200-1) + (1.96)^2 \times 0.05 \times 0.95}$$

$$n = \frac{36.4952}{0.361576}$$

$$n = 101$$

La muestra probabilística con la que se trabaja será = 101 madres de niños menores de 5 años de la comunidad de Caururu, que es un anexo del centro Poblado de Curuaz.

Criterios de inclusión y exclusión:

➤ **Inclusión**

- Madres con niños menores de 5 años que viven en Caururu
- Madres con niños menores de 5 años que tienen más de tres meses radicando en Caururu
- Madres que aceptan participar en el estudio

➤ **Exclusión**

- Madres con niños mayores de 5 años
- Madres que no residen en Caururu
- Madres con menor de tres meses de residencia.

2.1.3 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Métodos: Se utilizará el método descriptivo, para conocer de cómo el hecho o fenómeno de conocimientos y actitudes sobre EDAs en las madres con niños menores de 5 años, se presenta en la realidad empírica.

Técnicas: Será directa por medio de la Encuesta. La cual nos permite recolectar, opiniones, actitudes, prácticas y sugerencias. Con la finalidad de obtener una respuesta a una cuestión determinada.

Instrumento: Se elaborará un cuestionario que consiste en 20 preguntas. Donde las 11 primeras preguntas pertenecen a la variable independiente y las 9 siguientes pertenecen a la variable dependiente. Dicho cuestionario se aplicará a las madres de niños menores de 5 años.

2.2. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

- Coordinación con las autoridades, del Centro de Salud de la Comunidad de Caururu, solicitando autorización, para la aplicación del cuestionario.
- Visitas de casa en casa a las madres de la comunidad de Caururu para aplicar la encuesta que durará aproximadamente 15 minutos
- Elaboración del informe y comunicación de los resultados a las autoridades del Centro de Salud.

2.3. PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS ESTUDIOS

- **Principio de No Maleficencia:**
Se realizará teniendo en cuenta el no causar daño ni transgredir a la persona, para proteger su integridad física, psicológica; es por eso que se aplicó procedimientos técnicos adecuados, formulando preguntas claras y sin lastimar, para una obtención de información real; y además lograr la participación de las personas entrevistadas.
- **Principio de Respeto a la Dignidad Humana:**
Los participantes tendrán derecho a decidir voluntariamente a participar en el estudio, como la información y el propósito del estudio o procedimiento de la ejecución del trabajo. El investigador tendrá la obligación de respetar y proteger a los participantes contra cualquier coerción.
- **Principio de Justicia:**
Comprenderá el trato justo antes, durante y después de su participación, se tendrá en cuenta:
 - La selección justa de participantes. El trato sin prejuicio a quienes rehúsan de continuar la participación del estudio.
 - El trato respetuoso y amable siempre enfocando el derecho a la privacidad y confidencialidad garantizando la seguridad de las personas.

- **Anonimato:** Se aplicará el cuestionario indicándoles a los estudiantes que la investigación será anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación.

- **Privacidad:** Toda la información recibida en el presente estudio se mantendrá en secreto y se evitará ser expuesto respetando la intimidad de los estudiantes, siendo útil solo para fines de la investigación.

- **Honestidad:** Se informará a los estudiantes los fines de la investigación, cuyos resultados se encontrarán plasmados en el presente estudio.

- **Consentimiento informado**
Sólo se trabajará con las madres que acepten voluntariamente participar en el presente trabajo de investigación, previamente se le informará sobre los objetivos de la investigación.

2.4. PLAN TABULAR Y TRATAMIENTO DE DATOS

Para el procesamiento de datos se contará primero con la elaboración de una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 21, luego del cual se digitará los datos recogidos en los instrumentos de recolección de los datos, el análisis estadístico se realizará teniendo en cuenta los resultados para lo cual utilizaremos el análisis de la estadística descriptiva y la estadística analítica a través de la Chi cuadrada para contrastar la hipótesis de la investigación

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIONES

PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos a través del cuestionario aplicado a las madres de niños menores de 5 años de la Comunidad de Caururu, considerando los objetivos estimados para la investigación y el diseño metodológico; los datos estadísticos han sido procesados y se muestran en cuadros, los cuales han sido analizados e interpretados.

DISCUSIÓN

Tácanan, S. (2011) En su investigación sobre Estudio comparativo de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de cinco años del Centro de Salud ciudad nueva York y Centro de Salud San Francisco; Se llegó a siguientes conclusiones: Las madres del C.S. de Ciudad Nueva York de niños menores de 5 años presentaron altos porcentajes de buena y muy buena actitud favorable a los cuidados en un episodio de diarrea y muy consecuente se tiene a las madres C. S. San Francisco con un 76,55% y 73,47% para las madres atendidas en el C. S. Ciudad Nueva. Se determinó que la buena práctica sobre Enfermedades Diarreicas Agudas predominó (37,76%) en las madres atendidas del C. S. Ciudad Nueva, esto fue mejor que las madres atendidas en el C. S. San Francisco, donde alcanzaron el buen nivel de prácticas fue el menos frecuente con 36,55%. en nuestra investigación sobre conocimiento, actitudes y prácticas en las madres de niños menores de 5 años en la prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas en la comunidad de caururu

Podemos observar que el del total de 101 madres que equivale al 100 % donde el 53.4% de la población en estudio tiene solo luz, el 5% tiene solo desagüe como servicio básico

el 37% tiene ambos servicios básicos, pero solo el 4% de toda la población en estudio cuenta con el recojo de la basura por la entidad correspondiente, tal como puede observarse en el gráfico adjunto

Podemos observar que el 13.9% de las madres de esta comunidad entienden que la falta de higiene en las personas produce enfermedades por paracitos, el 39.6% de ellas opinan que producirá Enfermedades estomacales y el 46.5% sabe que la consecuencia de la falta de higiene les producirá Enfermedades Diarreicas Agudas. Tal como puede observarse en el grafico 06.

También se observó que la causa principal de las enfermedades diarreicas agudas en la población de estudio es la falta del lavado de manos en un 44.6%, seguida de la falta de higiene en el niño con un 27.7%.

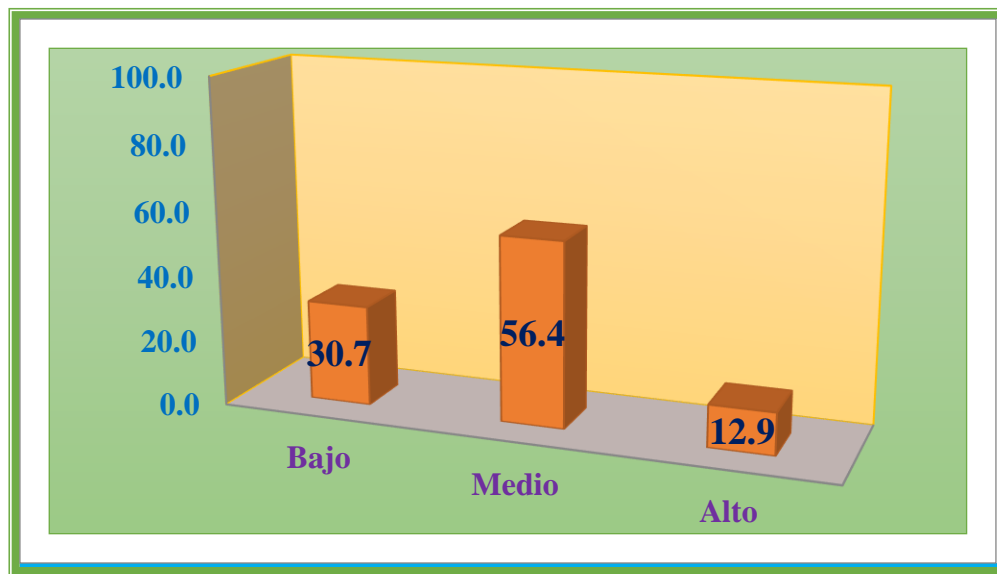
Como cuidar el medio en que habitan las familias para evitar las enfermedades diarreicas, las madres encuestadas tienen el conocimiento que “tomando agua limpia y clorada” es el primer factor a cuidar con un 40.6%, seguida del 32.7% considera que el factor principal es el “limpiado de casa disponiendo bien la basura y solo el 26.7% de las madres piensan que el factor principal es el de lavarse las manos siempre.

CAPÍTULO IV

DATOS ESTADISTICOS

GRAFICO N° 01

Nivel de conocimiento de las madres con niños menores de 5 años en la prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas en la comunidad de Caururu.



Fuente: Encuesta aplicada a las madres de niños menores de 5 años en la Comunidad de Caururu.

Análisis e Interpretación: Como se observa en el siguiente grafico sobre el nivel de conocimiento de las madres con niños menores de 5 años en la prevención de enfermedades diarreicas agudas en la comunidad de Caururu, de un total de 101 madres que equivale a un 100 % , 30.7 % que equivale a 31 madre tienen un nivel de conocimiento bajo y el 56.4 % que equivale a 56 madres tienen un nivel de conocimiento medio y el 12.9 % que equivale a 13 madre de niños menores de 5 años tienen un conocimiento alto

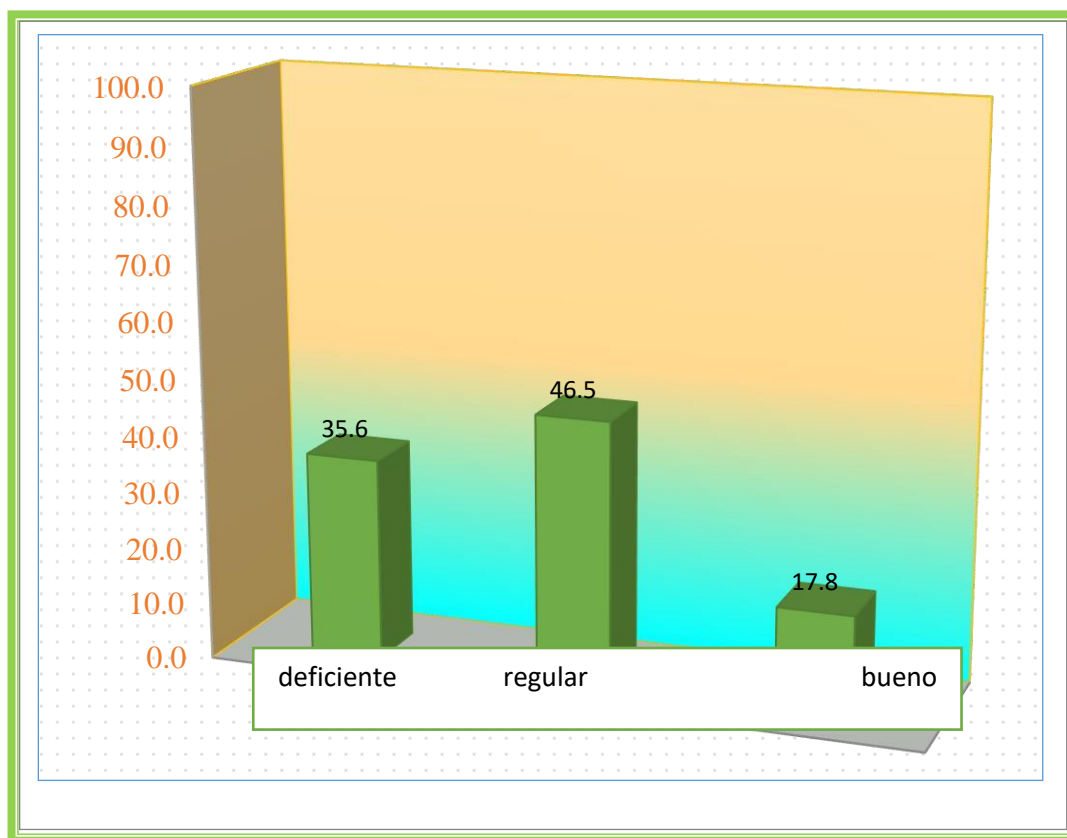
Entonces podríamos afirmar que 70 madres de niños menores de 5 años que equivalen a un (69,9, %) tienen Conocimiento medio y alto sobre la prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas por la falta de interés de las madres a pesar que es un tema muy importante para la salud de sus hijos.

MORRAS NOVAES: Dice “La práctica se relaciona con la capacidad de adquirir, utilizar los conocimientos determinados, la capacidad de comprender y aplicar los conocimientos y habilidades.

Comparando con la investigación de Mata, W. y Ortega, T. (2012) en su tesis sobre Conocimiento sobre medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDAs y su relación con características sociodemográficas; Respecto al nivel de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda la mayor proporción de las madres tiene nivel de conocimiento medio (66,3%) y el 16% presentó un nivel de conocimiento bajo. Con respecto al nivel de conocimiento según las dimensiones: en la dimensión enfermedad diarreica aguda predominó el nivel de conocimiento alto con un 48,5%; en las dimensiones medidas preventivas y prácticas en el hogar, el nivel de conocimiento medio se presentó en el 65,1% y 63,3% respectivamente.

GRAFICO N° 2

Actitud de las madres con niños menores de 5 años en la prevención de Enfermedades
Diarreicas Agudas en la comunidad de Caururu.



Fuente: Encuesta aplicada a las madres de niños menores de 5 años en la comunidad de Caururu.

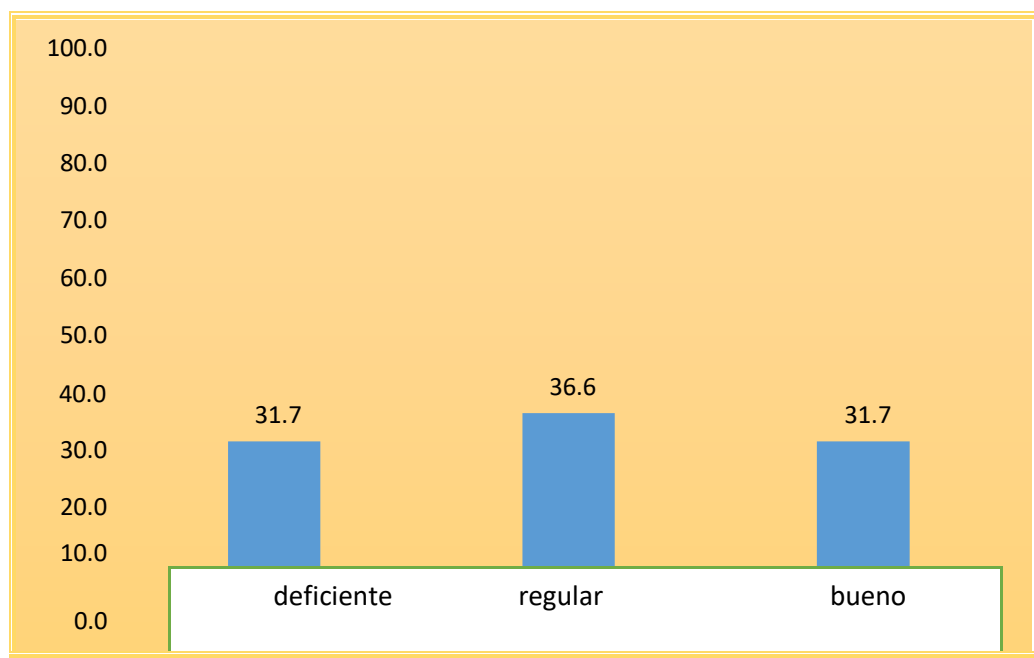
ANÁLISIS e INTERPRETACIÓN: Como podemos observar en el siguiente gráfico sobre la actitud de las madres con niños menores de 5 años en la prevención de enfermedades diarreicas agudas de un total de 101 madres que equivale a un 100%, 35.6% que equivale a 36 madres de niños menores de 5 años tienen una actitud mala y en

un 46.5 % que equivale a 46 madres tiene actitud regular mientras que un 17.8 % que equivale a 18 madres de niños menores de 5 años tiene actitud buena.

Donde se deduce que 46,5 % de las madres de niños menores de 5 años tienen regular actitud en la prevención de enfermedades diarreicas agudas , mientras que en el estudio de TÁCUNAN, S. en su investigación sobre Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad diarreica aguda Se llegó a la siguiente conclusión que las madres del C.S. de Ciudad Nueva York de niños menores de 5 años presentaron altos porcentajes de buena y muy buena actitud favorable a los cuidados en un episodio de diarrea.

GRAFICO N° 3

Prácticas de las madres con niños menores de 5 años en la prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas en la comunidad de Caururu.



Fuente: Encuesta aplicada a las madres de niños menores de 5 años en la comunidad de Caururu.

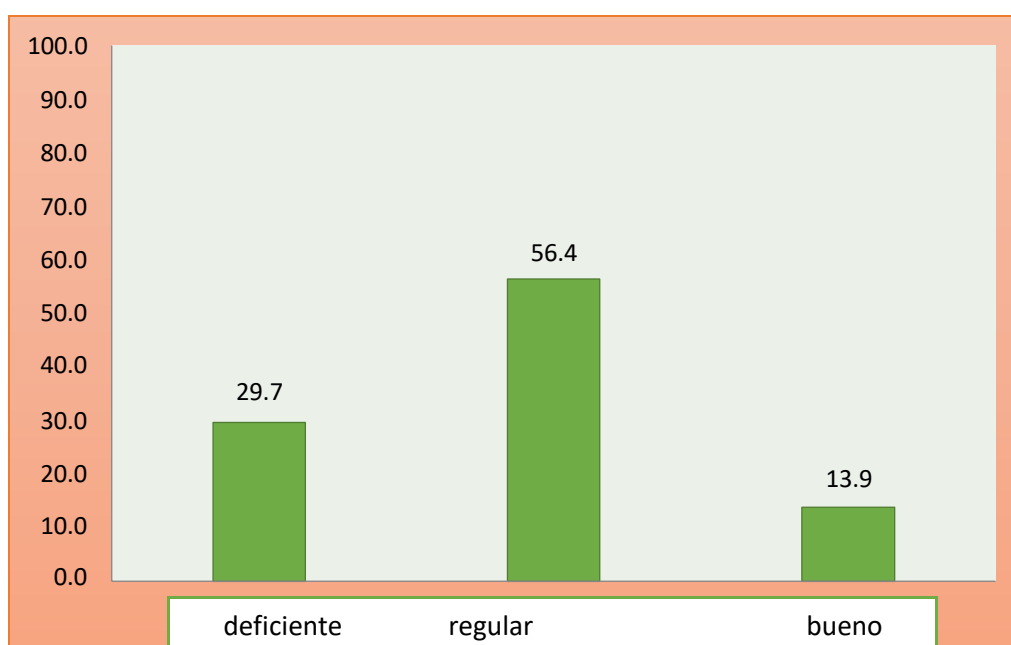
ANALISIS e INTERPRETACION : Como observamos en el siguiente grafico sobre las prácticas de las madres con niños menores de 5 años en la prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas en la comunidad de Caururu de un total de 101 madres que equivale a un 100% , 31.7 %que equivale a 32 madres de niños menores de 5 años tienen practicas malas mientras que un 36.6 % que equivale a 37 madres tienen una práctica regular y 31.7 % que equivale a 32 madres practican adecuadamente para prevenir las enfermedades diarreicas agudas .

Deduciendo 36.6% de madres de niños menores de 5 años practican regularmente en la prevención de enfermedades diarreicas agudas en la comunidad de Caururu.

Comparando con la investigación de Pacheco, D. y Landaeta, Y. (2011) en su tesis “Programa educativo sobre la diarrea en niños de 0-4 años dirigido a las madres que asisten a las consultas del ambulatorio” Dr. Miguel Franco”; Del análisis obtenido de los resultados se evidencia que las madres en un 30% no poseen un conocimiento satisfactorio sobre la deshidratación como aspectos general de la diarrea, otro 30% desconoce acerca de la deshidratación como signo y síntoma de la diarrea, un 40% desconoce que la diarrea es ocasionada por parásitos, sobre algunos aspectos relacionados con el tratamiento, un 35% desconoce que la lactancia materna puede proporcionarse conjuntamente con la administración del suero oral, un 60% desconoce que durante la diarrea al niño se le debe proporcionar abundantes alimentos, sobre todo líquidos para compensar las pérdidas, en cuanto a la prevención un 30% desconoce que la vacuna antirrotavirus protege a los niños menores de 1 año de las diarreas ocasionadas por el virus rotavirus, por ultimo otro 30% desconoce la función protectora de la lactancia materna en contra de las diarreas.

GRAFICO N° 4

Actitudes y su relación con las prácticas de las madres con niños menores de 5 años en la prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas.



Fuente: Encuesta aplicada a las madres de niños menores de 5 años en la comunidad de Caururu.

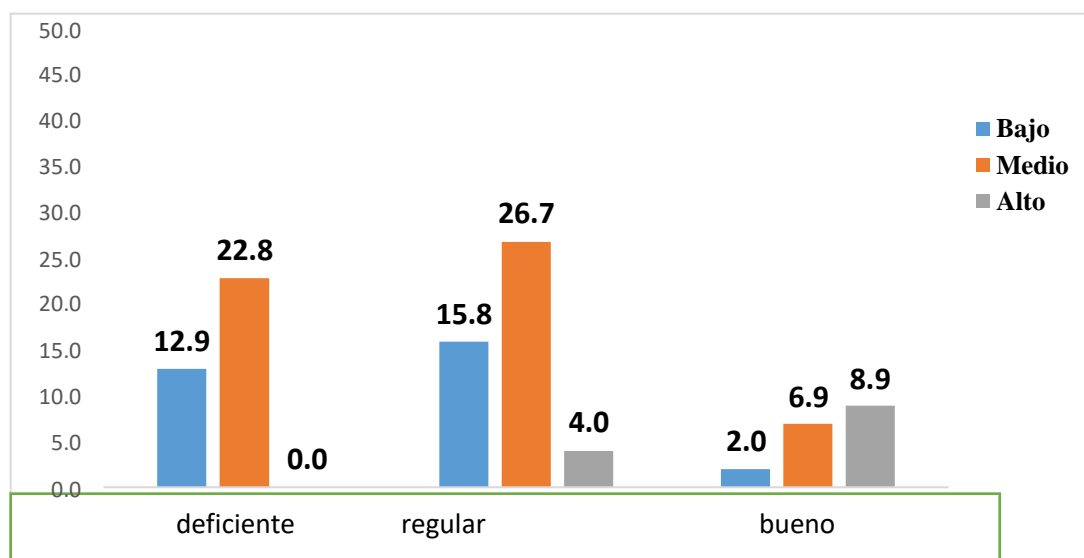
ANALISIS e INTERPRETACION: Como observamos en el siguiente grafico de un total de 101 madres que equivale a un 100% observamos que 29.7 % que equivale a 30 madres tienen actitudes y practicas malas en la prevención de enfermedades diarreicas agudas y un 56.4 % que equivale a 56 madres tienen actitudes y practicas regulares en la prevención de enfermedades diarreicas agudas y 13.9 % que equivale a 14 madres tienen actitudes y practicas buenas

Entonces podemos decir que 56.4 % que equivale a 56 madres tienen actitudes y prácticas regulares en la prevención de enfermedades diarreicas agudas.

Comparando con el antecedente de Chávez Duran Martha, En la tesis Factores predisponentes de las EDAs en niños de 0 a 5 años en la asociación de Pavayoc Santa Ana – Quilla bamba y que concluye: el poblador de Pavayoc consume agua cruda por lo tanto esta costumbre mantiene latente el riesgo de contaminación por transporte no sanitario y teniendo en cuenta que no tiene una adecuada saneamiento básico donde el 80% elimina la basura cerca de su casa el 14% al río, constituyéndose en un foco para la proliferación de factores y fuentes de contaminación del agua. Del mismo modo la disposición de excretas se realiza a campo abierto, cerca del manante o río lo que conduce a la contaminación del agua, suelo y alimentos. Existe una mala práctica de higiene, principalmente en el lavado de manos de sus niños antes de los alimentos y después de realizar sus necesidades fisiológicas, así como una mala higiene en la preparación de los alimentos por parte de las madres de Pavayoc.

TABLA N° 05

Actitud de las madres con niños menores de 5 años en la prevención de EDAs y su relación con el nivel de conocimiento de las madres con niños menores de 5 años en la prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas.



Fuente: Encuesta realizada a las madres de niños menores de 5 años de la comunidad de Caururu.

Análisis e Interpretación: Del siguiente gráfico se observó que de 101 que equivalen a un 100% madres, donde el 26.7% de las madres encuestadas tienen un nivel de conocimiento regular, que equivale a 26 madres de familia, mientras que el 22.8% tienen un nivel de conocimiento malo que equivale a 22 madres de familia y sólo el 8.9% tienen un nivel conocimiento bueno que equivale a 8 madres de familia con respecto a la actitud y su relación con el nivel de conocimientos de las madres de familia para la prevención de enfermedades diarreicas agudas.

Por lo tanto, se concluyó que de las 101 madres de familia encuestadas de la comunidad de Caururu, solo 26 madres de familia tienen actitudes y conocimientos regulares sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas, debido a que las madres no reciben la educación necesaria con respecto a las medidas preventivas de las enfermedades diarreicas agudas además se observa que ellos tienen más creencias en las hierbas medicinales.

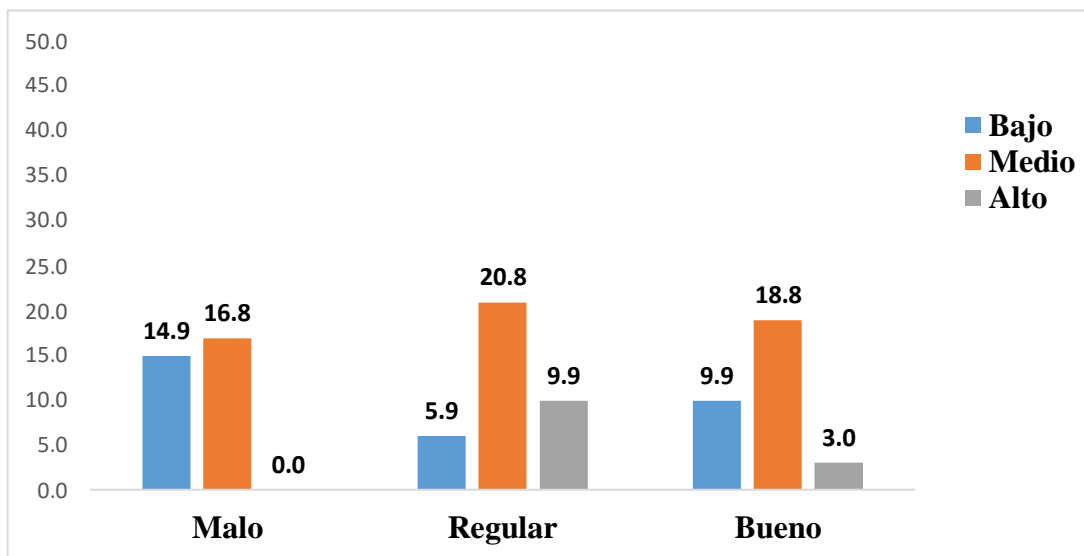
En el siguiente antecedente de estudio comparativo de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de cinco años del C.S. ciudad Nueva y C.S. San Francisco, 2011, hemos podido encontrar que:

La actitud (54,08%), de las madres sobre Enfermedad Diarreica Aguda de madres de niños menores a 5 años atendidos en el C. S. Ciudad Nueva, seguido de una muy buena actitud (19,39%), un grupo con mala actitud (17,35%) y muy mala actitud (9,18%). Como también se obtuvo buena actitud (49,66%) sobre Enfermedad Diarreica Aguda de las madres de niños menores a 5 años atendidos en el C. S. San Francisco, seguido muy buena actitud (26,90%), un grupo con mala actitud (14,48%) y muy mala actitud. (8,97%).

Con respecto al conocimiento Se determinó que predominó, el muy buen nivel de conocimiento sobre Enfermedades Diarreicas Agudas (37,76%) en las madres atendidas del C. S. Ciudad Nueva, esto fue mejor que las madres atendidas en el C. S. San Francisco, donde alcanzaron el buen nivel de conocimiento fue el más frecuente con 43,45%.

TABLA N° 06

Prácticas de las madres con niños menores de 5 años en la prevención de EDA y su relación con el Nivel de conocimiento de las madres con niños menores de 5 años en la prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas.



Fuente: Encuesta realizada a las madres de niños menores de 5 años de la Comunidad de Caururu.

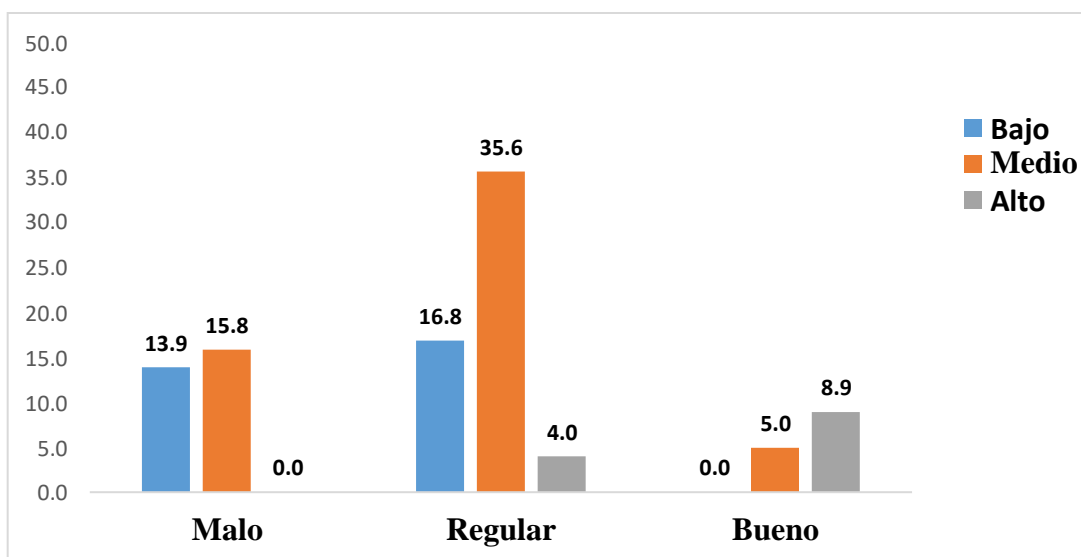
Análisis e Interpretación: Del siguiente gráfico se observó que de 101 madres de familia que equivale a un 100% donde 20.8 % de las madres encuestadas de la comunidad de Caururu tienen prácticas regulares, que equivale a 20 madres de familia y mientras que el 16.8% tienen malas prácticas que equivale a 16 madres de familia y sólo el 18.8% tienen prácticas buenas que equivalen a 18 madres de familia.

Por lo tanto, se concluyó que, de las 101 madres encuestadas, solo 20 madres tienen prácticas regulares sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas. Debido a la desinformación y falta de acceso a los servicios de salud. En el siguiente antecedente

de 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, 2011, hemos podido encontrar que la buena práctica sobre Enfermedades Diarreicas Agudas predominó (37,76%) en las madres atendidas del C.S. Ciudad Nueva, esto fue mejor que las madres atendidas en el C.S. San Francisco, donde alcanzaron el buen nivel de prácticas fue el menos frecuente con 36,55%.

TABLA N° 07

Actitudes y prácticas de las madres con niños menores de 5 año en la prevención de enfermedades diarreicas agudas y su relación con el Nivel de conocimiento de las madres con niños menores de 5 años en la prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas.



Fuente: Encuesta realizada a las madres de niños menores de 5 años de la Comunidad de Caururu.

Análisis e Interpretación: Del siguiente gráfico se observó que de 101 que equivalen a un 100% madres, donde el que el que el 35.6 % de las madres encuestadas de la comunidad de Caururu tienen actitudes y prácticas regulares que equivalen a 35 madres de familia,

mientras que el 15.8% malas actitudes y prácticas que equivalen a 15 madres familia y sólo el 8.9% tienen actitudes y prácticas buenas que equivalen a 8 madres de familia.

Por consiguiente, se concluyó que solo 35 madres de familia tienen actitudes y prácticas regulares relacionadas con el nivel de conocimientos sobre las enfermedades diarreicas esto fue mejor que las madres atendidas en el C.S. San Francisco, donde alcanzaron el buen nivel de conocimiento fue el más frecuente con 43,45%.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Luego de haber realizado el presente estudio de investigación, se formularon las siguientes conclusiones:

1. Concluimos que de un total de 101 madres que equivale a un 100 %, 30.7 % que equivale a 31 madre tienen un nivel de conocimiento bajo y el 56.4 % que equivale a 56 madres tienen un nivel de conocimiento medio y el 12.9 % que equivale a 13 madre de niños menores de 5 años tienen un conocimiento alto.
2. Concluimos que de un total de 101 madres que equivale a un 100%, 35.6% que equivale a 36 madres de niños menores de 5 años tienen una actitud mala y en un 46.5 % que equivale a 46 madres tiene actitud regular mientras que un 17.8 % que equivale a 18 madres de niños menores de 5 años tiene actitud buena. Donde se deduce que 46,5 % de las madres de niños menores de 5 años tienen regular actitud en la prevención de enfermedades diarreicas agudas.
3. Concluimos que de un total de 101 madres que equivale a un 100%, 31.7 % que equivale a 32 madres de niños menores de 5 años tienen practicas malas mientras que un 36.6 % que equivale a 37 madres tienen una práctica regular y 31.7 % que

equivale a 32 madres practican adecuadamente para prevenir las enfermedades diarreicas agudas.

4. Concluimos que de un total de 101 madres que equivale a un 100% observamos que 29.7 % que equivale a 30 madres tienen actitudes y practicas malas en la prevención de enfermedades diarreicas agudas y un 56.4 % que equivale a 56 madres tienen actitudes y practicas regulares en la prevención de enfermedades diarreicas agudas y 13.9 % que equivale a 14 madres tienen actitudes y practicas buena.

RECOMENDACIONES

De los resultados obtenidos en el presente estudio se derivan las siguientes recomendaciones:

1. . Desarrollar propuestas que capaciten a las madres sin perder la esencia de su tradición (creencias, actitudes y costumbres) y plantear estrategias que mejoren la atención que brindan los profesionales y futuros profesionales de enfermería en un enfoque intercultural.
2. Al profesional de enfermería que deben seguir realizando trabajos de investigación cuantitativa y cualitativa sobre la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años, debido que es un problema de Salud Pública.
3. Que se debe realizar coordinación con las autoridades de salud y educación con la finalidad de promocionar estilos de vida saludables que favorezca en especial a los niños menores de 5 años.
4. Hacer seguimiento de las EDAs en los diferentes niveles ya sea la comunidad Municipios, centros educativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aldereguía, H. (2008) Nuevas orientaciones de la Salud Pública Socialista: Principales aspectos. Rev. Cub. Sal. Pub. 14 (2): 7-8.

Almedon, A. Blumenthal U. y Manderson, L. (2007) Procedimientos para la Evaluación de la Higiene, Enfoques y Métodos para Evaluar Prácticas de Higiene Relacionadas con el Agua y Saneamiento. International Nutrition Foundation for Developing Countries (INFDC). Australia: London School of Hygiene and Tropical Medicine, UNICEF.

Álvarez, S. Mainnegra, I. Moliner, B. (2009) Enfermedades diarreicas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Behrman, R. (2007) Tratado de Pediatría de Neisson. 15va Ed. España: Mc Graw Hill Interamericana.

Brito, Y.(2008) Propuesta de un Programa Educativo para la prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas. Tesis para optar el título de Magister. Cuba: Universidad de Camagey.

Carbajal, D. (2009) Las enfermedades diarreicas y su prevención, el Cloro y la Salud. Monografía de internet. Lima. Acceso 10 set. 2013.

- Castillo, M. Toledo, G. Tejeiro, A. Rodríguez, P. (2010) La alimentación en los niños con diarrea. La Habana
- Cervantes, C. y Bosch, M. (2010) Valoración del conocimiento de las madres sobre las diarreas y su prevención. Santiago de Cuba. Rev. Cubana Enfermería. 17(1)569.
- Chávez, R. (2012) Boletín epistemológico. ESSALUD – GCPS_OPIS, Lima. Vol. EPI N° 02.
- Chelala, C. (2009) Enfermedades diarreicas agudas (EDAS). Washington: OPS.
- Dain, A. (2008) Infectología, prevención y Control de Enfermedades Diarreicas Agudas y Respiratorias Agudas. Monografía de Internet. Lima.
- Díaz, J. y Díaz, M. (2010) Influencia de la educación sanitaria para la prevención de las diarreas agudas en niños. Tesis para optar el título de Magister. Ecuador: Universidad de Quito.
- Diccionario ABC de la Lengua Española. (2009) Concepto de Actitudes.
- Freijoso, M., Herrera, S. Delgado, I. (2009) Guía para la práctica clínica de las enfermedades diarreicas agudas.
- Galo, G.; Freire, B. y Santillán, V. (2011) Factores de riesgo que influyen en el incremento de enfermedades diarreicas agudas (EDA) detectadas en niños/as de 1-4 años de edad que acuden a la consulta externa del hospital “Dr. Juan Montalván Cornejo” de la Parroquia Ricaurte durante el segundo semestre del año 2010 - 2011. Tesis para optar el título de Magister. Los Ríos – Ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo.

- González, J. y Macas, D. (2009) Etiología de la Enfermedad Diarreica aguda (EDA) en niños menores de cinco años durante el periodo febrero-junio 2008, en la Ciudad de Loja. Tesis para optar el título de Magister. Ecuador: Universidad Técnica particular de Loja.
- Guiraldes, E. Larrain, F. (2008) Factores de riesgo de las enfermedades diarreicas. Manual de Gastroenterología Pediátrica: diarrea Aguda en la Infancia.
- Hernández, F. (2009) Enfermedades diarreicas Agudas.
- Herrera, M. (2009) Epidemiología de las diarreas y la higiene, prevención y control de las diarreas. Estados Unidos: Panamericana: UNICEF.
- Mata, W. y Ortega, T. (2012) Conocimiento sobre medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDA y su relación con características sociodemográficas. Tesis para optar el título de Magister. Lima-Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Ministerio de Salud. (2008) Sub Programa de Control de Enfermedades Diarreicas y el Cólera (PRONACEDO), manual de Normas Técnicas para el Manejo, Prevención y Control de la Enfermedad Diarreica Aguda y el Cólera. Lima – Perú: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2009) Boletín del Comité Sectorial de Agua y Saneamiento. Lima- Perú: Ministerio de Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008) Organización Mundial de la Salud. Medio ambiente y desarrollo, Salud y ambiente. Washington, DC: OPS/OMS.

- Organización Panamericana de la Salud. (2008) Organización Panamericana de la Salud y el ambiente en el desarrollo sostenible. Washington: OPS.
- Osborn, L. (2008) Pediatría Preventiva y la alimentación en los niños menores de 5 años. Tratado de Pediatría.
- Pacheco, D. y Landaeta, Y. (2011) Programa educativo sobre la diarrea en niños de 0-4 años dirigido a las madres que asisten a las consultas del ambulatorio “Dr. Miguel Franco”. Tesis para optar el título de Magister. Universidad de Carabobo.
- Quispe, M. (2012) Conocimiento actitudes y prácticas de las madres en niños menores de 5 años, con casos de EDA de la comunidad de Yuncaypata que acuden al centro de salud de Wanchaq.
- Reyes, Y. y Rey, Y. (2009) Conocimientos de las madres sobre la diarrea y su prevención. Proyecto de Investigación. Cuba: Revista de Ciencias Médicas La Habana.
- Rodríguez, S. Penicht, A. y Velásquez, M. (2009) Comportamiento de los Factores de Riesgos de Salud Infantil y la alimentación en los niños. Rev. Cubana.
- Rua, M. Díaz B. (2008) Educación popular y participación. La Habana: Caminos.
- Tácanan, S. (2011) 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. Tesis para optar el título de Magister. Nueva York: Universidad nacional Jorge Basadre.

Tarazona, E. (2009) Conocimientos sobre higiene en la manipulación de alimentos que tienen las madres de los Comedores Populares del distrito de los Olivos. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos.

Urrestarazu, M. Pérez, E. (2009) Características etiológicas clínicas y sociodemográficas de la diarrea aguda en Venezuela: Rev. Pan. Salud Pública/ Pan Pública Heath.

Vargas, T. (2009) El Lavado de Manos Sigue Siendo un Hábito Saludable en la Prevención de Enfermedades. Monografía de internet.

Velandia, T. (2010) Elementos transformadores en los conocimientos, actitudes y prácticas que influyen en los factores determinantes de Enfermedad Diarreica Aguda en las madres o cuidadores de niños menores de 2 años. Tesis para optar el título de Magister. Colombia: Universidad de la Sabana.

ANEXOS

VALIDACION DE LA ENCUESTA

Para el análisis de fiabilidad de la encuesta se utilizó el estadístico Alfa de Cronbach para las 18 preguntas referentes a los conocimientos y prácticas en el cuidado y atención de las madres con hijos menores a 5 años de la Comunidad de Caururu, Centro Poblado de Curhuaz. Según el análisis realizado resultó un Alfa de Cronbach igual a 0.909 para los 18 elementos, del cual se llega a la conclusión de que la fiabilidad de la encuesta es muy buena.

A continuación, el cuadro presenta Estadísticos como el Alfa de Cronbach si se eliminan elementos.

CONTRASTE DE HIPOTESIS

H₀: A mayor nivel de conocimientos, actitudes y prácticas mayor será la prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs) de las madres con niños menores de 5 años en la Comunidad de Caururu, Centro Poblado de Curhuaz, período Abril – agosto 2013.

El conocimiento en la prevencion de las EDAS

Tabla N° 01: Relacion del conocimiento como en la prevencion de las EDAS

Previene las EDAS en su niño	Conoce sobre la manipulación, La higiene, la conservación de los alimentos		Total
	Si	No	

Si	32 ---> 100%	11 ---> 15.9%	43 ---> 42.6%
No	0 ---> 0%	58 ---> 84.1%	58 ---> 57.4%
TOTAL	32 ---> 100%	69 ---> 100%	101 ---> 100%

Fuente: Elaboracion propia a partir del analisis de la encuesta

X²= 63.180

GL= 1

P-Valor= 0.000

El siguiente cuadro de contingencia presenta que el 100% de las madres que si saben que la manipulación, higiene y la buena conservación de los alimentos previene las enfermedades diarreicas agudas. Cuando las madres (58 de 101) desconocen sobre la manipulación, higiene y la buena conservación de los alimentos, no saben cómo prevenir dichas enfermedades. Es decir que a mayor conocimiento mayor será la prevención de las EDAs.

Usando la prueba estadística no paramétrica Chi-cuadrada para realizar la prueba de independencia, encontramos que el Conocimiento está relacionado con la prevención de las EDAs.

El P-Valor (0.000) es menor al nivel de significancia de 5% (0.05), el cual indica que es significativa estadísticamente la relación entre las dos variables de análisis. Por lo que aceptamos que el conocimiento es un factor influyente en la Hipótesis expuesta

La Actitud en la prevencion de las EDAs

Tabla N° 01: Relacion entre la actitud y la prevencion de las EDAs

Previene las EDAS en su niño	Actitud de la madre contra las EDAS		Total
	Si	No	
Si	40 ---> 100%	3 ---> 4.9%	43 ---> 42.6%

No	0 ---> 0%	58 ---> 95.1%	58 ---> 57.4%
TOTAL	40 ---> 100%	61 ---> 100%	101 ---> 100%

Fuente: Elaboracion propia a partir del analisis de la encuesta

X²= 89.333

GL= 1

P-Valor= 0.000

El siguiente cuadro de contingencia presenta que el 100% de las madres saben que la actitud considerada con la higiene y la buena conservación de los alimentos previene las enfermedades diarreicas agudas. Cuando las madres muestran una actitud favorable sobre la manipulación, higiene y la buena conservación de los alimentos, mejor se previene las EDAs de sus hijos. Es decir que a mayor y mejor Actitud mayor será la prevención de las EDAs. Sin embargo, existe un porcentaje (58 de 101) bastante considerable de madres que no muestran una actitud favorable en la prevención de las EDAs.

Usando la prueba estadística no paramétrica Chi-cuadrada para realizar la prueba de independencia, encontramos que la Actitud está relacionada con la prevención de las EDAs.

El P-Valor (0.000) es menor al nivel de significancia de 5% (0.05), el cual indica que es significativa estadísticamente la relación entre las dos variables de análisis. Por lo que aceptamos que la Actitud es un factor influyente la Hipótesis expuesta

Las Practicas en la prevencion de las EDAS

Tabla N° 01: Relación entre las Prácticas y la prevención de las EDAs

Previene las EDAS en su niño	Prácticas realizadas por las madres contra las EDAS			Total
	Mucho	Poco	Nada	

Si	21 ---> 100%	22 ---> 66.7%	0 ---> 0%	43 ---> 42.6%
No	0 ---> 0%	11 ---> 33.3%	47 ---> 100%	58 ---> 57.4%
TOTAL	21 ---> 100%	33 ---> 100%	47 ---> 100%	101 ---> 100%

Fuente: Elaboracion propia a partir del analisis de la encuesta

$$X^2= 71.005$$

$$GL= 2$$

$$P\text{-Valor}= 0.000$$

El siguiente cuadro de contingencia presenta que el 100% de las madres saben que las buenas prácticas en la manipulación, higiene y la buena conservación de los alimentos previenen las enfermedades diarreicas agudas. Cuando las madres no ponen nada de las buenas prácticas entienden que no previenen dichas enfermedades. Es decir que a mayor conocimiento mayor será la prevención de las EDAS. Sin embargo, existen 47 de 101 madres que ponen nada de las buenas prácticas en la prevención de dichas enfermedades.

Usando la prueba estadística no paramétrica Chi-cuadrada para realizar la prueba de independencia, encontramos que las buenas prácticas están relacionadas con la prevención de las EDAS. Pues el P-Valor (0.000) es menor al nivel de significancia de 5% (0.05), el cual indica que es significativa estadísticamente la relación entre las dos variables de análisis. Por lo que aceptamos que las buenas Prácticas es un factor influyente la Hipótesis expuesta.

CONCENTIMIENTO INFORMADO:



Yo.....

identificado con DNI... autorizo a las bachilleres en enfermería Karen correa salinas y carolina Lázaro Sánchez a realizarme una entrevista encuesta para obtener datos sobre el tema a estudiar, sobre nivel de conocimientos de las madres sobre la higiene en la manipulación de alimentos para prevenir las Enfermedades Diarreicas Agudas en niños menores de 5 años, así mismo afirmo haber sido informada de los objetivos del estudio, haber comprendido de la importancia del tema y estar habilitada a desistir en cualquier momento si lo deseo.

.....

Firma del asistente

.....

Karen Correa Salinas

.....

Carolina Lázaro Sánchez

CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS ENFERMADES DIARREICAS AGUDAS.

Buenos días Sra. Somos las Srtas. Karen Correa Salinas y Carolina lázaro Sánchez, que en esta oportunidad nos encontramos realizando un estudio en coordinación con el personal de Salud de la comunidad de Caururu, a fin de obtener información relacionada, al nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de las madres para la prevención de enfermedades diarreicas agudas. Por lo que se le solicita su participación y colaboración a través de sus respuestas en forma clara, y expresándole que su información es de carácter confidencial y sólo para uso del estudio, se le agradece por su gentil colaboración.

INSTRUCCIONES:

A continuación, se le presenta una serie de preguntas por lo que se le solicita marcar con un aspa (X) la respuesta que Ud. considere correcta y completar la información que se le solicita.

DATOS GENERALES:

1. Edad.....

2. Estado Civil
 - a) Soltera

 - b) Casada

 - c) Viuda

 - d) Divorciada

 - e) Ninguna de las anteriores

3. Lugar de nacimiento.....

4. Grado de instrucción de la madre.
 - a) Primaria.

 - b) Secundaria.

 - c) Superior.

d) Estudios no concluidos

e) Ninguna de las anteriores

5. Edad del niño.....

6. ¿Usted cuenta con los servicios básicos?

a) Agua potable

b) Desagüe.

c) Luz.


d) Eliminación de la basura

e) Luz y desagüe

DEL CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

1. ¿Qué consecuencias tiene la inadecuada manipulación de los alimentos para su hijo?
 - a) El niño se desarrolla mejor.
 - b) Alimenta bien al niño
 - c) Produce enfermedades diarreicas agudas
 - d) Produce infecciones respiratorias agudas
 - e) Ninguna de las anteriores

 2. ¿Qué produce la falta de higiene en las personas?
 - a) Enfermedades por parásitos
 - b) Enfermedades estomacales
 - c) Enfermedades respiratorias agudas
 - d) Enfermedades diarreicas agudas
 - e) Ninguna de las anteriores

 3. ¿Cuál es la causa principal de las enfermedades diarreicas agudas?
 - a) lavado de las manos
 - b) Limpieza de la casa
-
- 

- c) Baño diario y limpieza de dientes
 - d) Falta de higiene en el niño.
 - e) Ninguna de las anteriores
4. ¿Cómo se debe cuidar el medio en que habita la familia para evitar las enfermedades diarreicas agudas?
- a) Tomando agua limpia y clorada
 - b) Lavándose las manos siempre
 - c) Limpiando la casa, disponiendo bien la basura
 - d) Cerrando las ventanas y cuidarse del frío
 - e) Ninguna de las anteriores
5. ¿Cómo reconoce que su hijo presenta deshidratación?
- a) Cuando su hijo tiene fiebre
 - b) Cuando su hijo esta lloroso y intranquilo.
 - c) Cuando las mucosas de la boca están secas y los ojos hundidos.
 - d) Niño inconsciente
 - e) Ninguna de las anteriores

6. ¿Cómo Ud. puede prevenir las enfermedades diarreicas agudas?
- a) preparando y almacenando adecuadamente los alimentos, hirviéndolos, tapándolos.
 - b) Tomando agua del caño
 - c) Consumiendo las frutas y verduras sin lavarlas.
 - d) Los alimentos se encuentran sin tapar
 - e) Ninguna de las anteriores
7. ¿Qué características deben tener los lugares donde se compran los Alimentos?
- a) Local iluminado.
 - b) Local poco ventilado.
 - c) Local Limpio.
 - d) Productos en contacto con el suelo y expuestos al medio ambiente.
 - e) Productos expuestos en mostradores y/ conservadoras.
8. ¿Cómo se debe de realizar la limpieza y el uso de los utensilios, vajillas y equipos de cocina?
- a) Los utensilios y las vajillas deben ser lavado solo con agua
 - b) Lavarlos después de su uso con agua depositada mezclada con detergentes.

- c) Solo limpiarlo con un mantel.
- d) Se usan sin secarlos previamente.
- e) Lavarlos con agua hervida y guárdalos en un lugar limpio secos y ventilados

9. ¿Qué reglas de higiene debe practicar la madre para preparar los alimentos?

- a) Baño eventual
- b) Uso de mandiles y gorros.
- c) Lavarse las manos antes y después de coger los alimentos,
- d) Evitar toser o estornudar sobre los alimentos
- e) Cabellos sueltos y anillos en las manos

10. ¿Qué características deben tener las frutas y verduras para su compra?

- a) Superficies sin agujeros.
- b) Hojas amarillas y frutos secos.
- c) Maduras y con buen verdor
- d) Presencia de hongos y/o insectos
- e) Olores aromáticos.

CODIFICACIÓN DE PREGUNTAS DE CONOCIMIENTOS

Instrumento para medir el nivel de conocimiento

PREGUNTA	RESPUESTA	CÓDIGO	PUNTAJE
1. ¿Qué consecuencias tiene el mal manejo de los alimentos para su niño menor de 5 años?	a) Enfermedades por parásitos	1	0
	b) Enfermedades estomacales	2	0
	c) Enfermedades respiratorias agudas	3	0
	d) Enfermedades diarreicas agudas	4	1
	e) Ninguna de las anteriores,	5	0
2. ¿Qué produce la falta de higiene personal?	a) Enfermedades respiratorias agudas	1	0
	b) Enfermedades diarreicas agudas	2	1
	c) Enfermedades bronquiales	3	0
	d) Enfermedades de la piel	4	0
	e) Ninguna de las anteriores	5	0

3. ¿Qué produce la falta de higiene personal?	a) El lavado permanente de las manos	1	0
	b) Casa con aseo permanente	2	0
	c) Baño diario y limpieza de dientes	3	0
	d) Falta de higiene en niños de 2 meses y mayores	4	1
	e) Ninguna de las anteriores	5	0
4 ¿Cómo se debe cuidar el medio ambiente para evitar las enfermedades diarreicas agudas?	a) Tomando agua limpia y clorada	1	0
	b) Lavándose las manos siempre	2	0
	c) Limpiando la casa, disponiendo bien la basura	3	1
	d) Cerrando las ventanas y cuidarse del frío	4	0
	e) Ninguna de las anteriores	5	0



5 ¿Cómo reconoce usted cuando su hijo presenta deshidratación?	a) Cuando el niño tiene fiebre	1	0
	b) Cuando el niño esta lloroso y intranquilo.	2	0
	c) Cuando las mucosas de la boca están secas y los ojos hundidos.	3	1
	d) Niño inconsciente	4	0
	e) Ninguna de las anteriores	5	0
6 Cómo sabe que su hijo menor de 5 años presenta una diarrea persistente?	a) Cuando dura de 3 a 8 días	1	0
	b) Cuando dura de 9 a 12 días	2	0
	c) Cuando dura menos de 14 días	3	0
	d) Cuando dura más de 14 días	4	1
	e) Ninguna de las anteriores	5	0
7 ¿Cómo conoce sí su niño menor de 5 años tiene diarrea acuosa?	a) Por las características internas	1	0
	b) Por las características externas	2	1

	c) Por las características fuertes	3	0
	d) Por las características débiles	4	0
	e) Ninguna de las anteriores	5	0
8¿ Cómo se debe de realizar la limpieza y el uso de los utensilios, vajillas y equipos de cocina	a) Los utensilios y las vajillas deben ser lavado solo con agua	1	0
	b) Lavarlos después de su uso con agua depositada mezclada con detergentes.	2	0
	c) Solo limpiarlo con un mantel.	3	0
	d) Se usan sin secarlos previamente.	4	0
	e) Lavarlos con agua hervida y guárdalos en un lugar limpio secos y ventilados	5	1
9 ¿Qué reglas de higiene debe practicar la madre para preparar los alimentos?	a) Baño eventual	1	0
	b) Uso de mandiles y gorros.	2	0
	c) Lavarse las manos antes y después de coger los alimentos,	3	0

	d) Evitar toser o estornudar sobre los alimentos	4	1
	e) Cabellos sueltos y anillos en las manos	5	0
10 ¿Qué características deben tener las frutas y verduras para su compra?	a) Superficies sin agujeros.	1	0
	b) Hojas amarillas y frutos secos.	2	0
	c) Maduras y con buen verdor	3	1
	d) Presencia de hongos y/o insectos	4	0
	e) Olores aromáticos.	5	0



GUIA DE OBSERVACION PARA MEDIR ACTITUD

INSTRUCCIÓN: estos indicadores forman parte de un trabajo de investigación en enfermería, con el fin de conocer las actitudes de prevención sobre EDAs de las madres con niños menores de 5 años en la comunidad de Caururu.

Puntaje:

Si = 1

No = 0

INDICADORES DE MEDICIÓN	CRITERIOS	
	SI	NO
1. La madre manipula los alimentos con higiene.		
2. la madre, cubre los alimentos para evitar que se posen las moscas, etc).		
3. La madre se lava las manos con agua y jabón, antes de preparar los alimentos.		
4. La familia consume agua hervida o clorada.		
5. La madre dispone adecuadamente de la basura: (Tacho)		
6. La madre almacena el agua adecuadamente.		

GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA MEDIR PRÁCTICAS

INSTRUCCIÓN: estos indicadores forman parte de un trabajo de investigación en enfermería, con el fin de conocer las actitudes de prevención sobre EDAs de las madres con niños menores de 5 años en la comunidad de Caururu.

Puntaje:

Si = 1

No = 0

INDICADORES DE MEDICIÓN	CRITERIOS	
	SI	NO
1. La madre se lava las manos con jabón.		
2. Cuenta con baño .		
3. Lava adecuadamente las verduras.		
4. Le da alimentos adecuados cuando su niño presenta diarrea.		
5. Hierve el agua más de 5 minutos.		

Grafica N° 01

Nivel de conocimiento de las madres con niños menores de 5 año en la prevención de EDA	n	%
Bajo	31	30.7
Medio	57	56.4
Alto	13	12.9
Total	101	100.0

TABLA N° 02

Actitud de las madres con niños menores de 5 año en la prevención de EDA	n	%
Malo	36	35.6
Regular	47	46.5
Bueno	18	17.8
Total	101	100.0

TABLA N° 03

Actitud de las madres con niños menores de 5 año en la prevención de EDA	n	%
Malo	36	35.6
Regular	47	46.5
Bueno	18	17.8
Total	101	100.0

TABLA N° 04

Prácticas de las madres con niños menores de 5 año en la prevención de EDA	n	%
Malo	32	31.7
Regular	37	36.6
Bueno	32	31.7
Total	101	100.0

TABLA N° 05

Actitudes y prácticas de las madres con niños menores de 5 año en la prevención de EDA	n	%
Malo	30	29.7
Regular	57	56.4
Bueno	14	13.9
Total	101	100.0

TABLA N° 06

Actitud de las madres con niños menores de 5 año en la prevención de EDA	Nivel de conocimiento de las madres con niños menores de 5 año en la prevención de EDA							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Malo	13	12.9	23	22.8	0	0.0	36	35.6
Regular	16	15.8	27	26.7	4	4.0	47	46.5
Bueno	2	2.0	7	6.9	9	8.9	18	17.8
Total	31	30.7	57	56.4	13	12.9	101	100.0

TABLA N° 07

Prácticas de las madres con niños menores de 5 año en la prevención de EDA	Nivel de conocimiento de las madres con niños menores de 5 año en la prevención de EDA							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Malo	15	14.9	17	16.8	0	0.0	32	31.7
Regular	6	5.9	21	20.8	10	9.9	37	36.6
Bueno	10	9.9	19	18.8	3	3.0	32	31.7
Total	31	30.7	57	56.4	13	12.9	101	100.0

TABLA N° 08

Actitudes y prácticas de las madres con niños menores de 5 año en la prevención de EDA	Nivel de conocimiento de las madres con niños menores de 5 año en la prevención de EDA							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	N	%	n	%	n	%	N	%
Malo	14	13.9	16	15.8	0	0.0	30	29.7
Regular	17	16.8	36	35.6	4	4.0	57	56.4
Bueno	0	0.0	5	5.0	9	8.9	14	13.9
Total	31	30.7	57	56.4	13	12.9	101	100.0

FORMATO DE REPOSITORIO



REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

1. Información del Autor				
CORREA SALINAS KAREN MAGALY		42139308	karlysalinas@hotmail.com	
Apellidos y Nombres		DNI	Correo Electrónico	
2. Tipo de Documento de Investigación				
<input checked="" type="checkbox"/> Tesis	<input type="checkbox"/> Trabajo de Suficiencia Profesional	<input type="checkbox"/> Trabajo Académico	<input checked="" type="checkbox"/> Trabajo de Investigación	
3. Grado Académico o Título Profesional ¹				
<input type="checkbox"/> Bachiller	<input checked="" type="checkbox"/> Título Profesional	<input type="checkbox"/> Título Segunda Especialidad	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Doctorado
4. Título del Documento de Investigación				
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN LA COMUNIDAD DE CAURURU, CENTRO POBLADO DE CARHUAZ, PERIODO ABRIL-AGOSTO, 2013				
5. Programa Académico				
Enfermería				
6. Tipo de Acceso al Documento				
<input checked="" type="checkbox"/> Abierto o Público ² (info:eu-repo/semantics/openAccess)		<input type="checkbox"/> Acceso restringido ⁴ (info:eu-repo/semantics/restrictedAccess) ^(*)		
(*) En caso de restringido sustentar motivo				

A. Originalidad del Archivo Digital

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado Evaluador y forma parte del proceso que conduce a obtener el grado académico o título profesional.

B. Otorgamiento de una licencia CREATIVE COMMONS⁵

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.⁶




Firma

Lugar	Día	Mes	Año
Chimbote	10	02	2022

Importante

- Según Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU-CD, Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar Grados Académicos y Títulos Profesionales. Art. 8 inciso 8.2.
- Ley N° 30035 Ley que regula el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto y D.S. 008-2015-PCM.
- Si el autor eligió el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad San Pedro una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer arreglos de forma en la obra y difundir en el Repositorio Institucional Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 8221.
- En caso de que el autor elija la segunda opción únicamente se publicará los datos del autor y resumen de la obra, de acuerdo a la directiva N° 004-2016-CD/UNYTEC-DEIG (Numeradas 5.2 y 5.7) que norma el funcionamiento del Repositorio Nacional Digital.
- Las licencias Creative Commons (CC) es una organización internacional sin fines de lucro que pone a disposición de los autores un conjunto de licencias flexibles y de herramientas tecnológicas que facilitan la difusión de información: recursos educativos, obras artísticas y científicas, entre otros. Estas licencias también garantizan que el autor obtenga el crédito por su obra.
- Según el inciso 12.2 del artículo 10° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales -RENATI "Las universidades, Instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales prestando el servicio de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI a través del Repositorio ALICIA".

Note: - En caso de falsedad en los datos, se procederá de acuerdo a ley (Ley 29444 art. 32, núm. 32.3)

REPORTE DE SIMILITUD

Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las madres con niños menores de cinco años en la Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas en la Comunidad de Caururu, Centro Poblado de Curhuaz, Período Abril - Agosto 2013

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	prezi.com Fuente de Internet	1%
2	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
3	www.repositorioacademico.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	www.sanmiguel.com.mx Fuente de Internet	1%
5	www.buenastareas.com Fuente de Internet	1%
6	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	bibianasalasromero.blogspot.com Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.unsa.edu.pe	

	Fuente de Internet	<1%
9	www.minsa.gob.pe Fuente de Internet	<1%
10	Submitted to Universidad de San Martin de Porres Trabajo del estudiante	<1%
11	www.dspace.espol.edu.ec Fuente de Internet	<1%
12	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	<1%
13	www.ilustrados.com Fuente de Internet	<1%
14	dspace.utpl.edu.ec Fuente de Internet	<1%
15	Submitted to Atlantic International University Trabajo del estudiante	<1%
16	formadeestilosdevidasaludable.blogspot.com Fuente de Internet	<1%
17	yenzoive6677.blogspot.com Fuente de Internet	<1%
18	Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante	<1%
	www.monografiasresumenes.com	

19	Fuente de Internet	<1%
20	comunicandoencchconpau.blogspot.com Fuente de Internet	<1%
21	www.cosemarozono.es Fuente de Internet	<1%
22	rodinfood.blogspot.com Fuente de Internet	<1%
23	www.fcsuasd.net Fuente de Internet	<1%
24	www.ops.org.uy Fuente de Internet	<1%
25	bvs.sld.cu Fuente de Internet	<1%
26	www.camarazaragoza.com Fuente de Internet	<1%
27	poblaciondecancun.blogspot.com Fuente de Internet	<1%
28	say-cheese-to.me Fuente de Internet	<1%
29	www.lacalera.cl Fuente de Internet	<1%
30	www.fisterra.com Fuente de Internet	<1%

31	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1%
32	www.unicef.org Fuente de Internet	<1%
33	www.definicion.org Fuente de Internet	<1%
34	repositorio.ucsg.edu.ec Fuente de Internet	<1%
35	journal.paho.org Fuente de Internet	<1%
36	www.sesa-mor.gob.mx Fuente de Internet	<1%
37	worldwidescience.org Fuente de Internet	<1%
38	www.naspghan.org Fuente de Internet	<1%
39	sinia.minam.gob.pe Fuente de Internet	<1%
40	es.scribd.com Fuente de Internet	<1%
41	www.cepis.org.pe Fuente de Internet	<1%
42	apps.who.int	

	Fuente de Internet	<1 %
43	gala.gre.ac.uk Fuente de Internet	<1 %
44	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
45	blogdetareasu1planeacioneducativa.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %
46	es.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
47	search.scielo.org Fuente de Internet	<1 %
48	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
49	www.theibfr.com Fuente de Internet	<1 %
50	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	<1 %
51	pablitoweb.galeon.com Fuente de Internet	<1 %
52	www.pasca.org Fuente de Internet	<1 %
53	Submitted to Universidad Alas Peruanas Trabajo del estudiante	<1 %

54	repositorio.upeu.edu.pe Fuente de Internet	<1%
55	caniracveracruz.com.mx Fuente de Internet	<1%
56	bromas.gratis-total.com Fuente de Internet	<1%
57	www.eumed.net Fuente de Internet	<1%
58	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	<1%
59	repositorio.uncp.edu.pe Fuente de Internet	<1%
60	www.saludcantabria.org Fuente de Internet	<1%
61	Submitted to Universidad Rafael Landívar Trabajo del estudiante	<1%
62	tmcgastronomico.blogspot.com Fuente de Internet	<1%
63	www.botanas.org Fuente de Internet	<1%
64	www.scribd.com Fuente de Internet	<1%
65	www.aulavirtual2000.com	

	Fuente de Internet	<1%
66	"VI Latin American Congress on Biomedical Engineering CLAIB 2014, Paraná, Argentina 29, 30 & 31 October 2014", Springer Science and Business Media LLC, 2015 Publicación	<1%
67	creativecommons.org Fuente de Internet	<1%
68	scienti.colciencias.gov.co:8080 Fuente de Internet	<1%
69	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	<1%
70	diposit.ub.edu Fuente de Internet	<1%
71	bibadm.ucla.edu.ve Fuente de Internet	<1%
72	sescam.jccm.es Fuente de Internet	<1%
73	www2.ohchr.org Fuente de Internet	<1%
74	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1%
75	www.unsm.edu.pe	

	Fuente de Internet	<1 %
76	www.theglobalfund.org Fuente de Internet	<1 %
77	www.itg.be Fuente de Internet	<1 %
78	www.unac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
79	www.uady.mx Fuente de Internet	<1 %
80	repositorio.unu.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
81	www.migrar.org Fuente de Internet	<1 %
82	www.diarioladiscusion.cl Fuente de Internet	<1 %
83	Submitted to Instituto Nacional de Salud Publica Trabajo del estudiante	<1 %
84	Germán G. González, Ferdinando Liprandi, Juan E. Ludert. "Molecular epidemiology of enteric viruses in children with sporadic gastroenteritis in Valencia, Venezuela", Journal of Medical Virology, 2011 Publicación	<1 %

85	ojs.rbpg.capes.gov.br Fuente de Internet	<1 %
86	www.salud.gob.mx Fuente de Internet	<1 %
87	www.saludhoy.com Fuente de Internet	<1 %
88	Submitted to West Coast University Trabajo del estudiante	<1 %
89	www.drscope.com Fuente de Internet	<1 %
90	repositorio.ucs.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
91	repositorio.undac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
92	ateneo.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
93	Ricardo José Canales Salinas. "Identificación de los departamentos de Nicaragua con problemas de salud", REICE: Revista Electrónica de Investigación en Ciencias Económicas, 2016 Publicación	<1 %
94	www.biblioteca.usac.edu.gt Fuente de Internet	<1 %

95	share.pdfonline.com Fuente de Internet	<1%
96	www.cofepris.gob.mx Fuente de Internet	<1%
97	www.ohchr.org Fuente de Internet	<1%
98	www.paginamedica.com Fuente de Internet	<1%
99	bases.bireme.br Fuente de Internet	<1%
100	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
101	pndro.ro Fuente de Internet	<1%
102	revistascientificas.upeu.edu.pe Fuente de Internet	<1%
103	www.aiguesmataro.com Fuente de Internet	<1%
104	www.isea.gob.mx Fuente de Internet	<1%
105	www.veterinaria.org Fuente de Internet	<1%
106	redlamyc.info Fuente de Internet	<1%

		<1 %
107	www.triallawyerinflorida.com Fuente de Internet	<1 %
108	sap.org.ar Fuente de Internet	<1 %
109	(Carlinda Leite and Miguel Zabalza). "Ensino superior: inovação e qualidade na docência", Repositório Aberto da Universidade do Porto, 2012. Publicación	<1 %
110	repositorio.unapiquitos.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
111	www.cor.ops-oms.org Fuente de Internet	<1 %
112	mujer.tercera.cl Fuente de Internet	<1 %
113	orizabaenred.com.mx Fuente de Internet	<1 %
114	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
115	repositorio.uns.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

< 10 words

Excluir bibliografía

Activo