

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

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

TESIS

Presentada por:

BACH. SHAELA FIORELLA TÁCUNAN ARCE

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA – PERÚ

2013

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**“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”**

TESIS

Presentada Por:

BACH. SHAELA FIORELLA TÁCUNAN ARCE

**Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

Aprobada por Unanimidad, ante el siguiente jurado:

Mgr. María Soledad Porras Roque
Presidente

Mgr. Ingrid María Manrique Tejada
Jurado

Lic. Jenhy Concepción Mendoza Rosado
Jurado

Mgr. Silvia Cristina Quispe Prieto
Asesora

DEDICATORIA

A Dios, por haberme dado la sabiduría y la fortaleza para que fuera posible alcanzar este sueño, por ser mi fuerza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de experiencias, aprendizajes y sobre toda felicidad. A mis padres Zenón y Natividad y a mi hermano Rodrigo, porque sin su apoyo incondicional no sería nada, por sus consejos y aliento, por enseñarme la constancia, el respeto por el trabajo y la humildad, por aguantar mis malos humores, mis sinsabores y mis dicias, por estar siempre ahí, siempre juntos. A Jose Luis y mi hijo Gianpiero quienes ya son parte de mi vida, Gianpiero mi motor para salir adelante, y poder tener un futuro prometedor a su lado.

AGRADECIMIENTOS

Al término de esta etapa de mi vida, quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr este objetivo.

- *A Dios por permitirme ser parte de este mundo, disfrutar del privilegio de la vida, y por hacerme saber que a pesar de las adversidades siempre existe un nuevo día.*
- *A mis padres, por darme la vida, por su amor, entrega, fuerza y apoyo, a través del cual hoy veo llegar a su fin una de mis grandes metas, la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir.*
- *Igualmente a mi Asesora de Tesis la Mgr. Silvia Quispe Prieto, quien me ha orientado en todo momento en la realización de este proyecto.*
- *A Javier Villanueva por su apoyo y el asesoramiento en el área estadística.*
- *A las Licenciadas en Enfermería del C.S. de Ciudad Nueva y el C.S. de San Francisco que me apoyaron desinteresadamente en la aplicación del instrumento para el presente estudio, gracias.*
- *Y a todas aquellas personas, quienes con un granito de arena, participaron y ayudaron en la realización de este proyecto, mil gracias.*

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
RESUMEN.....	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN.....	01
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	04
1. Fundamentos y formulación del problema.....	03
2. Objetivos	07
3. Justificación	09
4. Formulación de la hipótesis.....	10
5. Operacionalización de variables.....	11
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	13
1. Antecedentes de la Investigación.....	13
2. Bases teóricas	19
3. Definición conceptual de términos	45

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	46
1. Material y métodos.....	46
2. Población y muestra	46
3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	48
4. Procedimientos de recolección de datos.....	53
5. Procesamiento de datos	54

CAPITULO IV: DE LOS RESULTADOS

1. Resultados	56
2. Discusión	66
3. Conclusiones	79
4. Recomendaciones	83

BIBLIOGRÁFICA

ANEXOS

RESUMEN

La enfermedad diarreica aguda es la segunda mayor causa de muerte de niños en el mundo, el presente estudio de investigación es de tipo descriptivo transversal comparativo tiene como objetivo comparar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre enfermedad diarreica aguda en las madres de los niños menores de 5 años que acuden al C.S. Ciudad Nueva y San Francisco, la población intervenida fue de 98 madres del C.S. Ciudad Nueva y 145 madres del C.S. San Francisco, la información se recolecto mediante la aplicación de un cuestionario, en los resultados se comprobó que existe diferencia estadística significativa ($X^2=15,481$; $p<0,05$) entre el nivel de conocimiento sobre Enfermedades Diarreicas Agudas de madres atendidas en el C. S. Ciudad Nueva y San Francisco, lo mismo se demostró en las prácticas de las madres de ambos grupos ($X^2=8,342$; $p=0,039$). Sin embargo en las actitudes de las madres no se obtuvo diferencias significativas para los grupos comparados ($X^2=1,914$; $p=0,591$).

Palabras Claves: Niño, Enfermedad Diarreica Aguda, Conocimientos, Prácticas y Actitudes.

ABSTRACT

Acute diarrheal disease is the second biggest killer of children worldwide, this research study is a descriptive cross-sectional comparative aims to compare the level of knowledge, attitudes and practices on acute diarrheal disease in mothers of children less than 5 years attending the C.S. New City and San Francisco, the intervention population was 98 mothers of CS New Town and 145 mothers of C.S. San Francisco, the information was collected through a questionnaire, the results showed that there was statistically significant difference ($X^2=15,481$; $p<0,05$) between the level of knowledge of acute diarrheal diseases in mothers treated at the C.S. New City and San Francisco, as was demonstrated in the practices of mothers in both groups ($X^2=8,342$; $p=0,039$). But the attitudes of mothers not obtained significant differences for the compared groups ($X^2=1,914$; $p=0,591$).

Keywords: Child, acute diarrhea, Knowledge, Attitudes and Practices.

INTRODUCCIÓN

Con el paso del tiempo hemos convivido con diferentes enfermedades que poco a poco se han ido combatiendo, gracias a los avances científicos como también a la intervención importante en su mayoría de la madre de familia quien interviene como la principal agente de salud que actúa en el hogar desde hace siglos, su función principal es el de cuidar a la familia más aun a sus hijos haciendo uso de sus conocimientos adquiridos por el tiempo para ponerlo en práctica y demostrando una actitud positiva frente a su hijo ante la enfermedad que tuviera.

Es así que la enfermedad diarreica aguda continua siendo uno de los principales problemas de salud pública en los países en desarrollo, constituyen una de las causas principales de mortalidad y morbilidad en el mundo, afectan a todos los grupos de edad, pero los más afectados son los niños menores de 5 años, específicamente en zonas con condiciones de pobreza. En la región de las Américas, la enfermedad diarreica aguda se encuentra entre las cinco primeras causas de muerte en todas las edades en 17 países y se considera la presencia de heces líquidas o

acuosas, generalmente cuando ocurren más de 3 veces en 24 horas y que duran menos de 14 días, donde la disminución de la consistencia es más importante que el número de veces.

En el Perú, se ha registrado hasta la semana epidemiológica 50 (26 de diciembre del 2012), registra un total 507 397 casos de atenciones por Enfermedades Diarreicas Agudas en niños menores de cinco años. La Ciudad de Tacna se encuentra en el séptimo lugar con 8 276 casos con una tasa de 10 000 habitantes.

El objetivo del presente trabajo fue comparar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud de Ciudad Nueva y el Centro de Salud San Francisco, estos se encuentran respectivamente en los distritos de Ciudad Nueva y Gregorio Albarracín Lanchipa de la ciudad de Tacna.

Los conocimientos de la madres son ricos de experiencias que pasan de generación en generación y a la vez fortalecidos o corregidos por el personal de salud que busca la prevención de las enfermedades, la educación, es por ello que las prácticas son diversas según sus

tradiciones, sus culturas en busca siempre del bienestar de su hijo, siguiendo una actitud favorable frente a la situación.

La presente tesis consta de cuatro capítulos, tales como el planteamiento del problema, marco teórico, metodología de la investigación y los resultados. En el primer capítulo consta del planteamiento del problema, se hace referencia de los fundamentos teóricos, justificación, formulación objetivos y de hipótesis. En el segundo capítulo se hace referencia, de Metodología de la investigación, se plantea el material y métodos, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos y procesamiento de datos. Y el tercer capítulo de los resultados consta de resultados y discusión. Al final del trabajo se desarrollan también las respectivas conclusiones y las recomendaciones.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Los niños por encontrarse en un proceso continuo de crecimiento y desarrollo descubriendo e interactuando día a día el mundo que los rodea no toman en cuenta su salud, por lo mismo que son pequeños y no pueden valerse por si mismos siendo los más vulnerables dentro de la familia. La madre por instinto es la primera defensora sobre la salud de su hijo quien hace uso de sus conocimientos, prácticas y actitudes adquiridos en el transcurso de su vida para el cuidado de su hijo.

A nivel mundial la enfermedad diarreica aguda se encuentra en segundo lugar como enfermedad mortal de la infancia, según el informe del fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) La enfermedad **causa el fallecimiento de 1.5 millones de niños al año** en todo el mundo. (Unicef, 2009)

Siendo esta una enfermedad prevenible UNICEF señalo que casi el 90% de las muertes por diarrea a nivel mundial se han atribuido a la insalubridad del agua, al saneamiento inadecuado y a la falta de higiene. (Perú 21, 2012)

Todos los años las estadísticas nos muestran un creciente número de muertes a causa de enfermedades que pueden ser evitadas o tratadas. Se calcula que cada niño tiene 2-3 episodios de diarrea al año, teniendo un alto grado de letalidad, sin embargo los niños que sobreviven quedan con algún grado de desnutrición, siendo estos propensos a desarrollar episodios con mayor gravedad. (Gómez, 2004)

Esta enfermedad se ha convertido en un gran problema para la comunidad de la salud pues existe mayor prevalencia en niños menores de 5 años y es difícil de erradicarla por la existencia de muchos factores de riesgo como por ejemplo la higiene personal, el nivel educacional de las madres de los niños, pues es la responsable principal de impartir la información adecuada para mantener un estilo de vida saludable, la desnutrición causada por la falta de ingresos económicos que limitan una buena alimentación; todos estos factores

contribuyen a contraer enfermedades diarreicas agudas. (Instituto Nacional de Estadística e informática, 2011)

En el Perú la enfermedad diarreica aguda (EDA) es una de las tres principales causas de morbimortalidad en niños menores de cinco años, la mayor proporción se presentan en Loreto (35,4 por ciento), San Martín (29,0 por ciento), Madre de Dios (27,0 por ciento), Amazonas (23,5 por ciento) y Pasco (23,3 por ciento). (INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO).

La ciudad de Tacna, se encuentra en el séptimo lugar a nivel nacional con incidencia en enfermedades diarreicas agudas, en el año 2012 hasta la semana epidemiológica 48 se ha encontrado un total de 5 176 casos de morbilidad en enfermedades diarreicas agudas. Los distritos Gregorio Albarracín y Ciudad Nueva, se encuentran ubicados en las zonas periféricas de la ciudad. Por lo cual se registraron un total de 1 665 casos en Gregorio Albarracín y el distrito de Ciudad Nueva con 931 casos de episodios diarreicos, siendo de gran importancia para su intervención. (Dirección Regional de Salud Tacna).

Por lo tanto, el trabajo de investigación se basó en los distritos de Ciudad Nueva y Gregorio Albarracín, ya que constituyen una posibilidad de potenciar los conocimientos de las madres de familia para promover cambios en las formas de conciencia y prácticas que afecten de forma más determinante las condiciones de bienestar, acelerando los procesos de cambios culturales, favorables para el desarrollo y crecimientos de los niños menores de 5 años.

Es así, este estudio se orientó a determinar: ¿Difiere el nivel de conocimiento, actitud y práctica sobre la enfermedad diarreica aguda, en las madres de niños menores de 5 años del C.S. Ciudad Nueva y C.S. San Francisco?.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

- Comparar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años del C.S. Ciudad Nueva y C.S. San Francisco.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las características socio demográficas de las madres de los niños menores de 5 años del C.S. Ciudad Nueva y del C.S. San Francisco.
- Determinar el nivel de conocimientos que tienen las madres acerca de la enfermedad diarreica aguda.
- Medir las actitudes que adoptan las madres frente a la enfermedad diarreica aguda.
- Identificar las prácticas que emplean las madres frente a la enfermedad diarreica aguda.
- Evaluar las diferencias entre el nivel del conocimiento, actitudes y prácticas sobre la enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años del C.S. Ciudad Nueva y C.S. San Francisco.

3. JUSTIFICACIÓN

Considerando que la diarrea es una enfermedad prevenible y desencadenante por muchos factores de riesgo modificables, de los cuales es importante conocer sobre su desarrollo en el entorno familiar a fin de implementar nuevas costumbres a las madres de familia para que intervengan en una prevención adecuada de esta enfermedad, sin contradecir la tradición y la cultura en el tratamiento de las mismas.

En países de Latino América se ha realizado intervención educativa a las madres de los niños con diarrea para el manejo efectivo de la diarrea en el hogar y se ha reducido la incidencia de la misma. En nuestro país a pesar de la información divulgada en los medios de comunicación y en los establecimientos de salud vemos que los casos de diarrea aún existen con prevalencia alta y que esta se puede prevenir incidiendo en los factores desencadenantes lo cual está íntimamente relacionado con la enfermedad, considero que el presente estudio es de suma importancia y para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre EDA de las madres de

niños menores de 5 años del C.S. Ciudad Nueva y C.S. San Francisco, e incidir sobre las debilidades encontradas.

Para la profesión de Enfermería es un aporte valioso, conocer acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres de familia porque nos ayuda a evaluar la realidad de la familia y la comunidad, brindándonos aportes para poder intervenir según la situación lo demande.

Este estudio tendrá una contribución sustancial, todo ello permitirá disponer información para que las instituciones pertinentes o los actores involucrados orienten decisiones adecuadas hacia la mejora de la atención.

4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

En el siguiente estudio de investigación se planteó la siguiente hipótesis:

Existe diferencia significativa en el nivel de conocimiento, actitud y practica sobre la enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años del C.S. San Francisco y C.S. Ciudad Nueva, Tacna 2011.

5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍAS O DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
<p>Variable Independiente:</p> <p>Conocimientos de la madre sobre la enfermedad diarreica aguda</p>	<p>Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje que maneja la madre acerca de la Enfermedad Diarreica Aguda.</p>	<p>Niveles de Conocimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muy mal conocimiento - Mal conocimiento - Buen conocimiento - Muy buen conocimiento <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concepto y etiología. - Tratamiento. - Complicaciones - Prevención 	<p>Según escala Likert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entre 12 a 24 puntos. - Entre 25 a 36 puntos. - Entre 37 a 49 puntos. - Entre 50 a 60 puntos <p>Items</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entre 1, 2, 3, 4, 5 y 6 - Entre 7 y 9 - Entre 10 - Entre 8, 11 y 12 	Ordinal

<p>Variable Independiente:</p> <p>Actitudes de la madre sobre la enfermedad diarreica aguda.</p>	<p>Situación que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada. Son las respuestas favorables o desfavorables de la madre frente al manejo de la enfermedad diarreica aguda.</p>	<p>Niveles de Actitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muy mala actitud - Mala actitud - Buen actitud - Muy buena actitud 	<p>Según escala Likert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De 9 a 18 puntos. - De 19 a 28 puntos. - De 29 a 36 puntos. - De 37 a 45 puntos. 	<p>Ordinal</p>
<p>Variable Independiente:</p> <p>Prácticas de la madre en la enfermedad diarreica aguda.</p>	<p>Conducta o respuesta establecida que poseen las madres para el manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda</p>	<p>Niveles de Prácticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muy mala actitud - Mala actitud - Buen actitud - Muy buena actitud 	<p>Según escala Likert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De 13 a 26 puntos. - De 27 a 39 puntos. - De 40 a 52 puntos. - De 53 a 65 puntos. 	<p>Ordinal</p>

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A nivel Internacional

ARAGON A. Colombia (2010), con un trabajo de investigación titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas adoptadas por los cuidadores de los niños menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda del corregimiento el Caguan. Neiva, julio – septiembre 2010” se encontró que del total de participantes, el 98,5% recibieron una calificación regular en los conocimientos y el 1,5% obtuvieron una calificación mala en esta categoría. Ninguno de los cuidadores obtuvo una calificación buena en los conocimientos. La actitud de los cuidadores de los niños menores de 5 años con EDA mostró una calificación favorable en el 52,5% de la muestra. Con relación a las prácticas, la calificación regular fue la que más predominó, en un 48% de los encuestados. Al correlacionar las categorías entre sí, se encontró correlación positiva alta entre conocimientos con prácticas, y

actitudes con prácticas, con una r de Pearson de 0,642 y 0,573 respectivamente. Se obtuvo correlación positiva baja entre conocimientos con actitudes, y entre las variables edad y nivel educativo con las categorías conocimientos, actitudes y prácticas. (Aragon Gomez, , 2010).

VALENZUELA G. México (2007), realizó un estudio “La evaluación de factores psicosociales en la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas en comunidades Yaquis”, en donde se concluye que el nivel de conocimiento que las madres poseen con respecto a las causas, síntomas y cuidados durante los episodios diarreicos es medio. Además, existe una correlación de baja moderada entre los factores del modelo de acción razonada, la teoría de acción razonada, para el caso específico de la cultura yaqui, no resulto ser del todo adecuada ,esto se debió a que el modelo fue propuesto para poblaciones escolarizadas y de áreas urbanas, y no para comunidades indígenas no escolarizadas. (Valenzuela Avendaño, 2007).

LOPEZ S. Nicaragua (2008), con un trabajo de investigación titulado “Conocimiento, actitudes y prácticas adoptadas por las madres de los niños menores de 5 años ingresados al servicio de

gastroenterología del Hospital Fernando Velez Paiz en noviembre 2008”. De manera general se encontró que la mayoría de las madres tenían buen conocimiento sobre la diarrea, sin embargo al valorar áreas por separada se encontró que existe falta de conocimiento en el manejo de la alimentación del niño durante la diarrea. La mayoría de las madres encontramos que tiene una buena actitud en relación del manejo de la diarrea en el hogar, seguido de una muy buena actitud, además que de manera general más madres tienen buenas prácticas en el manejo de la diarrea, sin embargo al valorar las practicas que tienen sobre la alimentación del niño durante la diarrea existe deficiencia. La fuente de donde mayormente obtuvo información la madre acerca de la diarrea fue a través del personal de salud. (Lopez Arteaga, 2008)

A nivel Nacional

MATTA W. Lima (2011), realizó un trabajo de investigación titulado “Conocimiento sobre medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDA y su relación con características sociodemográficas”, se encontró 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 concluyendo que las madres presentaron un nivel de conocimiento medio sobre la enfermedad diarreica aguda. (Mariños, 2011)

FLORES S. Lima (2007), realizó un trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimiento sobre EDA y su relación con las prácticas acerca de las medidas de prevención en las madres de los niños menores de 5 años hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007.” se encontró que si existe relación entre los conocimientos y las practicas acerca de las medidas de prevención de EDA que tienen las madres de niños menores de 5 años encontrándose que el 93.76% de madres tienen un nivel de conocimiento medio y bajo sobre las medidas de prevención de EDA y

las practicas que emplean son regular con un 68.75% seguida de las malas prácticas con un porcentaje de 15.633%. (Flores, 2007)

CHOCANO R. Tumbes (2004), realizó un trabajo de investigación titulado “Incidencia de las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años y factores socioculturales asociados hospital de apoyo “José Mendoza Olavarria”. En donde se llegaron a las siguientes conclusiones de los niños estudiados el 42,6 % enfermaron 1 vez de diarrea aguda en el último año, el 35,9 % presentó 2 episodios, mientras que el 21,5 % enfermó más de 2 veces. La mayoría de los niños que presentaron enfermedad diarreica aguda fueron los de 1 año con un 38,6 %; predominó el estado nutricional normal con un porcentaje de 53,0 %. Los niveles de saneamiento habitacional regular y malo agrupan el 53,0 % y en el 47,0 % de los casos la calificación es buena. El 52,2 % de los niños viven en condiciones regulares de higiene. (Chocano Izquierdo, 2004).

A nivel Local

RIOS M. Tacna (2012), en su estudio de investigación titulado “Factores asociados a la enfermedad diarreica persistente en menores

de 5 años de la ciudad de Tacna 2010 y 2011". De 51 casos (incidentes) de diarrea persistente y un grupo control constituido por 102 niños que acudieron a la consulta de crecimiento y desarrollo y que fueron atendidos en los establecimientos de salud del área urbana, urbano marginal y rural del departamento de Tacna, durante los años 2010 y 2011; con el propósito de evaluar qué factores están asociados a la enfermedad diarreica persistente en menores de 5 años. Los resultados muestran que la mayoría de estos episodios acontecieron en el menor de 1 año. Los niños de la zona rural/urbano marginal tuvieron cuatro probabilidades más de riesgo en tener dicha enfermedad que los del área urbana; la desnutrición, el no tener Lactancia materna exclusiva evidenció asociación significativa a la ocurrencia de la enfermedad diarreica persistente. (Rios Flores, 2012)

SALAS M. Tacna (2007), realizó un trabajo de investigación titulado, "Conocimiento de los padres sobre signos de alarma en niños menores de 5 años y su concurrencia inmediata a un servicio de salud Tacna - 2007". En donde se llegó a la siguiente conclusión de las madres de (n=56), el 82,1% (46) conocen por lo menos 2 signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas (IRAS), de las cuales 25 madres que conocen el riesgo llevan a sus vástagos al establecimiento de salud; comparado con el 60,7%(34), que conocen

los signos de alarma sobre la enfermedad diarreica aguda (EDA) y solo 16 llevan al establecimiento de salud. No se encuentra relación significativa entre el conocimiento de los signos de alarma y la concurrencia al establecimiento de salud para ser atendidos. (Romero, 2007)

2. BASES TEÓRICAS

2.1. CONOCIMIENTO

Siendo el conocimiento el conjunto de datos, hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto, y que se caracteriza por ser un proceso activo, en el caso de los conocimientos de la enfermedad diarreica aguda en las madres de familia, estas se van adquiriendo según el contacto y el crecimiento de sus hijos, originándose cambios progresivos en el pensamiento, acciones, o actividades que se aprenden.

Mario Bunge define el conocimiento como un “conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos,

ordenados, vagos e inexactos, calificándolas en conocimiento científico, ordinario o vulgar”. Siendo conocimiento científico aquellos probados y demostrados, y conocimiento ordinario o vulgar aquellos que son inexactos productos de la experiencia y que falta probarlo o demostrarlo. (Bunge, 1971)

Así en la formación del interno, este obtiene conocimiento básicamente a través de 2 formas.

- **Conocimiento informal:** Mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las madres de familia aprenden observando a las demás madres de familia y se completa con el conocimiento con otros medios de información como son los comentarios de las enfermeras en los consultorios CRED; mencionemos también que las creencias y costumbres se conservarán como conocimiento mientras se consideren satisfactorias.

- **Conocimiento formal:** Es aquello que se imparte en las escuelas o instituciones formadoras donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.

Así mismo sobre el conocimiento Kant afirma que está determinado por la intuición sensible y los conceptos; distinguiéndose 2 tipos de conocimientos, el puro y el empírico. (Yarihuamán, 2009)

Conocimiento puro o priori que se desarrolla antes de la experiencia y el Conocimiento empírico elaborado después de la experiencia.

2.2. ACTITUDES

Allport G. (1935) define actitud como “un estado mental y neurofisiológico de disponibilidad, organizado por la experiencia, que ejerce una influencia directiva sobre las reacciones del individuo hacia todos los objetos o todas las situaciones que se relacionan con ella”. (Biopsychology.org, 2006)

Las actitudes son definidas por Moscovici, como “el conjunto de creencias, sentimientos y tendencias de un individuo que dan lugar a un determinado comportamiento”, orientados hacia las

personas, agrupaciones, ideas, temas o elementos determinados. (Aragon Gomez, , 2010)

“La actitud es una predisposición organizada para sentir, percibir y comportarse hacia un referente (categoría que denota: fenómeno, objeto, acontecimiento, construcciones hipotéticas, etc.). En cierta forma es una estructura estable de creencias que predisponen al individuo a comportarse selectivamente ante el referente o el objeto cognoscitivo”. (Aragon Gomez, , 2010)

2.3. PRÁCTICAS

A. BONDY nos dice que la experiencia le ha enseñado a la humanidad que el conocimiento del hecho no es convencional, que si se busca la comprensión y el control de los hechos debe partirse de la experiencia de cada uno. De lo cual se deduce que la práctica es el ejercicio de un conjunto de destrezas y /o habilidades adquiridas por medio de la experiencia; lo cual puede ser valorada a través de la observación o puede ser

referida y/o expresada a través del lenguaje. (Yarihuamán, 2009).

La práctica se mide a través de la experiencia. Así por ejemplo como la mujer al tener mayor número de hijos tendrá mayor experiencia debido a que va a estar reiteradamente expuesta a una situación que puede estar relacionada con el cuidado de la salud de su hijo, y a su vez tener mayor número de contactos con el personal de salud, lo cual va a contribuir a que se afiancen conductas frente a esas situaciones y lleguen a formar parte de su aprendizaje y por lo tanto de sus conocimientos y comportamientos. (Avalos, 2007)

2.4. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Según OMS-OPS define diarrea como la presencia de 3 o más deposiciones líquidas en 24 horas. Es decir, es un síndrome clínico que se caracteriza por la disminución en la consistencia, aumento en el volumen y/o frecuencia en las deposiciones que puede o no tener algún grado de deshidratación y que de acuerdo con el agente causal puede estar acompañado de moco

y sangre. La diarrea es un evento que se inicia de forma aguda, la cual puede prolongarse por muchos días convirtiéndose en una diarrea persistente.

La diarrea es un mecanismo de defensa ó de respuesta del organismo frente a un agente agresor. “Se entiende por diarrea al aumento en el número y cambio en la apariencia y consistencia de las deposiciones”.

2.4.1. EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGIA DE LA DIARREA

A nivel global, los episodios de diarrea resultan en aproximadamente 3.2 millones de muertes cada año entre los niños debajo de 5 años de edad de los Países en desarrollo. En el Perú, según las estimaciones del 2005, se registraron alrededor de 1600 muertos por esta enfermedad cada año en niños menores de 5 años de edad. De ellos aproximadamente el 65% de estas muertes ocurren en el primer año de vida finalmente, la diarrea es responsable del 12% de las muertes infantiles en el Perú.

La enfermedad diarreica es también un contribuyente importante del problema de la malnutrición infantil. Esto ocurre principalmente por disminución de ingesta de alimentos durante y después de la diarrea y, en menor medida por absorción reducida de nutrientes; también refleja la demanda incrementada de nutrientes que ocurre durante las infecciones.

La enfermedad diarreica es de naturaleza fundamentalmente infecciosa. En el último decenio además de los conocimientos entero patógenos (salmonella, shiguella, v, cholerae, campylobacter y *E. coli*) se ha reconocido a otros como rotavirus, campylobacter y *e. coli*; productoras de entero toxinas.

Entre los parásitos además de los señalados y las amebas que prevalecen en ciertas regiones geográficas del país, se deben tener en cuenta giardias y criptosporidium como posibles agentes causales de diarrea. La *e. coli* productora de enteró toxinas y rotavirus son responsables de cerca del 60% de las diarreas

acuosas infantiles, en tanto que shiguella y campylobacter son responsables de cerca del 60% de las diarreas disentéricas.

2.4.2. FISIOPATOLOGÍA DE LA DIARREA

En el intestino delgado se produce la absorción del agua y electrolitos por las vellosidades del epitelio y simultáneamente, la secreción de éstos por las criptas. Así, se genera un flujo bidireccional de agua y electrolitos entre el lumen intestinal y la circulación sanguínea. Normalmente la absorción es mayor que la secreción, por lo que el resultado neto es absorción, que alcanza a más del 90% de los fluidos que llegan al intestino delgado. Alrededor de 1 litro de fluido entra al intestino grueso, donde, por mecanismo de absorción, sólo se elimina entre 5 y 10 ml/kg/24 horas de agua por heces en lactantes sanos. Por lo tanto, si se produce cualquier cambio en el flujo bidireccional, es decir, si disminuye la absorción o aumenta la secreción, el volumen que llega al intestino grueso puede superar la capacidad de absorción de éste, con lo que se produce diarrea.

2.4.3. CLASIFICACIÓN DE LA DIARREA

a. De acuerdo al tiempo de duración.

- **Diarrea aguda.**- Es aquella que dura menos de 14 días.
- **Diarrea persistente.**- Es aquella que dura 14 días o más. Se presenta en menos del 5% de todos los casos de diarrea.
- **Diarrea crónica.**- Es la que dura un mes o más

b. De acuerdo a las características de la diarrea.

- **Diarrea acuosa.**- Se caracteriza por heces líquidas sin sangre puede ir asociada a vómitos, fiebre y disminución del apetito. El 80% de los casos que se presentan en los establecimientos son de este tipo. Causada por el Rota virus E. Coli, enterotoxigenica o vibrio cólera cholerae.
- **Diarrea disintérica.**- Se caracteriza por la presencia de heces líquidas o semilíquidas con

sangre, acompañada de fiebre elevada, mal estado general, cólicos pujos y tenesmo. Se presenta de 10- 15% y es producida por los gérmenes Shiguella sp, Campylobacter jejuni E. Coli Enteroimbasiva, Ameba Histolitica.

Cólera: Se caracteriza por ser una enfermedad diarreica, que se contrae mediante la ingestión de una dosis infecciosa de Vibrio Cholerae. El agua contaminada con materias fecales humanas generalmente sirve de vehículo para la transmisión del cólera, ya sea directa o por contaminación de los alimentos. Los alimentos también pueden ser contaminados por las manos sucias de personas infectadas.

2.4.4. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA

A través de la estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia), se han establecido unas reglas de prevención y manejo de la

diarrea, en busca de un tratamiento oportuno y adecuado de acuerdo al grado de deshidratación a partir de los signos presentes en el menor, clasificándolo en tres planes de manejo:

a. PLAN A

Indicado en los casos sin signos de deshidratación. Se recomienda ingerir más líquidos que de costumbre y alimentarlo adecuadamente para prevenir la deshidratación y la malnutrición. Llamado tratamiento en el hogar. Se emplea cuando la persona no tiene signos de deshidratación y evita la deshidratación y el deterioro nutricional. Se debe aplicar a:

- Los niños que han sido vistos en el establecimiento de salud y no se les ha encontrado signos de deshidratación.

- Niños que han sido tratados en un establecimiento de salud con el plan B hasta que corrigió la deshidratación.
- Niños que han desarrollado diarrea recientemente, pero no han visitado un establecimiento de salud.

RECOMENDACIONES DEL PLAN A

- Si aún amamanta debe seguir lactando con mayor frecuencia.
- Darle alimento nutritivo en porciones pequeñas y con mayor frecuencia.
- Sumínístrele más líquidos
- Los niños destetados podrían recibir leche cereales, carbohidratos complejos (arroz, papa, etc.)
- Se deben evitar comidas con alto contenido de grasa, fibras y azúcares simple como son los jugos de frutas.
- No administrar bebidas de hidratación para deportistas.

- Informar sobre medidas de higiene.
- Después de cada deposición acuosa debe tomar suero de rehidratación oral:
 - o Si es menor de 2 años de 1/4 a 1/2 taza.
 - o Si es mayor de 2 años de 1/2 a 1 taza.
- Si el niño vomita esperar 10 minutos y luego seguir dándole líquidos con mayor lentitud, una cucharita cada 5 minutos, y reiniciar cuando deje de vomitar.

SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL TRATAMIENTO CON EL PLAN A.

La madre debe ser orientada para observar los signos y síntomas en su niño. Se debe decir a la madre que siga brindando S.R.O. (Sales de Rehidratación Oral) al niño por cada deposición líquida mediante pequeños sorbos con una taza ó cucharita hasta que la diarrea pare.

Estos son algunos síntomas:

- Deposiciones líquidas y abundantes.

- Continúa con fiebre por 2 – 3 días más.
- Vómitos a repetición.
- Presenta sangre en las heces.
- Tiene sed intensa.
- Si el niño come o bebe poco

TRATAMIENTO CON S.R.O

- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Hervir un litro de agua y dejar enfriar.
- Echar el contenido del sobre y remover.
- Darle al niño por cucharita cada 5- 10 minutos poco a poco, después de cada diarrea o cuando el niño tenga sed.
- Tener en cuenta que la preparación solo dura 24 horas.

TRATAMIENTO CON SUERO CASERO

- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Hervir un litro de agua y dejar enfriar, agregar 08 cucharaditas de azúcar y 1 cucharada de sal, revolver con una cuchara limpia.

- Administrarle al niño por cucharada o por gotero o taza después de cada diarrea o cuando el niño este con sed.
- Tener en cuenta que la preparación solo dura 24 horas.

b. PLAN B

Es una terapia de rehidratación oral que comienza en el servicio local de salud y luego continúa en el hogar. Está dirigida a corregir la deshidratación sin shock presente en el niño.

RECOMENDACIONES DEL TRATAMIENTO CON PLAN B.

- Informar a la madre para su participación activa en el tratamiento con S.R.O. al niño.
- La solución S.R.O. se administra con taza y cuchara durante un tiempo promedio de 4 – 6 horas, debe ofrecerse frecuentemente.

- La cantidad de solución que el niño toma cada vez que se le ofrece depende de la intensidad de la sed, en general los niños beben con avidez la S.R.O. especialmente en las primeras horas ingiriendo de 20 a 30 ml de solución por cada kilogramo de peso por hora.
- Si el niño vomita durante el tratamiento, dejar de darle la solución S.R.O. por 10 minutos y luego continuar dándole cantidades pequeñas a intervalos cortos, y si tolera la solución y no vomita otra vez, volver a dárselo a la velocidad anterior.
- Si la ingesta de solución S.R.O. ha sido insuficiente, el niño la rechaza o no se perciben signos de mejoría, deberá administrarse con más frecuencia. Si no se tiene éxito, puede usarse sonda naso gástrica, en estos casos debe evaluarse al niño con más frecuencia.
- En los establecimientos de salud es conveniente llevar un control de la evolución del niño usando una ficha clínica, en la cual debe de registrarse la cantidad de solución S.R.O. que el niño toma y los

cambios que se observan en los signos y síntomas de la diarrea y deshidratación.

- La administración de SRO se suspende cuando ya esté hidratado.
- Cuando el niño ya está totalmente hidratado se pasa inmediatamente a la fase de mantenimiento que se lleva a cabo en la casa del niño.
- El trabajador de salud deberá aprovechar el cambio positivo en el estado positivo del niño que se observa durante el tratamiento, para estimular a la madre a que participe en el cuidado de su hijo y para explicarle las medidas generales para el Tratamiento en los niños con diarrea, así como las medidas para su prevención.

c. PLAN C

Es el tratamiento indicado para los casos más graves cuando el niño presenta deshidratación con shock, bebe poco o no es capaz de beber, se presenta con ojos hundidos, mucosas muy secas, letárgico o

inconsciente y es necesaria la rehidratación por vía endovenosa.

La terapia endovenosa rápida se basa en la reexpansión rápida del espacio extracelular especialmente el intravascular, para corregir el choque hipovolémico. Por lo tanto, esta indicado solo a paciente con deshidratación grave.

2.4.5. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA

Se explica a la madre que puede evitar otros episodios de la diarrea y por consiguiente para reducir las muertes, evitadas por el manejo adecuado de los casos, deben enfocarse en unas pocas intervenciones de eficacia comprobada.

- Lactancia materna exclusiva los 6 primeros meses de vida.
- Prácticas de destete adecuadas.

- Empleo abundante de agua para la higiene personal.
- Empleo de agua limpia protegida de contaminación.
- Buenos hábitos de higiene con los alimentos y en general.
- Lavado de manos con jabón.
- Higiene y uso de servicios sanitarios ó letrinas adecuadamente.
- Eliminación correcta de pañales con deposiciones.
- Continuar con lactancia materna hasta los 2 años.
- Vacunar al niño contra el sarampión, rotavirus.

2.4.6. ROL DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA

- Evaluar y determinar el estado de hidratación y la presencia de otros problemas asociados a la diarrea.
- Rehidratar al niño por vía oral o endovenosa según el estado de deshidratación y vigilarlo muy de cerca.
- Mantener al niño hidratado, reemplazando las pérdidas de volumen a volumen con solución de (SRO) ó solución polielectrolítica según el estado de hidratación.

- Educación a la madre en cuanto a la E.D.A (causas, prevención, complicación, tratamiento en casa, etc.).
- Visita Domiciliaria.

2.4.7. MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA MADRE

- Proteger el agua potable de posibles fuentes de infección y en todos los casos hervirla antes del consumo.
- Todas las familias deben disponer de inodoro o letrina limpia, si no contara con letrina ni inodoro defecar lejos de la casa y enterrar lo defecado.
- Lavar bien los juguetes que utilizará el niño, por el riesgo de que estén en contacto con su boca y estén contaminados.
- Eliminar el uso de biberones.
- Fomentar la higiene en la preparación y conservación de alimentos.
- Lavarse las manos después de ir al baño y antes de preparar los alimentos y después de cambiar el pañal al niño.

- Esquema de vacunación completo.
- Brindar una buena alimentación, teniendo en cuenta que los niños se deben nutrir con alimentos que proporcionen energía, fuerza y les ayuden a crecer.
- En los primeros 6 meses, deben ser alimentados solamente con leche materna. Evitar darle leche de tarro, ya que pueden causar enfermedades en el niño.
- A partir de los 6 meses se inicia en el niño la alimentación complementaria.
- Mantener un buen aseo, ya que la higiene en casa, la comunidad y en los niños mismos puede prevenir enfermedades.

2.4.8. COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

a. DESHIDRATACIÓN:

Se define como la pérdida excesiva de agua de los tejidos corporales, que se acompaña de un

trastorno en el equilibrio de los electrolitos esenciales, particularmente sodio, potasio y cloro.

Existen 3 grados de deshidratación: según la OMS

- Deshidratación Leve.- se produce cuando las pérdidas agua corporal son inferiores de 50 ml/Kg. de peso de corporal.
- Deshidratación Moderada.- Avanza a un déficit de líquidos 80 – 100 ml/Kg. del peso corporal, las alteraciones circulatorias se agravan más.
- Deshidratación Grave.- Puede alcanzarse un déficit 120 ml/Kg. Del peso corporal, hay alteración de la conciencia, bajo presión sanguínea, piel y mucosas muy secas llenado capilar mayor de 4 segundos requiere de terapia endovenosa de urgencia.

b. DESNUTRICIÓN.

Las diarreas producen pérdidas directas de nutrientes, el agua y electrolitos, así como la disminución de la ingesta asociada por la anorexia.

Esto se puede agravar todavía más iatrogénicamente por el ayuno impuesto al niño, sea por las creencias populares o por algunas prácticas médicas que prescriban un periodo de ayuno en 24 a 48 horas de duración. Lo cual conlleva a la pérdida de peso frecuente que de no recuperarse puede desencadenar en desnutrición.

2.4.9. TRATAMIENTO TRADICIONAL DE LA ENFERMEDAD DIARREICA

El tratamiento tradicional de las enfermedades diarreicas generalmente está en función de las creencias, ideas, concepciones acerca de las causas de la enfermedad. La diarrea se atribuye a diferentes causas según sea el lugar y las características de la población. En el Perú existen varias creencias: el mal del ojo, el maleficio, la introducción del frío en las mantillas, o la adquisición de nuevas destrezas. Los cuales son curados.

Pasándole al niño con huevo entero, llamada de ánimo utilizando su propia ropa y una campanilla, pago a la tierra que la realiza un curandero, en caso de la introducción del frío administran mates calientes como la, muña. En caso de adquisición de nuevas destrezas no se administra tratamiento alguno porque se considera algo normal. Como se puede apreciar el tratamiento se predominantemente etiológico, y se acompaña también de algunas medidas generales para aliviar el estado general del niño como medidas de apoyo.

A nivel general, el arroz, ya sea en forma de agua de arroz o como sopa es el primer producto utilizado. Los almidones y harinas son también muy frecuentemente utilizados por las madres. Son preparados en forma de panetelas con harina blanca almidón, mandioca o un poco de maicena en agua azucarada.

Como todavía persiste entre las madres la preocupación por “Cortar la Diarrea” que en ocasiones las induce también a suspender la alimentación sólida para “Dejar en reposo el estómago” con el empleo de

preparaciones domésticas se busca un efecto astringente que es reforzado cuando dos o más productos son combinados en una misma preparación por ejemplo: agua de arroz, cáscara de guayaba, semilla de palta, cáscara de granada, almidón, clara de huevo, anís y pan quemado.

2.5. TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y DE LA UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES

La teoría de Leininger, se basa en las disciplinas de la antropología y de la medicina y tiene como propósito descubrir las particularidades y universalidades de los cuidados de los humanos según la visión del mundo, la estructura social y otras dimensiones, para luego identificar formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de culturas diferentes o similares con el fin de mantener o recuperar su bienestar.

Los valores, creencias y prácticas de los cuidados culturales tienden a estar arraigados y se encuentran influenciados por los contextos desde el punto de vista del

mundo, lengua, filosofía, religión, parentesco, sociedad, política, educación, economía, tecnología, etnohistoria, y el entorno de las culturas.

El principal modelo de Madeleine Leininger, es el Modelo del Sol Naciente, el cual describe a los seres humanos como entes que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción del mundo, de su trayectoria vital y del contexto de su entorno. Según esta teoría se pueden establecer tres tipos de cuidados enfermeros: preservación y mantenimiento de los cuidados culturales de adaptación; negociación y reorientación de los cuidados culturales y por último, reestructuración de los cuidados culturales.

Los cuidados culturales van dirigidos a la persona de forma holística que permite conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la enfermería para orientar la práctica de esta disciplina que se relaciona con el trabajo de estudio , ya que Madeleine visualiza al ser humano como un ser integral así como las madres que con el paso del tiempo adquieren experiencias de diferentes culturas y se

adecuan a la que más le convenga y la aplica teniendo estos fundamentos o no, esta teoría busca que el profesional de enfermería se interaccione más con la comunidad en este caso a la madre ya que es el eslabón principal de una familia.

3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

Para un mejor entendimiento sobre algunos términos utilizados en el presente trabajo, se ha creído conveniente definir.

- **CONOCIMIENTO.-** Es el conjunto de información que refiere tener la madre de niños menores de 5 años sobre la enfermedad diarreica aguda del C.S. Ciudad Nueva y C.S. san Francisco.

- **ACTITUDES.-** Son las respuestas favorables o desfavorables de la madre frente al manejo de la enfermedad diarreica aguda.

- **PRÁCTICAS.-** Es todo aquello que realiza la madre en el hogar para prevenir y controlar la enfermedad diarreica aguda.

- **MADRES.-** Son las personas responsables del niño que tiene lazos consanguíneos en línea directa.

- **ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA.-** Son aquellas enfermedades que se caracterizan por presentar deposiciones líquidas por más de 3 veces al día.

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1. MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo es un estudio descriptivo de tipo transversal comparativo con enfoque cuantitativo.

- Es descriptivo; porque orientan a determinar las propiedades importantes de personas, grupos o fenómenos con base en el análisis de la información detenida sobre el objeto de estudio.
- Correlacional; porque va a relacionar las variables.
- Es transversal: porque el investigador estudia las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población o universo del estudio estuvo representado por las madres de los niños menores de 5 años que acuden al C.S. Ciudad

Nueva con un total de 482 niños y C.S. San Francisco de 829 niños para su control de crecimiento y desarrollo.

La muestra con la cual se trabajó según fórmula estadística fue de un total de 243 niños de lo cual 145 niños son del C.S. San Francisco y 98 niños C.S. Ciudad Nueva en el periodo de Marzo, Abril y Mayo.

CRITERIOS DE INCLUSION DE LA MUESTRA

- Se considera a todas las madres de niños menores de cinco años del C.S. San Francisco y C.S. Ciudad Nueva que son atendidas en el consultorio de crecimiento y desarrollo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE LA MUESTRA

- Padre, abuelo, hermano del menor.
- Madres que se rehusaron a participar en el estudio.

3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para llevar a cabo el presente trabajo de investigación se utilizó la técnica de la encuesta para la recolección de los datos.

El instrumento de medición que se utilizó para la recolección de datos es un cuestionario autoaplicativo usando la escala de Likert que consta de 39 ítems, distribuido en cuatro secciones:

- I Sección, la cual está conformada por 5 preguntas de datos generales. Esta primera parte del cuestionario brinda información acerca de las características generales de las madres en el estudio. Estuvo compuesto por cinco ítems tales como, edad, grado de instrucción, ocupación de la madre, estado civil y lugar de atención.

- II Sección, conformada por 12 ítems sobre conocimientos sobre la enfermedad diarreica aguda. Concepto, etiología, tratamiento, prevención, complicaciones.

- III Sección, está conformada por proposiciones para evaluar actitudes de las madres de los niños menores de 5 años frente a la enfermedad diarreica aguda.
- IV Sección, conformada por ítems relacionadas a las prácticas realizadas por la madre en caso su hijo se encuentre en un episodio diarreico.

Este instrumento nos permite determinar:

Conocimientos: Esta área consta de 12 ítems, utilizando la escala de Likert, el puntaje de calificación para valorar el nivel de conocimiento, se estableció categorizando de la siguiente manera, asumiendo el valor:

CASO POSITIVO: (5 Pts.) TA: Totalmente de acuerdo
(4 Pts.) DA: De acuerdo
(3 Pts.) I : Indeciso
(2 Pts.) ED: En desacuerdo
(1 Pts.) TD: Totalmente en desacuerdo

Aceptación (TA, DA), Indiferencia (I), Rechazo (ED,TD).

CASO NEGATIVO: (1 Pts.) TA: Totalmente de acuerdo

(2 Pts.) DA: De acuerdo

(3 Pts.) I: Indeciso

(4 Pts.) ED: En desacuerdo

(5 Pts.) TD: Totalmente en desacuerdo

Aceptación (TA, DA), Indiferencia (I), Desacuerdo (ED,TD).

El puntaje de calificación para valorar el tipo de actitud se estableció categorizando de la siguiente manera:

MUY MAL CONOCIMIENTO	12 - 24
MAL CONOCIMIENTO	25 - 36
BUEN CONOCIMIENTO	37 - 49
MUY BUEN CONOCIMIENTO	50 - 60

Actitudes: esta área consta de 9 ítems, utilizando la escala de Likert, el puntaje de calificación para valorar el tipo de actitud se estableció categorizando de la siguiente manera, asumiendo el valor:

CASO POSITIVO: (5 Pts.) TA: Totalmente de acuerdo
(4 Pts.) DA: De acuerdo
(3 Pts.) I : Indeciso
(2 Pts.) ED: En desacuerdo
(1 Pts.) TD: Totalmente en desacuerdo

Aceptación (TA, DA), Indiferencia (I), Rechazo (ED,TD).

CASO NEGATIVO: (1 Pts.) TA: Totalmente de acuerdo
(2 Pts.) DA: De acuerdo
(3 Pts.) I: Indeciso
(4 Pts.) ED: En desacuerdo
(5 Pts.) TD: Totalmente en desacuerdo

Aceptación (TA, DA), Indiferencia (I), Desacuerdo (ED,TD).

El puntaje de calificación para valorar el tipo de actitud se estableció categorizando de la siguiente manera:

MUY MALA ACTITUD	9 - 18
MALA ACTITUD	19 - 28
BUENA ACTITUD	29 - 36
MUY BUENA ACTITUD	37 - 45

Prácticas: El área de prácticas está constituida por 13 ítems, preguntas que miden las prácticas, se calificara por pregunta contestada, el puntaje se categorizó de la siguiente manera.

CASO POSITIVO: (5 Pts.) TA: Totalmente de acuerdo
(4 Pts.) DA: De acuerdo
(3 Pts.) I : Indeciso
(2 Pts.) ED: En desacuerdo
(1 Pts.) TD: Totalmente en desacuerdo

Aceptación (TA, DA), Indiferencia (I), Rechazo (ED,TD).

CASO NEGATIVO: (1 Pts.) TA: Totalmente de acuerdo
(2 Pts.) DA: De acuerdo
(3 Pts.) I: Indeciso
(4 Pts.) ED: En desacuerdo
(5 Pts.) TD: Totalmente en desacuerdo

Aceptación (TA, DA), Indiferencia (I), Desacuerdo (ED,TD).

El puntaje de calificación para valorar el tipo de actitud se estableció categorizando de la siguiente manera:

MUY MALA PRÁCTICA	13 - 26
MALA PRÁCTICA	27 - 39
BUENA PRÁCTICA	40 - 52
MUY BUENA PRÁCTICA	41 - 52

CONFIABILIDAD: La confiabilidad del instrumento se realizó a través del Cálculo de Coeficiente de Confiabilidad Alfa-Crombach aplicado a la prueba piloto Cuya confiabilidad del instrumento fue de 0,94 de conocimientos, 0,78 de actitudes y 0,96 de prácticas.

4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la validez del instrumento, fue sometido a juicio de expertos para su validez; participaron 01 profesional de enfermería que labora en la Estrategia Niño del C.S San Francisco, 02 docentes de la universidad expertos en el Tema y 01 estadístico cuyas opiniones, recomendaciones y sugerencias, contribuyeron en la mejora de los instrumentos, los puntajes fueron sometidos a la prueba binomial, buscando que el error de significancia en ambos instrumentos no supera los valores establecidos para $p > 0.05$, por lo que el instrumento fue válido.

Para demostrar la confiabilidad de los instrumentos se realizó la prueba piloto con 10 madres familia, se tomó en cuenta que la población tuviese características similares a la población objeto de estudio. Posteriormente se realizaron las modificaciones que se estimaron por convenientes en los diferentes ítems del instrumento.

El propósito de la prueba piloto era conocer la comprensión, practicidad y tiempo en la aplicación del instrumento, así como proporcionar las bases necesarias para las pruebas de validez y confiabilidad.

Se pidió autorización de los Gerentes de los establecimientos de salud y con el apoyo de las responsables del Componente niño, se procedió aplicar las encuestas a las madres de los niños menores de 5 años que acudían al C.S Ciudad y C.S. San Francisco, esto se realizó durante el turno de mañana y tarde en los meses de marzo, abril y mayo del año 2012. La duración de la entrevista fue aproximadamente de 15 a 20 minutos, la aplicación fue por la autora.

Se pidió la autorización previa aplicación de las encuestas a las madres de familia de los Centros de Salud tanto de Ciudad nueva

como San Francisco con un saludo cordial y la explicación del caso para con la encuesta, encontrando el apoyo de las madres de familia ,como también alguna interrogantes que tenían ellas al querer saber más, así mismo otras reflejaban un poco temor de decir una respuesta errónea, luego se pasó a las despedida y el agradecimiento a las madres por su participación y apoyo.

5. PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez obtenida la información se ordenó y codifico los datos, se realizó la base de datos mediante el programa estadístico informático para las ciencias sociales Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 17,0. Posteriormente se utilizó las pruebas estadísticas de Ji –cuadrado para determinar la relación estadística entre las variables independiente y dependiente. Se realizó la elaboración de los cuadros en base a los resultados de la presente investigación.

CAPITULO IV

DE LOS RESULTADOS

1. RESULTADOS

En esta sección se presenta los resultados de la investigación en cuadros y gráficos estadísticos, teniendo en cuenta los objetivos específicos de la investigación se describe a continuación cada uno de los cuadros que responden a las mismas.

CUADRO N° 1

**COMPARACIÓN DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL C. S. CIUDAD NUEVA Y
SAN FRANCISCO**

Nivel de conocimiento	Grupo de madres				TOTAL	
	C. Nueva		San Francisco			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy mal conocimiento	12	12,24	16	11,03	28	11,52
Mal conocimiento	22	22,45	42	28,97	64	26,34
Buen conocimiento	27	27,55	63	43,45	90	37,04
Muy buen conocimiento	37	37,76	24	16,55	61	25,10
Total	98	100,00	145	100,00	243	100,00

Fuente: Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre enfermedad

Prueba Ji-cuadrado de Pearson

X²=15,481; P < 0,05

En el cuadro N° 1 se muestra la comparación del nivel de conocimientos sobre la enfermedad diarreica aguda, donde se observa que las madres con buen nivel de conocimiento sobre Enfermedades Diarreicas Agudas atendidas en el Centro de Salud San Francisco predomina con 43,45% frente a las madres del C. S. Ciudad Nueva

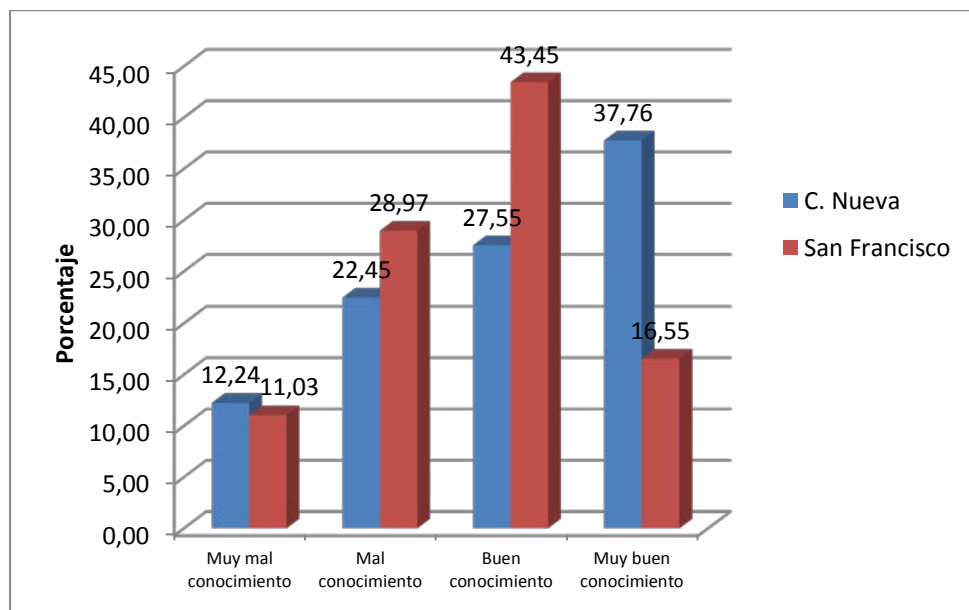
(27,55%), sin embargo, este último, las que califican con muy buen nivel de conocimiento, supera (37,76%) a las madres atendidas en el C. S. San Francisco (16,55%).

Por otro lado, las madres que acudieron al C. S. San Francisco tienen mayor proporción de mal conocimiento (28,97%) comparado a las madres atendidas en el C. S. Ciudad Nueva (22,45%), mientras que porcentajes casi similares presentaron las madres con muy mal nivel de conocimiento atendidas en el C. S. San Francisco (11,03%) y en el C. S. Ciudad Nueva (12,24%).

Al análisis estadístico de Chi cuadrado de Pearson ($X^2 = 15,481$) se tiene que $\alpha = 0,05$ es mayor a P-Valor = 0,0014 en la prueba, por lo tanto $P < 0,05$, se rechaza la hipótesis nula. Quiere decir que existe diferencia estadística significativa en el nivel de conocimiento sobre Enfermedades Diarreicas Agudas en madres atendidas en el C. S. San Francisco y Ciudad Nueva.

GRÁFICO N° 1

COMPARACIÓN DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL C. S. CIUDAD NUEVA Y SAN FRANCISCO



Fuente: Datos del Cuadro N° 1

CUADRO N° 2

COMPARACIÓN DE LAS ACTITUDES SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL C. S. CIUDAD NUEVA Y SAN FRANCISCO

Actitudes	Muestra de madres				TOTAL	
	C. Nueva		San Francisco			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy mala actitud	9	9,18	13	8,97	22	9,05
Mala actitud	17	17,35	21	14,48	38	15,64
Buena actitud	53	54,08	72	49,66	125	51,44
Muy buena actitud	19	19,39	39	26,90	58	23,87
Total	98	100,00	145	100,00	243	100,00

Fuente: Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre enfermedad

Prueba Ji-cuadrado de Pearson

$X^2=1,914$; $P > 0,05$

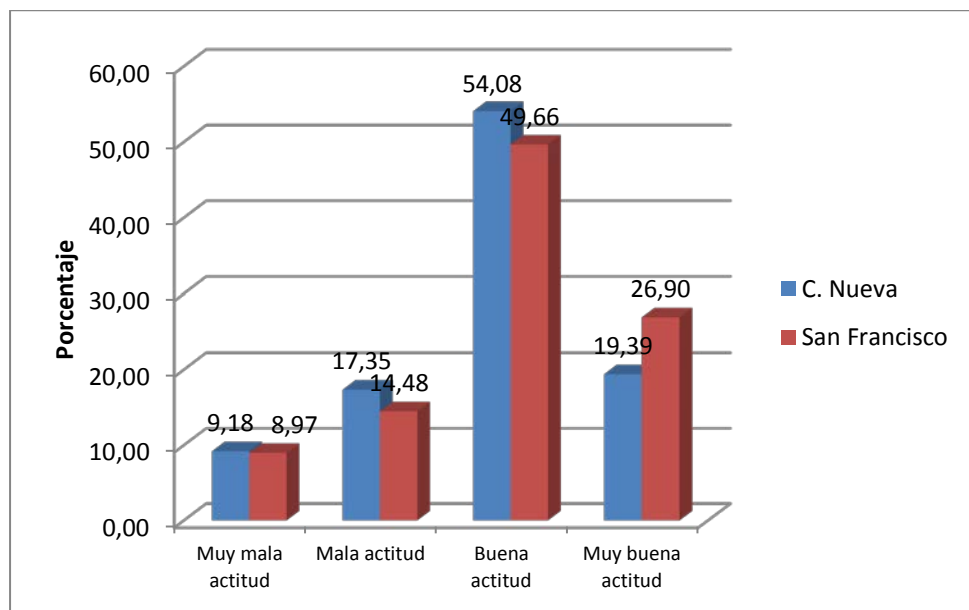
En el Cuadro N° 2 se muestra que las madres con buena actitud sobre Enfermedades Diarreicas Agudas atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva supera con 54,08% frente a las madres del C. S. San Francisco (49,66%), sin embargo, este último, las que califican con muy buena actitud predominan (26,90%) respecto a las madres atendidas en el C. S. Ciudad Nueva (19,39%).

También se observa que las madres que acudieron al C. S. Ciudad Nueva tienen mayor proporción de mala actitud (17,35%) comparado a las madres atendidas en el C. S. San Francisco (14,48%), mientras que porcentajes casi similares expresaron las madres con muy mala actitud atendida en el C. S. Ciudad Nueva (9,18%) y C. S. San Francisco (8,97%).

Al análisis estadístico de Chi cuadrado de Pearson ($\chi^2 = 1,914$) se tiene que $\alpha = 0,05$ es menor a P-Valor = 0,591 en la prueba, por lo tanto $P > 0,05$, no se rechaza la hipótesis nula. Quiere decir que No existe diferencia estadística significativa en las actitudes sobre Enfermedades Diarreicas Agudas de madres atendidas en el C. S. San Francisco y Ciudad Nueva.

GRÁFICO N° 2

COMPARACIÓN DE LAS ACTITUDES SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL C. S. CIUDAD NUEVA Y SAN FRANCISCO



Fuente: Datos del Cuadro N° 2

CUADRO N° 3

COMPARACIÓN DE LAS PRÁCTICAS SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL C. S. CIUDAD NUEVA Y SAN FRANCISCO

Prácticas	Grupo de madres				TOTAL	
	C. Nueva		San Francisco		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Muy mala práctica	13	13,27	26	17,93	39	16,05
Mala práctica	23	23,47	48	33,10	71	29,22
Buena práctica	37	37,76	53	36,55	90	37,04
Muy buena práctica	25	25,51	18	12,41	43	17,70
Total	98	100,00	145	100,00	243	100,00

Fuente: Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre enfermedad

Prueba Ji-cuadrado de Pearson

$X^2=8,342$; $P < 0,05$

En el Cuadro N° 3, se aprecia que los mayores porcentajes se presenta en las madres con buena práctica sobre Enfermedades Diarreicas Agudas, tanto en aquellas que acudieron al Centro de Salud Ciudad Nueva (37,76%) como en las madres atendidas en el C. S. San Francisco (36,55%), sin embargo, hay un notorio predominio de muy

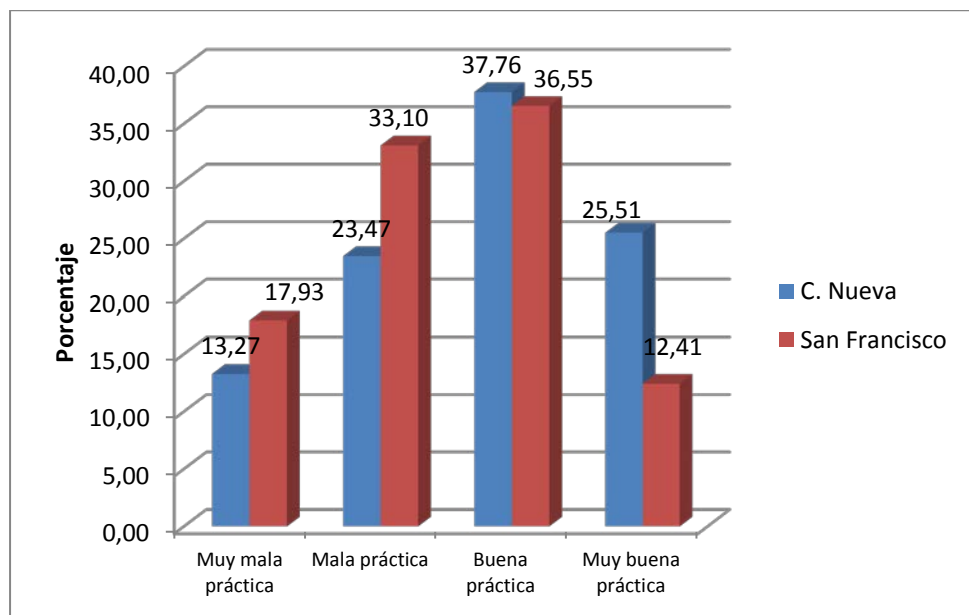
buenas prácticas en las madres del C. S. Ciudad Nueva (25,41%) respecto a las atendidas en el C. S. San Francisco (12,41%).

También se observa que las madres que acudieron al C. S. Ciudad Nueva tienen menor proporción de mala práctica (23,47%) comparado a las madres atendidas en el C. S. San Francisco (33,10%), lo mismo se tiene en el grupo de madres con muy mala práctica atendida en el C. S. Ciudad Nueva (13,27%) y C. S. San Francisco (17,93%).

Al análisis estadístico de Chi cuadrado de Pearson ($\chi^2 = 8,342$) se tiene que $\alpha = 0,05$ es mayor a P-Valor = 0,039 en la prueba, por lo tanto $P < 0,05$, se rechaza la hipótesis nula. Quiere decir que existe diferencia estadística significativa en las prácticas sobre Enfermedades Diarreicas Agudas de madres atendidas en el C. S. San Francisco y Ciudad Nueva.

GRÁFICO N° 3

COMPARACIÓN DE LAS PRÁCTICAS SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL C. S. CIUDAD NUEVA Y SAN FRANCISCO



Fuente: Datos del Cuadro N° 3

2. DISCUSIÓN

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, son enfermedades prevenibles y tratables, sin embargo, son responsables de la muerte de 1,5 millones de niños cada año. En todo el mundo, se producen unos dos mil millones de casos de diarrea cada año, afectando principalmente a los niños menores de dos años y es una de las principales causas de malnutrición de niños menores de cinco años (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Tal es así, que esta enfermedad tiene un gran impacto en el mundo, cuyo conocimiento de su problemática varía de país en país, principalmente en los subdesarrollados y en vías de desarrollo, como el Perú, que a pesar de que se han emprendido intensas campañas de prevención, mejoramiento del saneamiento básico, ampliación de la cobertura del consumo de agua potable, las enfermedades diarreicas continua siendo un serio problema de salud infantil y el departamento de Tacna no es ajeno a esta situación. Más aún, cuando existen pocos trabajos de investigación en el tema durante los últimos 10 años.

Por ello, el presente trabajo constituye un estudio importante que tuvo como primer objetivo específico, determinar el **nivel de conocimientos que tienen las madres acerca de las enfermedad diarreica aguda**, responde al cuadro N° 01 que predomina un muy buen nivel de conocimiento (37,76%) sobre Enfermedad Diarreica Aguda de madres de niños menores a 5 años atendidos en el C. S. Ciudad Nueva, seguido de un buen nivel (27,55%), un grupo con mal nivel (22,45%) y muy mal nivel de conocimiento(12,24%). Como también se obtuvo buen nivel de conocimiento (43,45%) sobre Enfermedad Diarreica Aguda de las madres de niños menores a 5 años atendidos en el C. S. San Francisco, seguido de un mal nivel (28,97%), un grupo de muy buen nivel (16,55%) y muy mal nivel de conocimiento (11,03%).

En coherencia a lo señalado antes (Cuadro N° 7), se evidenció una situación preocupante en el consenso global de las madres atendidas en el C. S. San Francisco, dado que el 28,97% tuvo mal conocimiento y 11,03% muy mal conocimiento, los cuales suman el 40,0%, superando a las madres atendidas en el C. S. Ciudad Nueva (Cuadro N° 1), donde el 22,45% manifestó un mal conocimiento y 12,24% muy mal conocimiento, que agrupado suman el 34,69%.

El estudio realizado recientemente en Tacna por Ríos M, TACNA (2012), sobre Factores asociados a la enfermedad diarreica persistente en menores de 5 años de la Ciudad de Tacna, concluyo que el 55,56% de las madres de los casos y 44,44% de las madres de los controles tenían conocimiento deficiente ante la diarrea persistente, estos valores difieren ligeramente al nivel malo y muy malo de conocimiento de las madres en este estudio, lo cual, corrobora de que el problema de desconocimiento está extendido no solo sobre las diarreas agudas, sino que también, para las diarreas persistentes.

Otro estudio que valoró el nivel de conocimiento adoptadas por las madres de los niños menores de 5 años ingresados al servicio de gastroenterología del Hospital Fernando Velez Paiz, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, fue el de LOPEZ S. NICARAGUA (2008); sus resultados difieren con el nuestro, dado que encontró a la mayoría con buen conocimiento (63.1%), mientras que para las madres del C. S. Ciudad Nueva fue de 27,55% y para las de San Francisco fue 43,45%, por otro lado, el nivel de muy buen conocimiento este autor reporta el 6.2% y para el C. S. Ciudad Nueva fue de 37,76% y para San Francisco 16,55%. Estos hallazgos,

aparentemente indicarían que ambas poblaciones tienen en mayor porcentaje entre buen y muy buen conocimiento.

El estudio realizado por MATTA W. Lima (2011), es similar donde el 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.

Sin embargo, contrasta con el estudio de ARAGON A. Colombia (2010); que valoró los conocimientos adoptadas por los cuidadores de los niños menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda del corregimiento el Caguan. Neiva, Colombia 2010, donde reportó que el 98.5% de los participantes obtuvo una calificación regular, coincidiendo también con la investigación de VALENZUELA A. COLOMBIA (2007), que evaluaron los factores psicosociales en la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas en comunidades Yaquis. En: Ra Ximhai, Colombia 2007, encontrando que el nivel de conocimiento que las madres tenían acerca de la enfermedad diarreica aguda obtuvo una calificación dentro del nivel regular. ARAGON A. Colombia (2010). , refiere que ningún cuidador obtuvo una calificación buena, mientras que nuestro estudio reporta

que más de la mitad de madres tienen un buen y muy buen nivel de conocimiento, no obstante, el déficit que es el restante, podría contribuir al incremento de los casos de morbilidad y mortalidad en los menores de cinco años por enfermedad diarreica aguda, además de aumentar los gastos hospitalarios y familiares en el manejo de las complicaciones como la deshidratación, la intolerancia a la lactosa y la desnutrición.

Por lo expuesto se deduce que el conocimiento es un instrumento de la prevención y promoción de salud; es responsabilidad del profesional de enfermería la organización de la atención integral e individualizada del niño, familia y comunidad; reforzar la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), promovida por la OPS y la OMS, haciendo hincapié en la necesidad de generar conocimientos a las madres, familia, agentes comunitarios y personal de salud y de esta forma fomentar la prevención y el manejo integral de la EDA.

En congruencia con el segundo objetivo específico determinando **el las actitudes que adoptan las madres frente a la enfermedad diarreica aguda**, responde al cuadro N° 2 que predomina una buena

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%).

En congruencia del cual se resalta Que el 26,9% de las madres atendidas en el C. S. San Francisco (Cuadro N° 8) tienen muy buena actitud ante las enfermedades diarreicas agudas, comparado al 19,39% de las atendidas en el C. S. Ciudad Nueva (Cuadro N° 5), sin embargo, este último atendió al 54,08% de madres con buena actitud, respecto al 49,66% del C. S. San Francisco. No obstante, el grupo de madres con mala y muy mala actitud agrupan el 26,53% en el C. S. Ciudad Nueva y 23,45% en el C. S. San Francisco. Este hallazgo resulta una situación similar con el estudio de LOPEZ S. Nicaragua (2008), que valoró las actitudes adoptadas por las madres de los niños menores de 5 años ingresados al servicio de gastroenterología del Hospital Fernando Velez Paiz, en la cual, también encontró los mayores porcentajes en madres con buena

actitud (60%) y muy buena actitud (27.7%), incluso superan los porcentajes de este estudio y una minoría fue para las madres con mala y muy mala actitud.

Al comparar con el estudio de ARAGON A. Colombia (2010), que valoró las actitudes adoptadas por los cuidadores de los niños menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda del corregimiento el Caguan. Neiva, Colombia 2010; obtuvo una calificación favorable y desfavorable en proporciones muy similares, con 52.5% y 47.5%, respectivamente; valores que difieren con los obtenidos en las madres atendidas en el C. S. Ciudad Nueva y C. S. San Francisco, así como también con el de LOPEZ S. Nicaragua (2008), ya que los valores del estudio es de mayor proporción haciendo la suma de muy buena actitud y buena actitud (76,56%).

Teniendo en cuenta el concepto de actitud, el cual es una predisposición ó tendencia de actuar de manera positiva o negativa hacia un objeto PONCE G. Lima (2000) es similar cuyo investigación es. Los resultados obtenidos en el presente estudio fueron que la mayoría de las madres tuvieron una tendencia a actuar de manera positiva (buena actitud) ante un episodio de diarrea en sus niños,

seguido de muy buena actitud y en menor frecuencia de manera negativa y muy negativa respectivamente. Esto podría justificar a que las madres estudiadas tendrían a la actitud como un factor protector, ya que ésta induce a actuar de forma adecuada ante esta enfermedad en el menor de cinco años. (LOZA, 2000)

Cabe destacar que la actitud más favorable que poseen las madres del C. S. San Francisco es que están de acuerdo en darle suero de rehidratación oral ante el inicio de diarrea en su niño (93,1%); otra actitud favorable fue que por la presencia de diarrea en su niño, acudirían a un centro de salud y cumplirían de manera estricta el tratamiento que el médico le indique (66,2%). En cambio, de las madres atendidas en el C. S. Ciudad Nueva, para el primer caso, es menor la proporción con actitud favorable (63,4%) y en el segundo es de 53,8%. Esto indicaría claramente que las madres atendidas en el CS Francisco, tienen mejor actitud en la rehidratación y atención del niño con diarrea, probablemente sería resultado de una mejor difusión y desarrollo de actividades preventivo-promocionales a nivel comunitario y en las consultas CRED. Por otro, lado se puede apreciar que las madres del CS San Francisco muestran mejor interés de recepcionar la consejería

impartida, así como también los mensajes difundidos por los diferentes medios. (Ver Anexo 16).

Coherente con el tercer objetivo específico **analizamos las prácticas que emplean las madres frente a la enfermedad diarreica aguda** en el cuadro N° 10, que predomina una buena práctica (37,76%), 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 práctica (25,51%), un grupo con mala práctica (23,47%) y muy mala práctica (13,27%). Como también se obtuvo buena práctica (36,55%) sobre Enfermedad Diarreica Aguda de las madres de niños menores a 5 años atendidos en el C. S. San Francisco, seguido mala práctica (33,10%), un grupo con muy mala práctica (14,48%) y muy buena práctica. (12,41%)

Por el cual, resaltamos que aunque un 37,76% de madres atendidas en el C. S. Ciudad Nueva poseen buenas prácticas y un 25,51% tienen muy buenas prácticas ante la enfermedad diarreica aguda de sus niños, se evidenció que hay una buena proporción (23,43%) de madres que tienen malas prácticas y muy malas prácticas (13,27%) (Cuadro N° 6). Esta situación aparentemente es

mejor que las madres atendidas en el C. S. San Francisco, ya que en ellas se obtuvo un 36,55% con buenas prácticas y 12,41% con muy buenas prácticas (Cuadro N° 9); las proporciones de malas prácticas (33,10%) y muy malas prácticas (17,93%) es mayor comparado a las adoptadas por las madres del C. S. Ciudad Nueva. Esto explicaría de algún modo que la Microred de Salud Cono Sur, en el cual, el C. S. San Francisco es la cabecera, presenta la mayor incidencia de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años en el presente año, hasta la semana epidemiológica 48. (del 25 de noviembre al 01 de diciembre de 2012)

Al comparar con el estudio de LOPEZ S. Nicaragua (2008), notamos que el 47,7% de las madres de su estudio tenían buena práctica en la diarrea de manera general, este valor supera a lo encontrado en las madres atendidas en el C. S. Ciudad Nueva y San Francisco; luego este autor para la mala práctica reporta el 26.2%, resultando menor que la mala práctica de madres del C. S. San Francisco y casi similar al porcentaje del C. S. Ciudad Nueva, también este autor señala un 10,8% de muy mala práctica. Estos valores indicarían que ambas poblaciones de estudio aún tienen deficiencias en prácticas saludables para la prevención de diarreas

en niños menores de 5 años, sin embargo, consideramos que las campañas utilizadas en nuestro país y a nivel de Tacna, con el fin de informar y educar a nuestra población acerca de la diarrea podrían estar comenzando a incidir en las practicas maternas al cuidado y tratamiento del niño con diarrea en el hogar.

Otro estudio de ARAGON GOMEZ, W. Andrés et. al. Colombia 2010; que valoró las prácticas adoptadas en una población similar a este trabajo, obtuvo una calificación regular en el 48.5% de la muestra, lo que estaría indicando que esta población tendría una proporción con malas prácticas casi similar a las madres atendidas en el C. S. San Francisco, pero es menor comparado a las madres del C. S. Ciudad Nueva suma de muy mala práctica y mala práctica (36,74%). Con estas evidencias podemos decir que como países en vías de desarrollo, aparentemente el problema está generalizado con ligeras diferencias y estarían influenciados con factores socioculturales específicos de cada comunidad. Las madres con prácticas que obtuvieron una calificación mala y muy mala sobre todo en el C. S. San Francisco, estarían relacionadas con el hecho de que frotarían con ajo y/o ruda para quitarle los parásitos a su niño; también irían a la farmacia más cercana y comprarían los

medicamentos que le sugieren en la farmacia o cuando su niño tiene diarrea lo llevarían al curandero las veces que sea necesario. Algo similar, encontró ARAGON GOMEZ, W. Andrés et. al., dado que los cuidadores acudían al sobador las veces que fuera necesario, compraban medicamentos en la farmacia sin prescripción médica y no daban suero de rehidratación oral por desconocer su forma de preparación. Estas prácticas no saludables pueden conllevar a que se presenten complicaciones tales como la deshidratación y el shock Hipovolémico; por tanto, es importante que el personal de salud sea más específico en cuanto a la educación sanitaria dirigida a la población de tal forma que sean culturalmente coherentes y permitan que las madres adopten medidas de intervención efectivas frente a la EDA en el hogar.

Considerando el cuarto objetivo específico sobre las diferencias entre el nivel del conocimiento, actitudes y prácticas sobre la enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años del C.S. Ciudad Nueva y C.S. San Francisco, en el Cuadro N° 3, se comprueba la Hipótesis planteada en esta investigación, ya que las madres con buenas prácticas sobre EDA atendidas en el C. S. Ciudad Nueva predomina comparado a las madres del C. S. San Francisco, sin embargo, este último, las que califican con muy

buenas prácticas, supera a las madres atendidas en el C. S. San Francisco, de forma similar, el nivel malo y muy mala práctica difieren en sus proporciones, siendo estadísticamente significativo ($X^2=15,481$; $p=0,0014$). También las Prácticas de las madres comparadas en ambos establecimientos de salud comprueban la hipótesis planteada, dado que existe diferencia estadística significativa entre las proporciones de muy mala, mala, buena y muy buena practica de las madres ante las EDA de los niños menores de 5 años ($X^2=8,342$; $p=0,039$). Sin embargo, las Actitudes no evidenciaron diferencia estadística significativa, por lo que se aceptó la hipótesis nula en este caso ($X^2=1,914$; $p=0,591$).

Finalmente, ante las evidencias relevantes en este estudio, consideramos que se encontró dos grupos diferenciados de madres atendidos en el C. S. San Francisco y C. S. Ciudad Nueva; por un lado las que calificaron con bueno y muy bueno tanto en el nivel de Conocimiento, Actitud y Prácticas y, por otro lado, los que calificaron con malo y muy malo en el nivel de Conocimiento, Actitudes y Prácticas ante la enfermedad diarreica aguda en el niño menor a 5 años. En efecto, si se desea mejorar las medidas de prevención y control de esta enfermedad transmisible de gran impacto en salud

pública, principalmente en países subdesarrollados y en vías de desarrollo como el nuestro, resulta necesario fortalecer éstas medidas con modelos metodológicos de intervención, acordes a nuestra realidad sanitaria, a fin de modificar los conocimientos, actitudes y prácticas desfavorables a una situación favorable en la prevención de la diarrea, donde el rol de la Enfermera es vital en este proceso. Por ello, los hallazgos mostrados en este estudio, otorgan información de base y de gran impacto, que contribuye al conocimiento técnico científico en el tema de la salud integral del niño menor de 5 años, ya que una mejor salud y bienestar de ellos, influirá a una mejor calidad de vida.

CONCLUSIONES

- Se determinó que el muy buen nivel de conocimiento 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 conocimiento fue el más frecuente con 43,45%.
- Las madres del C.S. de Ciudad Nueva 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%.

- Se comprobó que existe diferencia estadística significativa ($X^2=15,481$; $p<0,05$) entre el nivel de conocimiento sobre Enfermedades Diarreicas Agudas de madres atendidas en el C. S. Ciudad Nueva y San Francisco, lo mismo se demostró en las prácticas de las madres de ambos grupos ($X^2=8,342$; $p=0,039$). Sin embargo en las actitudes de las madres no se obtuvo diferencias significativas para los grupos comparados ($X^2=1,914$; $p=0,591$).
- Entre las características sociodemográficas, el grupo de edad de 30 a más años fue el predominante para las madres atendidas en el C. S. San Francisco (85,71%) y el C. S. Ciudad Nueva (48,98%); el ser casada/conviviente fue la más representativa en el C. S. Ciudad Nueva y el ser soltera en el C. S. San Francisco; el tener un trabajo independiente es el más frecuente en las madres atendidas en ambos establecimientos de salud y finalmente el tener educación secundaria fue predominante tanto para madres del C. S. Ciudad Nueva y San Francisco.

RECOMENDACIONES

- A los profesionales de enfermería y a todo el equipo de salud de los establecimientos de salud del C.S. Ciudad Nueva y el C.S San Francisco que deben fortalecer, fomentar e intervenir en la educación y las actividades preventivo promocionales dirigidas a la familia, comunidad acerca de las enfermedades diarreicas agudas.
- Al profesional de enfermería que deben seguir realizando trabajos de investigación cuantitativa y cualitativo sobre la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años, debido que es un problema de Salud Pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aragon Gomez, , W. A. (2010). Conocimientos, actitudes y prácticas adoptadas por los cuidadores de los niños menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda del corregimiento el Caguan. Neiva, julio – septiembre 2010. Colombia.
2. Avalos, S. M. (2007). Nivel de conocimiento sobre EDA y su relación con las prácticas acerca de las medidas de prevención en las madres de los niños menores de 5 años hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima.
3. Biopsychology.org. (21 de MARZO de 2006). Las actitudes y sus cambios. Obtenido de http://www.biopsychology.org/tesis_pilar/t_pilar06.htm#4.2
4. Bravo, E. (1998). Analisis temático a la obra y bibliografía de Piaget. Mexico: Universidad Autonoma de Mexico.
5. Bunge, M. (1971). La ciencia, su método y su filosofía. Buenos aires: siglo XX.

6. Chocano Izquierdo, R. (2004). Incidencia de las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años y factores socioculturales asociados hospital de apoyo “José Mendoza Olavarria. Tumbes.
7. CURELL, J. (1993). Enciclopedia de la Madre y el Niño. España: Editorial Harcout Brace.
8. Dirección Regional de Salud Tacna. (s.f.). SALUD REPORTO 559 CASOS DE ENFERMEDADES DIARREICAS. Obtenido de <http://www.tacna.minsa.gob.pe/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=624&cntnt01returnid=15>
9. Flores, S. M. (2007). Nivel de conocimiento sobre EDA y su relación con las prácticas acerca de las medidas de prevención en las madres de los niños menores de 5 años hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima.
10. Gómez, G. P. (2004). Diagnostico situacional de EDA en la región Cuzco. Recuperado el 20 de mayo de 2011, de <http://www.diresacusco.gob.pe/inteligencia/epidemiologia/asis/ASIS>

%202006/BIBLIOTECA%20ASIS/DIAGNOSTICO%20SITUACIONA
L%20DE%20EDA%202004.pdf

11. Instituto Nacional de Estadística e informática. (2011). Indicadores de resultados de los programas Estratégicos, 2010. 18-19.

12. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO. (s.f.). Plan Estratégico Institucional 2009-2011. Obtenido de <http://www.ceplan.gob.pe/documents/10157/b109f2de-bc58-4b78-8784-8e93ec0a57e4>

13. Lopez Arteaga, V. (2008). Conocimiento, actitudes y prácticas adoptadas por las madres de los niños menores de 5 años ingresados al servicio de gastroenterología del HFVP en noviembre 2008. Nicaragua.

14. LOZA, M. P. (2000). Actitud de la madre frente al manejo del niño menor de un año con enfermedad diarreica aguda: influencia de algunos factores maternos y del nivel de conocimiento de la madre cono noreste del distrito de Chimbote 2000. LIMA.

15. Mariños, W. M. (2011). Conocimiento sobre medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDA y su relación con características sociodemográficas. Obtenido de

<http://www.upch.edu.pe/faenf/images/stories/articulorevista5/madres9>

16. Perú 21. (08 de Junio de 2012). Neumonía y diarrea son las principales causas de muerte infantil en el mundo: Perú 21. Obtenido de <http://peru21.pe/2012/06/08/mundo/neumonia-y-diarrea-son-principales-causas-muerte-infantil-2027882>
17. Rios Flores, M. R. (2012). Factores asociados a la enfermedad diarreica persistente en menores de 5 años en la ciudad de Tacna 2010 y 2011. Tacna.
18. Romero, M. D. (2007). Conocimiento de los padres sobre signos de alarma en niños menores de 5 años y su concurrencia inmediata a un servicio de salud Tacna - 2007.
19. UNICEF. (2009). el estado de los niños del mundo. unicef, 19-22.
20. Unicef. (14 de Octubre de 2009). Informe conjunto de UNICEF y la OMS sobre la prevención y el tratamiento de la segunda enfermedad mortal en la infancia. Obtenido de http://www.unicef.org/spanish/health/index_51412.html

21. Valenzuela Avendaño, G. (2007). La evaluación de factores psicosociales en la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas en comunidades Yaquis. Mexico.

22. Yarihuamán, A. M. (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas de medidas de bioseguridad, en la canalización de vía venosa periférica que realizan las internas de enfermería: UNMSM, 2009. Lima.

ANEXOS

ANEXO N° 01

CUESTIONARIO

Buen día, este cuestionario nos va permitir a recopilar información sobre la situación de salud, y así permitir desarrollar actividades preventivo promocionales. Es por ello que agradeceré su participación en la recolección de información.

I. CARACTERISTICAS SOCIDEMOGRÁFICAS:

- | | | |
|--|---|---|
| 1. EDAD.....años. (de la madre) | 2. CONTROL DE CRED EN:
C.S. CIUDAD NUEVA _____
C.S. SAN FRANCISCO _____ | 3. ESTADO CIVIL:
Soltera _____
Casado/
Conviviente _____
Separado _____
Divorciado _____ |
| 4. OCUPACION DE LA MADRE:
Ama de Casa _____
Estudiante _____
Trabajador dependiente _____
Trabajador independiente _____ | 5. NIVEL EDUCATIVO:
Analfabeta _____
Primaria _____
Secundaria _____
Superior _____ | |

INSTRUCCIONES: A continuación encontraras una serie de preguntas con cinco opciones de respuesta el cual marcarás aquella que esté más acorde a sus conocimientos, actitudes y prácticas frente al manejo de la diarrea en los niños menores de cinco años. Se le recomienda leer detenidamente y marcar las respuestas que UD. crea con (X) si en caso tienen duda preguntar al investigador.

- TA:** Totalmente de acuerdo **ED:** En desacuerdo
DA : De acuerdo **TD:** Totalmente en desacuerdo
I: Indeciso

N°	CONOCIMIENTOS	TA	DA	I	ED	TD
1	La diarrea es la presencia de 3 o más deposiciones líquidas durante el día.					
2	Cuando un niño lactante tiene diarrea se debe continuar con la lactancia materna de manera normal.					
3	La diarrea también puede ser causada por beber agua cruda del caño y por no lavar los alimentos de manera adecuada.					
4	La diarrea puede ser causada por mal de ojo, excesivo calor, la salida de los dientes, empacho.					
5	Un niño con diarrea se le deben dar alimentos enlatados, vegetales, gaseosa, alimentos grasosos.					
6	Cree Ud. Que la diarrea es causada por bacterias, virus, parásitos.					
7	Cree Ud. Que el suero oral casero se prepara con un litro de agua, dos cucharadas soperas de azúcar, media cucharada de sal, media cucharada de bicarbonato y el zumo de medio limón.					
8	El suero de rehidratación oral ayuda a prevenir la deshidratación en un niño con diarrea.					
9	El agua de arroz y el suero casero ayudan a rehidratar al niño que esta con diarrea.					
10	Cuando un niño presenta deshidratación, quiere decir que se					

	encuentra con la boca seca, ojos hundidos, llanto sin lágrimas, se pone irritable.					
11	El niño con diarrea no debe de comer nada mientras que tenga diarrea, para evitar que se llene de gases.					
12	El lavado de manos y de los alimentos de manera correcta disminuyen los riesgos de contraer diarrea.					

N°	ACTITUDES	TA	DA	I	ED	TD
1	Ante el inicio de diarrea en su niño, usted le daría suero de rehidratación oral rápidamente.					
2	Si su niño tuviera diarrea por más de dos días usted lo llevaría al centro de salud más cercano para su atención.					
3	Si se presenta un cuadro de diarrea usted esperaría que su niño se mejore solo antes de buscar ayuda.					
4	Si el niño lactante presentara diarrea usted ya no le daría leche materna.					
5	Las recomendaciones que da la vecina sobre la diarrea son mejores que las que dan en el centro de salud.					
6	Purgar al niño para que no tenga más diarrea.					
7	Ante la presencia de diarrea en el menor, usted le daría medicamentos que tiene en la casa para detenerlo.					
8	Si usted acudiría a un centro de salud por la presencia de diarrea en su niño, usted cumpliría de manera estricta el tratamiento que el médico le indica.					
9	Si el niño presenta diarrea, usted lo llevaría donde el curandero, hierbatero para que lo oriente en remedios naturales que pueda utilizar.					

N°	PRÁCTICAS	TA	D A	I	E D	TD
1	Si el niño presenta diarrea, usted lo frotaría con ajo y/o ruda para quitarle los parásitos.					
2	Cuando el niño presenta diarrea, y no sabe cómo tratarla, usted lo lleva al centro de salud inmediatamente.					
3	Cuando el niño tiene diarrea usted lo lleva a la farmacia más cercana y le compra los medicamentos que le sugieren en la farmacia.					
4	Si el niño presenta diarrea usted le da suero casero para reponer líquidos.					
6	Cuando el niño presenta diarrea usted le limpia el estómago con laxantes.					
7	Cuando el niño presenta diarrea usted le hace baños con hierbas.					
8	Usted se lava las manos antes de preparar los alimentos y antes de dar de comer al niño.					
9	A un niño con diarrea usted le da alimentos grasosos.					
10	A un niño con diarrea usted le da jugos ácidos (naranja, limón o mandarina).					
11	Cuando el menor tiene diarrea usted le da agua hervida, panatelas de arroz, sopitas suaves sin condimentos.					
12	Cuando el niño tiene diarrea usted lo lleva al curandero las veces que sea necesario.					
13	Usted mantiene fajado al niño, cuando tiene diarrea.					
14	Cuando el niño tiene diarrea usted le coloca un huayruro para protegerlo del mal de ojo.					

ANEXO N° 02

CUADRO N° 4

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA
AGUDA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN
AL C. S. CIUDAD NUEVA**

Nivel de conocimiento de la madre	Frecuencia	Porcentaje
Muy mal conocimiento	12	12,24
Mal conocimiento	22	22,45
Buen conocimiento	27	27,55
Muy buen conocimiento	37	37,76
Total	98	100,00

Fuente: Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre enfermedad diarreica

En este cuadro destaca que el 37,76% de madres de niños menores a 5 años atendidos en el C. S. Ciudad Nueva presentaron muy buen nivel de conocimiento sobre Enfermedad Diarreica Aguda, el 27,55% tienen buen nivel; sin embargo, un grupo de 22,45% evaluaron con mal nivel y 12,24% con muy mal nivel de conocimiento.

ANEXO N° 03

CUADRO N° 5

ACTITUDES SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA DE MADRES DE NIÑOS MENORES A 5 AÑOS QUE ACUDEN AL C. S. CIUDAD NUEVA

Actitudes de las madres	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala actitud	9	9,18
Mala actitud	17	17,35
Buena actitud	53	54,08
Muy buena actitud	19	19,39
Total	98	100,00

Fuente: Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre enfermedad diarreica

Se resalta que el 54,08% de madres de niños menores a 5 años atendidos en el C. S. Ciudad Nueva presentaron buena actitud y 19,39% muy buena actitud sobre Enfermedad Diarreica Aguda, mientras que una proporción de 17,35% presentaron mala actitud y 9,18% muy mala actitud.

ANEXO N° 04

CUADRO N° 6

PRÁCTICAS SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES A 5 AÑOS QUE ACUDEN AL C. S. CIUDAD NUEVA

Prácticas de las madres	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala práctica	13	13,27
Mala práctica	23	23,47
Buena práctica	37	37,76
Muy buena práctica	25	25,51
Total	98	100,00

Fuente: Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre enfermedad diarreica

El presente cuadro indica que el 37,76% de madres de niños menores a 5 años atendidos en el C. S. Ciudad Nueva presentaron buena práctica y 25,51% muy buena práctica sobre Enfermedad Diarreica Aguda, mientras que un grupo de 23,47% presentaron mala práctica y 13,27% muy mala práctica.

ANEXO N° 05

CUADRO N° 7

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA
AGUDA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN
AL C. S. SAN FRANCISCO**

Nivel de conocimiento de la madre	Frecuencia	Porcentaje
Muy mal conocimiento	16	11,03
Mal conocimiento	42	28,97
Buen conocimiento	63	43,45
Muy buen conocimiento	24	16,55
Total	145	100,00

Fuente: Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre enfermedad diarreica

El cuarto cuadro muestra que el 43,45% de madres de niños menores a 5 años atendidos en el C. S. San Francisco presentaron buen nivel de conocimiento sobre Enfermedad Diarreica Aguda, el 28,97% evaluaron con mal nivel sin embargo, un grupo de 16,55% tienen muy buen nivel y 11,03% con muy mal nivel de conocimiento.

ANEXO N° 06

CUADRO N° 8

ACTITUDES SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA DE MADRES DE NIÑOS MENORES A 5 AÑOS QUE ACUDEN AL C. S. SAN FRANCISCO

Actitudes de las madres	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala actitud	13	8,97
Mala actitud	21	14,48
Buena actitud	72	49,66
Muy buena actitud	39	26,90
Total	145	100,00

Fuente: Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre enfermedad
diarreica

Se resalta que el 49,66% de madres de niños menores a 5 años atendidos en el C. S. San Francisco presentaron buena actitud y 26,90% muy buena actitud sobre Enfermedad Diarreica Aguda, mientras que una proporción de 14,48% resultaron con mala actitud y 8,97% muy mala actitud.

ANEXO N° 07

CUADRO N° 9

PRÁCTICAS SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES A 5 AÑOS QUE ACUDEN AL C. S. SAN FRANCISCO

Prácticas de las madres	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala práctica	26	17,93
Mala práctica	48	33,10
Buena práctica	53	36,55
Muy buena práctica	18	12,41
Total	145	100,00

Fuente: Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre enfermedad diarreica

El presente cuadro indica que el 36,55% de madres de niños menores a 5 años atendidos en el C. S. San Francisco presentaron buena práctica y 33,10% presentaron mala práctica sobre Enfermedad Diarreica Aguda, mientras que, un grupo de 17,93% muy mala práctica y 12,41% muy buena práctica.

ANEXO N° 08

CUADRO N° 10

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL C. S. CIUDAD NUEVA

Características sociodemográficas	Nivel de conocimiento								TOTAL	
	Muy mal conocimiento		Mal conocimiento		Buen conocimiento		Muy buen conocimiento			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Edad:										
< 20 años	0	0,00	3	3,06	1	1,02	6	6,12	10	10,20
20 - 29 años	6	6,12	8	8,16	8	8,16	18	18,37	40	40,82
30 a más años	6	6,12	11	11,22	18	18,37	13	13,27	48	48,98
Total	12	12,24	22	22,45	27	27,55	37	37,76	98	100,00
Estado civil:										
Soltera	1	1,02	1	1,02	7	7,14	12	12,24	21	21,43
Casado/conviviente	11	11,22	19	19,39	19	19,39	18	18,37	67	68,37
Divorciada/separada	0	0,00	2	2,04	1	1,02	7	7,14	10	10,20
Total	12	12,24	22	22,45	27	27,55	37	37,76	98	100,00
Ocupación de la madre:										
Ama de casa	3	3,06	5	5,10	0	0,00	7	7,14	15	15,31
Estudiante	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	3,06	3	3,06
Trabajador dependiente	1	1,02	1	1,02	1	1,02	1	1,02	4	4,08
Trabajador independiente	8	8,16	16	16,33	26	26,53	26	26,53	76	77,55
Total	12	12,24	22	22,45	27	27,55	37	37,76	98	100,00
Nivel educativo:										
Primaria	0	0,00	2	2,04	0	0,00	0	0,00	2	2,04
Secundaria	11	11,22	19	19,39	24	24,49	30	30,61	84	85,71
Superior	1	1,02	1	1,02	3	3,06	7	7,14	12	12,24
Total	12	12,24	22	22,45	27	27,55	37	37,76	98	100,00

Fuente: Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre enfermedad diarreica

El grupo de edad predominante atendido en el C. S. Ciudad Nueva, son las madres de 30 a más años (48,98%), en ellas, el 18,37% tienen buen conocimiento y 13,27% muy buen conocimiento sobre Enfermedades Diarreicas Agudas; en el grupo de 20-29 años, las que poseen muy buen conocimiento representan el 18,37%.

El estado civil casada/conviviente constituye la mayoría (68,37%), de ellas, el 19,39% evaluaron con buen nivel de conocimiento y 18,38% con muy buen conocimiento sobre Enfermedades Diarreicas Agudas, estos suman el 37,76%.

La ocupación trabajador independiente es el más representativo entre las madres atendidas en el C. S. Ciudad Nueva, en ellas, predomina el buen nivel de conocimiento y muy buen conocimiento con 26,53% respectivamente.

Respecto al nivel educativo, el 85,71% conforman las madres con educación secundaria, entre ellas, el 30,61% tuvieron muy buen conocimiento, seguido del 24,49% con buen conocimiento. También de los que tienen estudios superiores, la mayor proporción (7,14%) evaluaron con muy buen conocimiento sobre Enfermedades Diarreicas Agudas.

ANEXO N° 09

CUADRO N° 11

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ACTITUDES SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL C. S. CIUDAD NUEVA

Características sociodemográficas	Actitudes de la madre								TOTAL	
	Muy mala actitud		Mala actitud		Buena actitud		Muy buena actitud			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Edad:										
< 20 años	0	0,00	0	0,00	4	4,08	6	6,12	10	10,20
20 - 29 años	3	3,06	7	7,14	22	22,45	8	8,16	40	40,82
30 a más años	6	6,12	10	10,20	27	27,55	5	5,10	48	48,98
Total	9	9,18	17	17,35	53	54,08	19	19,39	98	100,00
Estado civil:										
Soltera	2	2,04	2	2,04	13	13,27	4	4,08	21	21,43
Casado/conviviente	6	6,12	14	14,29	36	36,73	11	11,22	67	68,37
Divorciada/separada	1	1,02	1	1,02	4	4,08	4	4,08	10	10,20
Total	9	9,18	17	17,35	53	54,08	19	19,39	98	100,00
Ocupación de la madre:										
Ama de casa	2	2,04	2	2,04	4	4,08	7	7,14	15	15,31
Estudiante	0	0,00	0	0,00	1	1,02	2	2,04	3	3,06
Trabajador dependiente	0	0,00	2	2,04	1	1,02	1	1,02	4	4,08
Trabajador independiente	7	7,14	13	13,27	47	47,96	9	9,18	76	77,55
Total	9	9,18	17	17,35	53	54,08	19	19,39	98	100,00
Nivel educativo:										
Primaria	1	1,02	1	1,02	0	0,00	0	0,00	2	2,04
Secundaria	8	8,16	12	12,24	48	48,98	16	16,33	84	85,71
Superior	0	0,00	4	4,08	5	5,10	3	3,06	12	12,24
Total	9	9,18	17	17,35	53	54,08	19	19,39	98	100,00

Fuente: Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre enfermedad diarreica

De 48 madres con 30 a más años, el 27,55% tienen buena actitud, seguido de 10,20% con mala actitud sobre Enfermedades Diarreicas Agudas; en el grupo de 20-29 años, las que poseen buena actitud representan el 22,45%.

De 67 madres con estado civil casada/conviviente, el 36,73% evaluaron con buena actitud y 11,22% con muy buena actitud, estos suman el 47,96%, aunque un 14,29% manifestaron mala actitud sobre Enfermedades Diarreicas Agudas.

De 76 madres con ocupación trabajadora independiente, las que tienen buena actitud predomina con 47,96%, luego el 13,27% tienen mala actitud sobre las Enfermedades Diarreicas Agudas.

De 84 madres con nivel educativo secundario, el 48,98% lo constituyen aquellas con buena actitud, seguido del 16,33% con muy buena actitud, este agrupan la mayoría (65,31%). También de 12 madres con estudios superiores, la mayor proporción (8,16%) está representado por las que tienen buena y muy buena actitud sobre Enfermedades Diarreicas Agudas.

ANEXO N° 10

CUADRO N° 12

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y PRÁCTICAS SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL C. S. CIUDAD NUEVA

Características sociodemográficas	Prácticas de la madre								TOTAL	
	Muy mala práctica		Mala práctica		Buena práctica		Muy buena práctica			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Edad:										
< 20 años	0	0,00	2	2,04	2	2,04	6	6,12	10	10,20
20 - 29 años	8	8,16	7	7,14	14	14,29	11	11,22	40	40,82
30 a más años	5	5,10	14	14,29	21	21,43	8	8,16	48	48,98
Total	13	13,27	23	23,47	37	37,76	25	25,51	98	100,00
Estado civil:										
Soltera	3	3,06	5	5,10	8	8,16	5	5,10	21	21,43
Casado/conviviente	6	6,12	16	16,33	27	27,55	18	18,37	67	68,37
Divorciada/separada	4	4,08	2	2,04	2	2,04	2	2,04	10	10,20
Total	13	13,27	23	23,47	37	37,76	25	25,51	98	100,00
Ocupación de la madre:										
Ama de casa	2	2,04	2	2,04	5	5,10	6	6,12	15	15,31
Estudiante	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	3,06	3	3,06
Trabajador dependiente	0	0,00	1	1,02	1	1,02	2	2,04	4	4,08
Trabajador independiente	11	11,22	20	20,41	31	31,63	14	14,29	76	77,55
Total	13	13,27	23	23,47	37	37,76	25	25,51	98	100,00
Nivel educativo:										
Primaria	1	1,02	0	0,00	1	1,02	0	0,00	2	2,04
Secundaria	12	12,24	19	19,39	32	32,65	21	21,43	84	85,71
Superior	0	0,00	4	4,08	4	4,08	4	4,08	12	12,24
Total	13	13,27	23	23,47	37	37,76	25	25,51	98	100,00

Fuente: Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre enfermedad diarreica

Entre las madres con 30 a más años atendidas en C. S. Ciudad Nueva, la mayor proporción esta conformado por las que tienen buenas prácticas (21,43%), seguido de las que poseen malas prácticas sobre Enfermedades Diarreicas Agudas (14,29%); en el grupo de 20-29 años, el mayor porcentaje corresponde para las que tienen buenas prácticas (14,29%).

De 67 madres con estado civil casada/conviviente, el 27,55% evaluaron con buenas prácticas y 18,37% con muy buena práctica, estos suman el 45,92%, aunque un 16,33% tuvieron mala práctica y 6,12% muy mala práctica sobre Enfermedades Diarreicas Agudas.

En las madres con ocupación trabajadora independiente, se aprecia que el 31,63% tienen buena práctica, luego el 20,41% tienen mala práctica y 11,22% muy mala práctica sobre las Enfermedades Diarreicas Agudas.

De 84 madres con nivel educativo secundario, el 32,65% lo constituyen aquellas con buena práctica, seguido de los 21,43% con muy buena práctica, los cuales suman el 54,08%. También el 19,39% poseen mala práctica y el 12,24% muy mala práctica. De las madres con estudios superiores, el mayor porcentaje (8,16%) está representado por las que tienen buena y muy buena práctica sobre Enfermedades Diarreicas Agudas.

ANEXO N° 11

CUADRO N° 13

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL C. S. SAN FRANCISCO

Características sociodemográficas	Nivel de conocimiento								TOTAL	
	Muy mal conocimiento		Mal conocimiento		Buen conocimiento		Muy buen conocimiento			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Edad:										
< 20 años	2	1,38	4	2,76	4	2,76	1	0,69	11	7,59
20 - 29 años	8	5,52	14	9,66	23	15,86	5	3,45	50	34,48
30 a más años	6	4,14	24	16,55	36	24,83	18	12,41	84	57,93
Total	16	11,03	42	28,97	63	43,45	24	16,55	145	100,00
Estado civil:										
Soltera	10	6,90	24	16,55	24	16,55	14	9,66	72	49,66
Casado/conviviente	6	4,14	18	12,41	35	24,14	6	4,14	65	44,83
Divorciada/separada	0	0,00	0	0,00	4	2,76	4	2,76	8	5,52
Total	16	11,03	42	28,97	63	43,45	24	16,55	145	100,00
Ocupación de la madre:										
Ama de casa	2	1,38	4	2,76	22	15,17	2	1,38	30	20,69
Estudiante	3	2,07	3	2,07	3	2,07	2	1,38	11	7,59
Trabajador dependiente	7	4,83	22	15,17	11	7,59	3	2,07	43	29,66
Trabajador independiente	4	2,76	13	8,97	27	18,62	17	11,72	61	42,07
Total	16	11,03	42	28,97	63	43,45	24	16,55	145	100,00
Nivel educativo:										
Analfabeta	0	0,00	3	2,07	0	0,00	0	0,00	3	2,07
Primaria	1	0,69	8	5,52	14	9,66	4	2,76	27	18,62
Secundaria	12	8,28	26	17,93	44	30,34	13	8,97	95	65,52
Superior	3	2,07	5	3,45	5	3,45	7	4,83	20	13,79
Total	16	11,03	42	28,97	63	43,45	24	16,55	145	100,00

Fuente: Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre enfermedad diarreica

De las madres con 30 a más años de edad atendidas en C. S. San Francisco, la mayor proporción conforman las que tienen buen conocimiento (24,83%), seguido de las que poseen mal conocimiento sobre Enfermedades Diarreicas Agudas (16,55%); en el grupo de 20-29 años, el mayor porcentaje lo presenta las que tienen buen conocimiento (15,86%).

De las madres con estado civil casada/conviviente, el 24,14% evaluaron con buen conocimiento, seguido del 12,41% con mal conocimiento y 4,14% con muy mal conocimiento sobre Enfermedades Diarreicas Agudas.

Entre las madres con trabajo independiente, el 18,62% tienen buen conocimiento, luego el 11,72% tienen muy buen conocimiento, estos suman la mayor proporción (30,34%). En cambio, de las que tienen trabajo dependiente, predomina el mal conocimiento con 15,17% y el 4,83% posee muy mal conocimiento sobre las Enfermedades Diarreicas Agudas.

De 95 madres con nivel educativo secundario, el 30,34% manifestaron tener buen conocimiento, seguido del 17,93% con mal conocimiento. De la minoría de madres sin instrucción, todos poseen mal conocimiento sobre Enfermedades Diarreicas Agudas.

ANEXO N° 12

CUADRO N° 14

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ACTITUDES SOBRE
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL C. S. SAN FRANCISCO**

Características sociodemográficas	Actitudes de la madre								TOTAL	
	Muy mala actitud		Mala actitud		Buena actitud		Muy buena actitud			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Edad:										
< 20 años	0	0,00	1	0,69	8	5,52	2	1,38	11	7,59
20 - 29 años	7	4,83	4	2,76	31	21,38	8	5,52	50	34,48
30 a más años	6	4,14	16	11,03	33	22,76	29	20,00	84	57,93
Total	13	8,97	21	14,48	72	49,66	39	26,90	145	100,00
Estado civil:										
Soltera	6	4,14	11	7,59	39	26,90	16	11,03	72	49,66
Casado/conviviente	7	4,83	10	6,90	33	22,76	15	10,34	65	44,83
Divorciada/separada	0	0,00	0	0,00	0	0,00	8	5,52	8	5,52
Total	13	8,97	21	14,48	72	49,66	39	26,90	145	100,00
Ocupación de la madre:										
Ama de casa	3	2,07	7	4,83	7	4,83	13	8,97	30	20,69
Estudiante	4	2,76	0	0,00	5	3,45	2	1,38	11	7,59
Trabajador dependiente	1	0,69	5	3,45	35	24,14	2	1,38	43	29,66
Trabajador independiente	5	3,45	9	6,21	25	17,24	22	15,17	61	42,07
Total	13	8,97	21	14,48	72	49,66	39	26,90	145	100,00
Nivel educativo:										
Analfabeta	0	0,00	1	0,69	2	1,38	0	0,00	3	2,07
Primaria	3	2,07	4	2,76	14	9,66	6	4,14	27	18,62
Secundaria	8	5,52	14	9,66	48	33,10	25	17,24	95	65,52
Superior	2	1,38	2	1,38	8	5,52	8	5,52	20	13,79
Total	13	8,97	21	14,48	72	49,66	39	26,90	145	100,00

Fuente: Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre enfermedad diarreica

De las madres con 30 a más años de edad atendidas en C. S. San Francisco, el 22,76% conforman las que tienen buena actitud, seguido de las que poseen muy buena actitud sobre Enfermedades Diarreicas Agudas (20,0%); en el grupo de 20-29 años, el mayor porcentaje lo presenta las que tienen buena actitud con 21,38%.

De las madres con estado civil soltera, el 26,90% tuvieron buena actitud, seguido del 11,03% con muy buena actitud sobre Enfermedades Diarreicas Agudas, los cuales suman el 37,93%.

Entre las madres con trabajo independiente, el 17,24% tienen buena actitud, luego el 15,17% tienen muy buena actitud, sumando la mayor proporción (32,41%). También, de las que tienen trabajo dependiente, predomina la buena actitud ante las Enfermedades Diarreicas Agudas con 24,14%.

De 95 madres con nivel educativo secundario, el 33,10% manifestaron tener buena actitud, seguido del 17,24% con muy buena actitud. De las madres con instrucción superior, el 5,52% poseen buena actitud sobre Enfermedades Diarreicas Agudas.

ANEXO N° 13

CUADRO N° 15

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y PRÁCTICAS SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL C. S. SAN FRANCISCO

Características sociodemográficas	Prácticas de la madre								TOTAL	
	Muy mala práctica		Mala práctica		Buena práctica		Muy buena práctica			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Edad:										
< 20 años	1	1,02	8	8,16	2	2,04	0	0,00	11	11,22
20 - 29 años	11	11,22	15	15,31	20	20,41	4	4,08	50	51,02
30 a más años	14	14,29	25	25,51	31	31,63	0	0,00	70	71,43
Total	26	26,53	48	48,98	53	54,08	4	4,08	131	133,67
Estado civil:										
Soltera	17	17,35	24	24,49	24	24,49	7	7,14	72	73,47
Casado/conviviente	9	9,18	24	24,49	24	24,49	8	8,16	65	66,33
Divorciada/separada	0	0,00	0	0,00	5	5,10	3	3,06	8	8,16
Total	26	26,53	48	48,98	53	54,08	18	18,37	145	147,96
Ocupación de la madre:										
Ama de casa	7	7,14	7	7,14	8	8,16	8	8,16	30	30,61
Estudiante	5	5,10	2	2,04	0	0,00	4	4,08	11	11,22
Trabajador dependiente	10	10,20	19	19,39	14	14,29	0	0,00	43	43,88
Trabajador independiente	4	4,08	20	20,41	31	31,63	6	6,12	61	62,24
Total	26	26,53	48	48,98	53	54,08	18	18,37	145	147,96
Nivel educativo:										
Analfabeta	0	0,00	3	3,06	0	0,00	0	0,00	3	3,06
Primaria	6	6,12	8	8,16	11	11,22	2	2,04	27	27,55
Secundaria	19	19,39	31	31,63	33	33,67	12	12,24	95	96,94
Superior	1	1,02	6	6,12	9	9,18	4	4,08	20	20,41
Total	26	26,53	48	48,98	53	54,08	18	18,37	145	147,96

Fuente: Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre enfermedad diarreica

De 84 madres con 30 a más años de edad atendidas en el C. S. San Francisco, el 21,38% tuvieron buena práctica, seguido de las que poseen mala práctica (17,24%) y muy mala práctica sobre Enfermedades Diarreicas Agudas (9,66%); en el grupo de 20-29 años, el mayor porcentaje lo presenta las que tienen buena práctica con 13,79%.

Entre las madres con estado civil soltera, el 16,55% tuvieron mala práctica, que junto a los que presentaron muy mala práctica (11,72%), suman el 28,28%. También en el grupo de casadas/convivientes, predomina las que tienen mala y muy mala práctica sobre Enfermedades Diarreicas Agudas, los cuales agrupan el 22,76%.

De 61 madres con trabajo independiente, el 21,38% tienen buena práctica, luego el 13,79% tienen mala práctica. En cambio, de las que tienen trabajo dependiente, predomina la mala práctica sobre las Enfermedades Diarreicas Agudas con 13,10%.

De 95 madres con nivel educativo secundario, las que tienen mala práctica (21,38%) y las de muy mala práctica (13,10%) suman el 34,48%, frente a las que tuvieron buena y muy buena práctica sobre Enfermedades Diarreicas Agudas (31,03%).

ANEXO N° 14

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

(ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES:

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema:

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

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?.	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. Que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. Qué el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Ud. Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?.	1	2	3	4	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse?					

Firma del experto

PROCEDIMIENTO

1. Se construye una tabla donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

Nº de ítems	EXPERTOS			PROMEDIO
	A	B	C	
1	4	4	4	4.00
2	4	5	4	4.33
3	3	4	4	3.67
4	3	4	5	4.00
5	4	5	4	4.33
6	4	5	5	4.67
7	4	5	4	4.33
8	3	4	5	4.00
9	4	4	4	4.00

2. Con las medidas resumen (promedio) de cada uno de los ítems se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$\mathbf{DPP} = \sqrt{(X - Y_1)^2 + (X - Y_2)^2 + \dots + (X - Y_9)^2}$$

En este estudio: **DPP = 1.89**

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(o), con la ecuación.

4. La D máx. se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de :

Hallado con la fórmula:

$$D_{\max} = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_9 - 1)^2}$$

$$D_{\max} = 11.10$$

Donde X = Valor máximo de la escala para cada ítem (5)

Y = Valor mínimo de la escala para cada ítem (1)

5. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre si. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

A.											
0.00	2.22										
		B.									
		2.22	4.44								
				C.							
				4.44	6.66						
						D.					
						6.66	8.88				
								E.			
								8.88	11.10		

6. El punto DPP debe caer en las zonas A y B, en caso contrario la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

En el caso nuestro, El valor DPP fue **1.89** cayendo en la zona “**A**” lo cual significa una ***adecuación total*** del instrumento y que puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio.

ANEXO Nº 15

Control de calidad de datos

Validez

Los instrumentos fueron validados por la autora a través del juicio y criterios de expertos que fueron: 2 Enfermeras y Estadista.

Prueba piloto

Los instrumentos utilizados en la presente investigación fueron aplicados en una muestra de 10 madres de niños menores de 5 años, se tomó en cuenta que la población tuviese características similares a la población objeto de estudio. Posteriormente se realizaron las modificaciones que se estimaron por convenientes en los diferentes ítems del instrumento.

El propósito de la prueba piloto es conocer la comprensión, practicidad y tiempo en la aplicación de los instrumentos, así como proporcionar las bases necesarias para las pruebas de validez y confiabilidad.

Confiabilidad

El criterio de confiabilidad se determinó a través del coeficiente Alfa de Cronbach aplicado a la prueba piloto, cuyos resultados fueron lo siguiente:

INSTRUMENTO	Alfa de Cronbach basada en los elementos	Nº de elementos
1.- CONOCIMIENTOS	0.94	12
2.- ACTITUDES	0.78	9
2.- PRACTICAS	0.96	13

CONFIABILIDAD DE CONOCIMIENTOS:

Análisis de fiabilidad

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	10	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,938	12

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
C_1	36,70	84,678	,977	,924
C_2	37,00	76,222	,975	,921
C_3	37,60	87,378	,937	,927
C_4	37,60	87,378	,937	,927
C_6	39,30	114,233	-,615	,969
C_7	37,20	74,622	,937	,924
C_8	37,90	94,100	,540	,938
C_9	38,50	98,944	,199	,947
C_10	37,00	79,556	,949	,923
C_11	37,70	84,678	,977	,924
C_12	37,80	81,289	,974	,922
C_13	37,80	81,289	,974	,922

Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
41,10	102,989	10,148	12

CONFIABILIDAD DE ACTITUDES:

Análisis de fiabilidad

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	10	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,783	9

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ac_1	27,80	18,622	-,037	,806
Ac_2	27,90	18,989	-,130	,821
Ac_3	28,70	14,678	,683	,737
Ac_5	28,50	12,500	,760	,711
Ac_6	28,50	14,278	,728	,729
Ac_7	28,50	12,056	,840	,695
Ac_8	28,60	14,933	,600	,747
Ac_9	29,00	14,444	,329	,800
Ac_11	28,50	15,833	,415	,770

Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
32,00	18,667	4,320	9

CONFIABILIDAD DE PRÁCTICAS:

Análisis de fiabilidad

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	10	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,960	13

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P_1	43,60	58,933	,743	,959
P_2	43,20	61,956	,857	,956
P_3	43,30	64,678	,769	,959
P_4	43,40	60,267	,933	,954
P_6	43,00	61,333	,695	,960
P_7	43,00	64,667	,539	,963
P_8	43,20	59,511	,884	,955
P_9	43,30	58,900	,895	,954
P_10	43,40	60,267	,933	,954
P_11	43,40	57,156	,876	,955
P_12	43,60	61,822	,630	,962
P_13	43,70	60,678	,743	,958
P_14	43,90	57,656	,938	,953

Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
47,00	70,889	8,420	13

Considerando a Rosenthal (García 2005) propone una confiabilidad mínima de 0.50 para propósitos de investigación; También Vellis (García 2005) plantea que un nivel entre 0.70 a 0.80 es respetable y alrededor de 0.90 es un nivel elevado de confiabilidad. Por lo tanto, el instrumento es aplicable en la presente investigación.

ANEXO 16

TOTAL RESULTADO DE LAS ACTITUDES DE LAS MADRES DEL C.S. CIUDAD NUEVA Y C.S. SAN FRANCISCO

CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO			
N°	ACTITUDES	Nª	PORCENTAJE
1	Ante el inicio de diarrea en su niño, usted le daría suero de rehidratación oral rápidamente.	135	93.1
2	Si su niño tuviera diarrea por más de dos días usted lo llevaría al centro de salud más cercano para su atención.	44	30.3
3	Si se presenta un cuadro de diarrea usted esperaría que su niño se mejore solo antes de buscar ayuda.	82	56.6
4	Si el niño lactante presentara diarrea usted ya no le daría leche materna.	84	57.9
5	Las recomendaciones que da la vecina sobre la diarrea son mejores que las que dan en el centro de salud.	76	52.4
6	Purgar al niño para que no tenga más diarrea.	75	51.7
7	Ante la presencia de diarrea en el menor, usted le daría medicamentos que tiene en la casa para detenerlo.	88	60.7
8	Si usted acudiría a un centro de salud por la presencia de diarrea en su niño, usted cumpliría de manera estricta el tratamiento que el médico le indica.	96	66.2
9	Si el niño presenta diarrea, usted lo llevaría donde el curandero, hierbatero para que lo oriente en remedios naturales que pueda utilizar.	85	58.6
CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA			
N°	ACTITUDES		
1	Ante el inicio de diarrea en su niño, usted le daría suero de rehidratación oral rápidamente.	92	63.4
2	Si su niño tuviera diarrea por más de dos días usted lo llevaría al centro de salud más cercano para su atención.	35	24.1
3	Si se presenta un cuadro de diarrea usted esperaría que su niño se mejore solo antes de buscar ayuda.	62	42.8
4	Si el niño lactante presentara diarrea usted ya no le daría leche materna.	51	35.2
5	Las recomendaciones que da la vecina sobre la diarrea son mejores que las que dan en el centro de salud.	42	29.0
6	Purgar al niño para que no tenga más diarrea.	43	29.7
7	Ante la presencia de diarrea en el menor, usted le daría medicamentos que tiene en la casa para detenerlo.	44	30.3
8	Si usted acudiría a un centro de salud por la presencia de diarrea en su niño, usted cumpliría de manera estricta el tratamiento que el médico le indica.	78	53.8
9	Si el niño presenta diarrea, usted lo llevaría donde el curandero, hierbatero para que lo oriente en remedios naturales que pueda utilizar.	29	20.0