



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**“RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE LAS
MADRES DE MENORES DE CINCO AÑOS SOBRE LA
PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES
DIARREICAS AGUDAS EN EL HOSPITAL
SANTA MARÍA DEL SOCORRO
MARZO – OCTUBRE
2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA: SILVIA LUCIA ZAMBRANO TATAJE

ASESOR: LIC. LUIS ALBERTO CARRERA ANCHANTE

ICA - PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

AGRADECIMIENTOS

A Dios quien ha sido mi guía y mi fortaleza para seguir mi camino profesional cumpliendo con todos mis objetivos y metas trazadas.

A mi familia que está siempre presente conmigo inculcándome buenos valores y enseñanzas que durarán para toda la vida.

A mi Madre quien ha sido participe de éste proyecto y quien me dió la fuerza de seguir adelante y no decaer a pesar de tantos obstáculos.

A mis hijos que son la razón primordial de seguir avanzando en mi carrera profesional.

RESUMEN

El estudio fundamentó su línea de investigación en evaluar la relación entre conocimiento y prácticas de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro marzo - octubre 2016. Se diseñó un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal, analítico que se definió en el nivel relacional. Para el muestreo se eligió el algoritmo matemático para una población finita ($N=300$) y que con un nivel de confianza del 95,0% y margen de error de 5,0% se obtuvo una muestra de 166. Previo consentimiento informado se aplicó la técnica de la encuesta para lo cual, el instrumento en su fase cualitativa se realizó la búsqueda sistemática de la teoría vigente sobre EDA (validez racional) enseguida el cuestionario fue sometido a la apreciación crítica de juicio de expertos y finalmente se estableció la cuantificación métrica para determinar el grado, de confiabilidad del instrumento resultando un alfa de Croanbach= $0,586$. El procesamiento se realizó en el paquete estadístico, IBM SPSS Statitics versión 22 y para su análisis se utilizó la prueba estadística paramétrica correlación de Pearson. Se encontró que el nivel de conocimiento prevalente, sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas fue regular 62,7%; bueno 33,7%; malo 3,6%; mientras que la práctica fue adecuada 98,2% e inadecuada 1,8%. Sin embargo con un $p\text{-valor}=0,059$ podemos concluir que no se encontró, relación significativa entre el conocimiento y prácticas de las madres de menores de cinco años, sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro marzo - octubre 2016.

PALABRAS CLAVES: Enfermedades diarreicas agudas, conocimiento, practicas preventivas

ABSTRACT

The study based its research line on the relationship between the knowledge and practices of mothers under five years of age on the prevention of acute diarrheal diseases in the Hospital Santa Maria del Socorro March - October 2016. A study was designed an observational, prospective, transversal, analytical study that was defined at the relational level. For the sampling the mathematical algorithm was chosen for a finite population ($N = 300$) and with a confidence level of 95.0% and margin of error of 5.0% a sample of 166 was obtained. Prior informed consent was applied The technique of the survey for which the instrument in its qualitative phase was made the systematic search of the current theory on EDA (rational validity) then the questionnaire was subjected to the critical appraisal of expert judgment and finally metric quantification was established for Determine the degree of reliability of the instrument resulting in a Croanbach alpha = 0.586. The processing was performed in the statistical package IBM SPSS Statitics version 22 and for its analysis we used the statistical test parametric correlation of Pearson. It was found that the level of knowledge prevalent on the prevention of acute diarrheal diseases was regular 62.7%; Good 33.7%; Bad 3.6%; while the practice was adequate 98.2% and inadequate 1.8%. However, with a p-value = 0.059, we can conclude that there was no significant relationship between the knowledge and practices of mothers of children under five years of age on the prevention of acute diarrheal diseases in the Hospital Santa María del Socorro March - October 2016.

KEY WORDS: Acute diarrheal diseases, knowledge, preventive practices.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
INDICE DE GRÁFICOS	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1.1. Planteamiento del problema	12
1.2. Formulación del problema	14
1.3. Objetivos de la Investigación	14
1.3.1. Objetivo general	14
1.3.2. Objetivos específicos	14
1.4. Justificación del estudio	15
1.5. Limitaciones de la investigación	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	16
2.1. Antecedentes del estudio	16
2.2. Bases Teóricas	22
2.3. Definición de términos	39
2.4. Hipótesis	41
2.5. Variables	41
2.5.1. Definición conceptual de la variable	41
2.5.2. Definición operacional de la variable	42
2.5.3. Operacionalización de la variable	43
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	45
3.1. Tipo y nivel de investigación	45
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	46
3.3. Población y muestra	47
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	48
3.5. Validez y Confiabilidad del Instrumento	48

3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	49
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	50
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	57
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	67

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1: Distribución porcentual de la edad de las madres de menores de cinco años que participaron en el estudio	51
Tabla N° 2: Distribución porcentual de la edad de los niños	52
Tabla N° 3: Distribución porcentual del nivel de conocimiento de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro	52
Tabla N° 4: Distribución porcentual de la práctica de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas es bajo en el Hospital Santa María del Socorro	53
Tabla N° 5: Relación entre el conocimiento y prácticas de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro en el periodo marzo a octubre del año 2016	55
Tabla N° 6: Distribución porcentual del estado civil de las madres de menores de cinco años que participaron en el estudio	83
Tabla N° 7: Distribución porcentual de la ocupación de las madres de menores de cinco años que participaron en el estudio	84
Tabla N° 8: Distribución porcentual del nivel educativo de las madres de menores de cinco años que participaron en el estudio.	84

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1: Distribución porcentual de la edad de las madres de menores de cinco años que participaron en el estudio	51
Gráfico N° 2: Distribución porcentual de la edad de los niños	52
Gráfico N° 3: Distribución porcentual del nivel de conocimiento de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro	53
Gráfico N° 4: Distribución porcentual de la práctica de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas es bajo en el Hospital Santa María del Socorro	54
Gráfico N° 5: Relación entre el conocimiento y prácticas de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro en el periodo marzo a octubre del año 2016	56
Gráfico N° 6: Distribución porcentual del estado civil de las madres de menores de cinco años que participaron en el estudio	83
Gráfico N° 7: Distribución porcentual de la ocupación de las madres de menores de cinco años que participaron en el estudio	84
Gráfico N° 8: Distribución porcentual del nivel educativo de las madres de menores de cinco años que participaron en el estudio.	85

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 760 000 millones de niños cada año. La diarrea puede durar varios días y puede privar al organismo del agua y las sales necesarias para la supervivencia. La mayoría de las personas que fallecen por enfermedades diarreicas en realidad mueren por una grave deshidratación y pérdida de líquidos. Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales.

Las intervenciones destinadas a prevenir las enfermedades diarreicas, en particular el acceso al agua potable, el acceso a buenos sistemas de saneamiento y el lavado de las manos con jabón permiten reducir el riesgo de enfermedad. Las enfermedades diarreicas pueden tratarse con una solución de agua potable, azúcar y sal, y con comprimidos de zinc.

En países en desarrollo, los niños menores de tres años sufren, de promedio, tres episodios de diarrea al año. Cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermar por enfermedades diarreicas.⁽¹⁾

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen el eje fundamental de la salud pública, por ello, son componentes esenciales del modelo de atención a la salud. Un elemento sustantivo de la promoción de la salud es su carácter anticipatorio, el cual busca atender, no a la enfermedad directamente, sino a los determinantes sociales de la salud. Se trata de crear y fortalecer determinantes positivos y delimitar o eliminar los negativos.⁽²⁾

Las evidencias a nivel mundial comprueban que mediante el lavado de manos, sobretodo antes de comer y después de usar el inodoro, se puede lograr reducir la incidencia de las enfermedades diarreicas en la población infantil. Estudios dirigidos por la Escuela de Medicina Tropical de Londres y corroborados por el CDC de Atlanta entre el 2002 y 2003 ratifican esta situación. Los resultados indican que a pesar de la contaminación en el agua y en el ambiente, la práctica apropiada de lavado de manos con jabón reduce la

morbilidad por diarrea en un 52% y por neumonía en un 50%. El hecho de que más personas se laven las manos con jabón podría contribuir de manera significativa a alcanzar la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de reducir en dos terceras partes las muertes de niños menores de cinco años para el año 2020.⁽³⁾

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los esfuerzos por reducir la morbimortalidad de los niños menores de 5 años por las organizaciones como la OMS y la OPS, tienen resultados alentadores, lo que se puede demostrar según lo reportado por el OPS: “Desde 1990 se han hecho progresos considerables en todo el mundo con respecto a la reducción de las muertes en la niñez. La cifra mundial de muertes de menores de 5 años ha disminuido de 13,0 millones en 1990 a 5,9 millones en 2015; es decir, 16 000 muertes diarias, en comparación con 35 000 en 1990. Desde 1990 la tasa mundial de mortalidad de los menores de 5 años ha disminuido en un 53%: de 91 (89 a 92) muertes por 1000 nacidos vivos en 1990 a 43 (41 a 46) en 2015”. Sin embargo a pesar de este logro, La Enfermedad Diarreica Aguda en niños, sigue siendo un problema de salud pública, lo que se deduce, por los reportes de la UNICEF⁽⁵⁾, que le atribuye a las EDAS la causa del fallecimiento de 1.5 millones de niños al año en todo el mundo, ocupando el segundo lugar de mortalidad infantil después de las Infecciones Respiratorias Agudas a nivel mundial; en consecuencia podemos decir que las EDAS son un problema de salud pública que aún tenemos que resolver, ya que afecta principalmente a la población infantil de nuestro país; su presencia se da especialmente en los ámbitos geográficos de población en situación de pobreza, donde se estima que los niños tienen entre 10 y 12 episodios de diarrea por año. La ciudad de Ica, se encuentra en el 6° lugar a nivel nacional con incidencia en enfermedades diarreicas

Agudas; la DIRESA de Ica ⁽⁶⁾ elaboró un informe de los últimos 7 años (2007 al 2013) que así lo demuestra, estableciendo que hay una tendencia estacionaria en la frecuencia de las enfermedades diarreicas agudas totales y diarreas agudas acuosas; sin embargo las disenterías tienden a disminuir.

El Hospital Santa María del Socorro, se encuentra ubicado en el departamento, provincia y distrito de Ica con la responsabilidad de atender una población vulnerable de enfermar por la situación socioeconómica que la caracteriza. El año 2015 El HSMSI ⁽⁷⁾ ha reportado: en el año 2015 1200 casos de diarreas totales, en menores de 5 años de los cuales 932 son diarreas agudas sin deshidratación, 173 son disenterías sin deshidratación, 2 disentería persistente, 55 son diarreas agudas con deshidratación, 7 son disenterías persistentes, 85 diarreas agudas con deshidratación y 13 casos complicados por diarreas.

Nuestro problema gira al entorno de la prevalencia de las EDAS en menores de 5 años, teniendo en cuenta que esta enfermedad es prevenible y que la responsabilidad directa es de las madres quienes son las que deben ejecutar prácticas de prevención, para lo cual deben tener un conocimiento basto de ellas y las consecuencias de no practicarlas,

La deshidratación que producen las EDA privan de agua, sales y nutrientes necesarios para la supervivencia y el crecimiento. Asimismo, los niños y niñas que presentan EDA son más propensos a padecer desnutrición, lo que a su vez los hace más vulnerables a contraer nuevamente enfermedades diarreicas, formando un círculo vicioso; consecuencias que pueden conducir a los niños a la muerte, como es la deshidratación y la desnutrición, pudiendo prevenirse; nos preguntamos si las madres que se atienden en el Hospital Santa María del Socorro tienen practicas saludables de saneamiento básico, higiene y uso de agua salubre, para evitar que sus hijos se infecten y enfermen, o será que es la falta de conocimiento al respecto, lo que impide una buena práctica preventiva, en todo caso queremos establecer la relación que existe entre el conocimiento y la práctica, de ahí que el Problema que vamos a Investigar es: “Relación entre conocimiento y prácticas de las

madres de menores de cinco años sobre la prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas en el Hospital Santa María del Socorro marzo - octubre 2016”, se constituye dentro de los problemas de salud y de las políticas de salubridad de nuestro país.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Problema general:

¿Existirá relación entre conocimiento y prácticas de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro marzo - octubre 2016?

Problemas específicos:

PE 01: ¿Cuál será el nivel de conocimiento de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro marzo - octubre 2016?

PE 02: ¿Cuál será el nivel de práctica de las madres de menores de cinco años sobre, la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro marzo - octubre 2016?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo General

Evaluar la relación entre el conocimiento y prácticas de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro marzo - octubre 2016.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Evaluar el conocimiento de las madres de menores de cinco años, sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro.
- Evaluar la práctica de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El trabajo buscó conocer, el comportamiento de la práctica de prevención de las EDAS en niños menores de 5 años, basado en un previo conocimiento, estableciendo la relación entre saber y hacer ambos frente a la incidencia de una enfermedad.

Este estudio es conveniente desde el punto de vista metodológico, ya que sirve para otras investigaciones similares, como guía de la metodología utilizada sobre todo en lo referente al instrumento utilizado.

Se justificó en conocer qué pasa con las madres que no pueden prevenir las diarreas en sus hijos, a partir del conocimiento y la práctica de prevención sobre las EDAs.

La investigación tiene una justificación relevante, dado que estudia un problema social.

La importancia de este trabajo, fue determinar el comportamiento de las madres de niños menores de 5 años sobre la prevención de las EDAS, relacionando el conocimiento con la práctica vamos a tener un indicador a través de los resultados, donde se pudo realizar propuestas que puedan contribuyan a resolver este problema social.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La primera limitación, es con relación el poco interés de las madres para desarrollar la encuesta.

La segunda Limitación, es en cuanto al tiempo y horario en donde se aplica el instrumento, ya que solo se puede captar a las madres en las mañanas; en donde nos indican que tienen que retirarse porque tiene que preparar la comida para sus hijos que se van al colegio y a su esposo porque llega de trabajar.

La tercera Limitación, es en relación al ambiente; no se cuenta con un ambiente en donde la persona pueda encontrar las comodidades para poder realizar el llenado de la encuesta.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

A NIVEL INTERNACIONAL

Espinosa V. (2015). Conocimientos y Prácticas sobre Prevención y Manejo de Enfermedad Diarreica Aguda, en Madres de Niños/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir Caritas Felices y Estrellita Iluminando el Futuro MIES Loja, 2014 –2015. ⁸ Tuvo las siguientes conclusiones: Las madres tienen un alto nivel de conocimiento en cuanto a la definición de diarrea. Sin embargo un alto porcentaje de las madres no conocen los factores que influyen para desarrollarla y los factores protectores de la diarrea, lo que se considera un riesgo para la salud del niño, se determinó que la mayoría de las encuestadas no conocen los signos de alarma para llevarla(o) urgente al servicio de salud u hospital, desconocen las señales de deshidratación en el niño. En cuanto a las prácticas que poseen las madres sobre prevención de la diarrea, se concluye que la mayoría de las madres no conocen los cuidados que debe dar al niño para prevenir la diarrea, ya que un alto porcentaje tienen practicas inadecuadas, referente a las prácticas de manejo de la diarrea en un alto porcentaje prevalecen las prácticas adecuadas.

Lapeira P. Acosta D. (2013) Conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas y respiratorias entre madres de una Institución de salud. ⁹ Tuvo las siguientes conclusiones: Se determinó que los niños menores de cinco años y, dentro de estos los lactantes de 0 a 12

Meses, son más vulnerables a padecer de EDA e IRA; en su aparición incide las condiciones de vida desfavorables como hacinamiento, deficiente Atención médica y bajo ingreso económico.

Ávila M. Green M. (2012). Incidencia de la Enfermedad Diarreica Aguda en Menores de Cinco Años Hospital General Docente “Carlos Manuel de Céspedes”. Bayamo, Granma, Cuba- 2008-2012.¹⁰ Tuvo las siguientes conclusiones: La incidencia de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años, entre los años 2008 y 2012, los varones y los del grupo de uno a cuatro años fueron los que más incidieron en cada uno de los años.

La Cruz M. Calderón J. (2012). Conocimiento Materno sobre Estrategias Básicas de Prevención en Enfermedad Diarreica Aguda. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Mérida Venezuela. 2012; ¹¹ tuvo como conclusiones: El desconocimiento materno tuvo relación directa con bajos niveles de instrucción materna y nivel socioeconómico; por ello las campañas de educación deben dirigirse a estos grupos. El saneamiento y la promoción de la higiene con participación de la comunidad pueden llevar a una reducción significativa de la incidencia de diarrea en niños.

Cabezas M. (2011). Intervención Educativa sobre Prevención de Enfermedades Diarreicas el enfoque AIEPI Comunitario para Madres con Niños Menores de cinco años del Centro de Educación Inicial Lic. Alfonzo Chávez Jara. Riobamba-Ecuador.¹² Tiene como resultados y conclusiones: del grupo de estudio existe 87% de madres que tienen de 1 a 3 hijos en su familia, y 3 de ellos han sufrido de episodios diarreicos, de los 3 niños, 1 actualmente en cada familia tiene diarrea. La fuente principal de abastecimiento de agua es la red pública, el 64% de madres la consumen tal como viene de la red pública, mientras que el 36% de madres prefieren hacerla hervir el tiempo necesario, de este porcentaje el 87% de madres hacen hervir el agua menos de 5 minutos, el 13% de 6 a 8 minutos y el 0%

de madres no hace hervir el agua tiempo necesario. El 63% de madres se lavan las manos antes comer, 27% se lavan las manos después de hacer las necesidades Las madres carecen de conocimiento sobre la EDA en un 80%. Antes de la intervención educativa las madres tenían un desconocimiento sobre EDA en un 80% luego de la intervención educativa se elevó sus conocimientos en un 95%.

Los antecedentes internacionales citados se ejecutaron en los países de Cuba, Ecuador, y Venezuela, por cuanto estos países tienen casi la misma problemática que nuestro país; la mayoría tiene la misma metodología y objetivo similar por lo que fueron útiles para la contrastación de mis resultados.

A NIVEL NACIONAL

Flores C.(2015)“Conocimiento sobre Enfermedad Diarreica Aguda en Madres de Niños Menores de 5 Años en el Nido Children´s House 2015” Lima – Perú Universidad San Martín de Porres. 2015.¹³Tuvo como conclusiones: Se encontró que el nivel de conocimiento en EDA que tienen las madres de niños menores de 5 años de nuestra población estudiada es en su gran mayoría Regular, cuando fueron separadas según el grado de instrucción de las madres, sí se encontró una relación estadística significativa, siendo mayor el conocimiento cuanto más alto era el grado de instrucción.

Olivera R. (2015). “Nivel de Conocimiento sobre Enfermedad Diarreica Aguda en Madres de Niños Menores de 5 años en el Hospital Vitarte 2015.¹⁴ Se llega a los siguientes resultados y conclusiones: En cuanto a la concepción de la enfermedad diarreica aguda hemos encontrado el predominio de un alto porcentaje de concepto erróneo (45,86 %), lo cual provoca que este mismo grupo se encuentre imposibilitado de reconocer oportunamente el problema a tratar. Se encontró que el nivel de conocimiento de enfermedad diarreica aguda (EDA) en las madres de niños

menores de 5 años del Hospital Vitarte es malo en un 49,68%, regular en un 41,4%, y 8,92 % un conocimiento bueno.

Tácutan S. (2013). 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. Tacna-Perú. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna; 2013.¹⁵ Tuvo los siguientes resultados y conclusiones: 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%. 82

Quispe Huallpa M L. (2012). “Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Madres con Niños Menores de 5 años con Casos de EDA de la Comunidad de Yuncaypata que acuden al Centro de Salud de Wanchaq de enero – septiembre Cusco 2012”. Cuzco Perú Ministerio de Salud; 2012.¹⁶ Tuvo las siguientes conclusiones y resultados: El 67.67% de madres de familia de niños menores de 5 años con EDA tienen bajo nivel de conocimiento bajo y el 5.56% tiene alto nivel de conocimiento. El 83.33% de las madres de familia tiene prácticas y actitudes deficientes en EDAS y el 16.67% tiene prácticas y actitudes adecuadas frente a un EDA. El 66.7% tiene nivel de conocimiento bajo lo que está directamente relacionado con el grado de instrucción de analfabeta y primaria incompleta la misma que tiene un porcentaje representativo del 27.8% y 66.67% respectivamente.

Vásquez R. (2012). “Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis, 2009” Salud Pública Lima – Perú 2012.¹⁷ Tuvo las siguientes conclusiones: Un porcentaje considerable de madres tiene un conocimiento alto sobre lactancia materna referido a que la lactancia proporciona al bebe las defensas contra las enfermedades, un porcentaje considerable de madres tiene practicas adecuadas en lactancia materna debido a que la madre refiere que se lava las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebe, se acomoda adecuadamente en la silla para dar de lactar a su bebe, realiza la estimulación del reflejo de succión al inicio del amamantamiento, permite al bebe la succión a libre demanda aproximadamente 10 a 15 minutos y al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo menique en la comisura labial.

Si observamos detenidamente los antecedentes encontrados son en su mayoría de Lima, Cuzco, Tacna, estos departamentos tienen la misma problemática que nuestra región, por ello es que se ha podido realizar las discusiones con respecto a nuestros resultados estadísticos. La metodología son iguales y los objetivos son similares.

A NIVEL LOCAL

Huaraca M. Mendoza S. Quispe F. (2013) Saneamiento Básico y su relación con la Prevalencia de Enfermedades Diarreicas Agudas en niños de 5 años en el Caserío del Arenal, los Aquijes de Ica 2013.Ica Perú. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica; 2013.¹⁸ Tuvo las siguientes conclusiones: En lo referente al Saneamiento Básico éste es bajo, según resultados estadísticos obtenidos de la investigación mucho ha intervenido el mal uso y manejo del agua potable, tanto en su almacenamiento como en su tratamiento, siendo estos en su mayoría deficientes en porcentajes elevados; en relación a la prevalencia de EDAS, según los resultados estadísticos, solo 17 niños menores de 5 años presentan de 3 a más episodios diarreicos.

Choquecahua V. Jacobo F. (2012). Nivel de Conocimiento, Actitudes y Prácticas de las Madres sobre medidas Preventivas frente a la Enfermedad Diarreica Aguda en Niños y Niñas de 0 a 5 años atendidos en el P.S. de Lujaraja en los meses de octubre a marzo Ica 2011-2012. Ica Perú. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica; 2012.¹⁹ Tuvo las siguientes conclusiones y resultados: En cuanto al nivel de conocimientos de las madres que tiene niños menores de 5 años se concluye que la mayoría de ellas presentan nivel de conocimiento de medio a alto con un 46.57% y 52.94%. En cuanto al nivel de prácticas madres que tienen niños menores de 5 años y el de prácticas, la mayoría de ellas presentan nivel de prácticas adecuado con un 99.50%.

Alarcoa J. Aguirre E. Álvarez E. (2012). Conocimiento de las Madres sobre La Diarrea y su Prevención en un Asentamiento Humano de la Provincia de Ica, Perú. Universidad Nacional san Luis Gonzaga de Ica. 2012.²⁰ Tuvo las siguientes conclusiones: El conocimiento general de las madres sobre el manejo de la diarrea, es regular, persiste la creencia de que se debe de prohibir la lactancia materna, los parásitos son la principal causa de la diarrea, se debe usar antibióticos como parte de un tratamiento adecuado.

Aguilar C. Shampión S. Ortega S. (2012). Nivel de Conocimiento de las Madres sobre Enfermedades Diarreicas Agudas y su Influencia en la Prevención en Niños Menores de 5 años del Centro de Salud de la Tinguíña. Enero – Junio 2012 Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica - 2012. Ica-Perú.²¹ Tuvo las siguientes conclusiones: De acuerdo al estudio realizado se concluye que el nivel de conocimiento de las madres sobre enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años es regular lo que implica malas prácticas de prevención, por lo cual puede conducir a elevar el índice de morbimortalidad de las mismas, también hemos concluido con nuestra investigación que las madres de niños menores de 5 años que tienen un bajo nivel de conocimiento sobre prevención de las enfermedades diarreicas agudas tienen medidas

inadecuadas de higiene para prevenir las mismas, como es la mala eliminación de excretas, la mala higiene domiciliaria, la mala higiene corporal entre otros.

Cajo A. De La Cruz D. Hidalgo D. (2012). Condiciones de Vida y su Relación con la Incidencia de Parasitosis Intestinal en Niños de 3 a 5 años del PRONOEI Sector II Santiago-Ica-2012 Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica - 2012.²² Tuvo las siguientes conclusiones: Se encontró que la parasitosis intestinal no tienen relación directa con el sexo pero si con la edad de los niños, en relación a la edad es más frecuente en niños de 5 años con un 36.36%, y en lo referente al sexo es más frecuente en los varones con un 63.64%, resultado que no es relevante debido a que nuestra población masculina en el estudio era mayor que la población femenina, concluimos que a mayor edad existe mayor prevalencia de parasitosis probablemente porque dependen menos del cuidado de sus padres. Se concluye que el saneamiento básico: el consumo de agua directa del caño, el consumo de verduras crudas lavadas, la frecuencia con que pasa el camión recolector de la basura (una vez por semana) lo que genera que parte de la población arroje la basura en un lugar descampado: el no realizar el lavado de manos en las situaciones necesarias, y la presencia de las uñas largas y sucias tanto de la madre como del niño; son las condiciones de vida que influyen directamente en la incidencia de parasitosis intestinal en los niños.

Los trabajos encontrados a nivel local, son en su totalidad de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, la cual nos proporcionó los datos necesarios para poder realizar nuestra investigación, fuimos atendidos por la misma directora de investigación la que nos dio las facilidades del caso.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Conocimiento

A. Sobre La Teoría del Conocimiento: Jaime E Vargas-Mendoza dice:

“La filosofía entendida como una reflexión sobre la conducta teórica le

llamaríamos ciencia y la filosofía es, entonces, la teoría del conocimiento científico o teoría de la ciencia.”²³Sabemos que la teoría del conocimiento científico es: Formal (lógica) y Material (teoría del conocimiento), en realidad para efectos del conocimiento que mediremos en nuestro estudio nos enfocaremos más al conocimiento científico material, del cual se desprende el conocimiento intuitivo, que es la forma inmediata de aprehender. Platón es el primero que habla de una intuición espiritual y en esa línea encontramos a otros filósofos como Plotino, San Agustín, Descartes (con su “pienso, luego existo”), Pascal, Malebranche, Bergson y Dilthey.

B. Sobre Conocimiento, y siguiendo a Platón, Walter Peñaloza dice: “El conocimiento es el resultado de la experiencia del conocer y el conocer es la experiencia que consiste en aprender la manera de ser un objeto, es decir captar, coger sensorial e intelectualmente las propiedades que definen y tipifican el objeto”.²⁴

En el campo de Salud Pública, en la proyección del trabajo comunitario que hace el profesional de enfermería, es de suma utilidad brindar conocimientos sobre temas de prevención como es el caso de nuestro estudio, razón por la cual tomamos en cuenta a Peñaloza quien al interpretar a Platón sobre conocimiento, nos induce a conocernos primero como el objeto y en base a ese conocimiento, conocer cómo comportarnos como tal, de tal manera, que podemos interpretar que primero las madres tienen que identificarse como tales y luego conocer el rol de cuidadoras de sus hijos, para poder conocer cómo ejecutar ese rol, de ahí la importancia del conocimiento para nuestro estudio.

C. Valhondo D.²⁵ el conocimiento se lo define como una mezcla fluida de experiencias, valores, información, las cuales proporcionan un marco para su evaluación e incorporación de nuevas experiencias, se obtiene de los individuos, que pueden transferirlo utilizando medios estructurados, como documentos y libros, o en contactos persona a persona mediante conversaciones y aprendizaje.

Sobre lo que hemos expuesto del conocimiento y en marco de nuestra investigación, podemos definir “El conocimiento de las Madres sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas”, como el contenido teórico que debe adquirir sobre la prevención de las EDAS, luego de conocer su propio rol como cuidadora de sus hijos, teniendo en cuenta y adaptándolo a lo que reporta la OMS: considera que es de vital importancia que los padres y cuidadores sepan reconocer los signos de alarma, para iniciar oportunamente los cuidados en casa y consultar oportunamente al médico o a la institución de salud más cercana.²⁶

Por tanto, el conocimiento materno sobre Enfermedad Diarreica Aguda se basa en la información que obtiene a través del personal de Enfermería que se dedica al trabajo comunitario en la Atención Primaria de la Salud.

2.2.2 La práctica

Para entender la práctica de las madres de menores de 5 años en relación a la prevención de las EDAS hemos revisado varios conceptos básicos al respecto así:

A) The Free Dictionary la define como: “Realización de una actividad de una forma continuada y conforme a sus reglas. Habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad: destreza. Aplicación de una idea, teoría o doctrina: la ciencia debe aunar teoría y práctica. Uso continuado o habitual que se hace de una cosa: hábito.”²⁷

B) Pérez J. Gardey A. dice: “La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos.”²⁸

C) La Real Academia de la Lengua Española, dice: “Que la práctica es :
“1. Ejercitar, poner en práctica algo que se ha aprendido y especulado,
2. La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos”²⁹ Estas definiciones nos permiten establecer una idea concreta sobre lo que debemos entender como prácticas en el campo de

la salud pública, que la definimos de la siguiente manera: Es la ejecución de acciones que se deben realizar con el conocimiento adecuado sobre prevención de las EDAS, practicas inducidas y supervisadas por el personal de Enfermería que se dedica al trabajo comunitario en la Atención Primaria de la Salud.

2.2.3 Aprendizaje

A) Teoría del Conductismo

“El conductismo es una corriente de la psicología cuyo padre es considerado John Broadus Watson, consiste en usar procedimientos experimentales para analizar la conducta, concretamente los comportamientos observables, y niega toda posibilidad de utilizar los métodos subjetivos como la introspección. Se basa en el hecho de que ante un estímulo suceda una respuesta, el organismo reacciona ante un estímulo del medio ambiente y emite una respuesta. Esta corriente considera como único medio de estudio, la observación externa debido a que se realizaba en laboratorios, buscando aislar variables para obtener la conducta deseada, consolidando así una psicología científica. El conductismo tiene su origen en el socialismo inglés, el funcionalismo estadounidense y en la teoría de la evolución de Charles Darwin, ya que estas corrientes se fijan en la concepción del individuo como un organismo que se adapta al medio (o ambiente)”³⁰

B) La Enseñanza Orientada a la Acción

“Responde a un enfoque didáctico integral que presupone específicamente la actividad del alumno. La organización del proceso de aprendizaje encuentra su orientación en los “productos de la acción” acordados entre el docente y los alumnos. El resultado de este proceso de aprendizaje debe ser un equilibrio entre “la cabeza, el corazón y la mano” (Johann Heinrich Pestalozzi, 1746-1827), vale decir el aprendizaje cognitivo, afectivo y psicomotriz. No se trata de un modelo, sino simplemente de un concepto didáctico”.³¹

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 sobre EDAS 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.

C) Pérez. J. Gardey A. define una **Competencia** como un saber en ejecución; y dice: La capacidad de movilizar varios recursos de pensamiento para hacer frente a diversas situaciones sean profesionales, escolares o de la vida cotidiana. Para entender la esencia de la competencia debemos tener en cuenta

Saber Saber: Es la parte cognitiva, encargada de los conocimientos que el alumno adquiere en toda su formación.

Saber Hacer: Es la parte de la aplicación, encargada de la práctica que el alumno realiza una vez tenga lo cognitivo (Saber).

Saber Ser: Es la parte de las emociones, encargada del desarrollo humano que el alumno adquiere durante su formación.”³²Entendemos que las competencias en su conjunto harán efectivo el trabajo de las madres evitando las EDAS en sus hijos, toda vez que al tener el conocimiento, este será puesto en práctica a través de actitudes positivas. Esta actitud ejerce una influencia directiva sobre las reacciones de las madres hacia la protección de sus hijos.

2.2.4 Teorías de Enfermería

A) Masón sobre: Florence Nightingale. “Teoría del Entorno”

En su libro “Notas de Enfermería” sentó las bases de la enfermería profesional; Su espíritu de indagación se basa en el pragmatismo. El Principal objetivo de su teoría es conservar la energía vital del paciente a partir del entorno y la influencia que ejerce este sobre las personas, dejando al entorno en las

mejores condiciones posibles para que actuara sobre él. Su teoría se centra en el medio ambiente, creía que un entorno saludable, sobre el cual se debía tomar medidas adecuadas para conservarlo a través del cuidados de enfermería. Florence Nightingale dice: “Que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz”.³²

Otro de sus aportes hace referencia a la necesidad de la atención domiciliaria, las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio, deben de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia.

B) Pepper J. sobre Sor Callista R. “Modelo de Adaptación”

El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones. Contiene cinco elementos esenciales: paciente, meta de la enfermería, salud, entorno y dirección de las actividades. Los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. La capacidad para la adaptación depende de los estímulos a que está expuesto y su nivel de adaptación y este a la vez depende de tres clases de estímulos: 1) Focales, los que enfrenta de manera inmediata. 2) Contextuales, que son todos los demás estímulos presentes. 3) Residuales, los que la persona ha experimentado en el pasado. Considera que las personas tienen cuatro modos o métodos de adaptación: Fisiológica, auto concepto, desempeño de funciones, y relaciones de interdependencia. El resultado final más conveniente es un estado en el cual las condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.³³

C) Wesley R. SOBRE Pender N. "Modelo de Promoción de la Salud"

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

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.³⁴

2.2.5 Enfermedades Diarreicas

“La OMS en abril del 2013, publicó la Nota Descriptiva N° 330 de su centro de prensa, el cual transcribimos, por el contenido científico teórico que aporta a nuestro estudio.

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años. En todo el mundo se producen unos 1 700 millones de casos de enfermedades diarreicas cada año de las cuales matan a 760 000 niños menores de cinco años cada año. Son enfermedades prevenibles y tratables; la diarrea es una de las principales causas de malnutrición de niños menores de cinco años. La prevención gira alrededor del acceso al agua potable y a servicios adecuados de saneamiento e higiene.

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

La OMS define diarrea como: “La presencia de 3 o más deposiciones líquidas en 24 horas, 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. Se define como diarrea la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. La deposición frecuente de heces formes (de consistencia sólida) no es diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y “pastosa” por bebés amamantados”.

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

A. Signos y síntomas de alarma:³⁵

- Letargia o inconsciencia.
- Intranquilo, irritable.
- Ojos hundidos.
- Bebe mal o no puede beber.
- Bebe ávidamente, con sed.
- Signo de pliegue cutáneo.

B. Tipos clínicos de diarrea:

Diarrea líquida aguda: Es aquel episodio de diarrea que empieza de manera aguda y tarda menos de 14 días. Se manifiesta por la presencia de tres o más deposiciones líquidas o semilíquidas sin sangre visible, que puede acompañarse de vómito, fiebre, irritabilidad y disminución del apetito. La mayoría de las veces este cuadro se resuelve en menos de 7 días. Los agentes más implicados en este tipo de diarrea son: rotavirus, E. Coli enterotoxigénica, Shigella, Campylobacter jejuni y Cryptosporidium. Es la más frecuente de todas las clases de diarrea y la mayoría de los casos son auto limitados, recuperándose en unos pocos días

con la aplicación de la terapia de rehidratación oral (TRO), sin el uso de antiespasmódicos, antidiarreicos ni antibióticos, salvo aquellos casos sospechosos de cólera.

Diarrea disentérica: Corresponde a aquellos casos de diarrea que se acompañan de sangre visible en las heces. Se manifiesta además por anorexia, pérdida rápida de peso y daño de la mucosa intestinal causado por invasión de bacterias. Los agentes más comúnmente implicados en este tipo de diarreas son: Shigella, Salmonella, Campylobacter jejuni, E. coli enteroinvasora. Aunque la Entamoeba histolytica puede causar disentería grave en adultos jóvenes, es una causa muy rara en niños. Aunque se estima que sólo el 10% de todos los casos de diarrea son disentéricas, su importancia radica en que las mismas son responsables hasta del 15% de las muertes por esta enfermedad. De ahí la importancia de detectar, tratar y controlar posteriormente estos casos.

Diarrea persistente: Es un episodio diarreico que se inicia en forma aguda y que se prolonga por 14 días o más. Alrededor del 10% de los casos de diarrea aguda se vuelven persistentes. Esta condición deteriora el estado nutricional y está asociada con mayor mortalidad que la diarrea aguda; del 35-50% de las muertes por diarrea son debidas a diarrea persistente. Ocurre en niños malnutridos y por sí misma es una importante causa de malnutrición. La muerte se produce como consecuencia de un deterioro nutricional progresivo, estados prolongados de deshidratación, desequilibrio electrolítico y sepsis.

Factores de riesgo:

- La desnutrición, la que retrasa la recuperación del epitelio intestinal.
- Introducción reciente de leche de vaca o fórmulas infantiles comerciales.
- Inicio prematuro de la alimentación complementaria.
- Restricción de alimentos durante la diarrea aguda.

- Abandono de la lactancia materna.
- Uso indiscriminado de medicamentos antiprotozoarios.

C. Diagnóstico

Evaluación del paciente:

Es necesario evaluar cuidadosa e integralmente al paciente y realizar una historia clínica que incluya la clasificación y determinación del tratamiento adecuados. La frecuencia o el volumen de las deposiciones o vómitos no ayudan a determinar el estado de hidratación del paciente, pero indican la intensidad de la enfermedad y deben tenerse en cuenta para prevenir la deshidratación. La diarrea infecciosa aguda suele ser de evolución limitada y se resuelve habitualmente para el momento en que el paciente solicita atención médica.

Evaluación del estado de hidratación:

Independientemente del germen causal, la orientación terapéutica de cada caso de diarrea debe basarse en la evaluación del estado de hidratación del paciente. Este cuadro tiene cuatro columnas verticales, en la primera columna a la izquierda, enumera los signos físicos de deshidratación que siempre deberán buscarse. Las tres columnas siguientes rotuladas: A, B y C, describen cómo aparecen estos signos según el estado de hidratación del paciente, o sea, desde la ausencia de signos de deshidratación hasta el estado grave.

	Plan A	Plan B	Plan C
Condición general	Bien alerta	Intranquilo, irritable	Letárgico, comatoso, hipotónico, inconsciente
Ojos	Normales	Hundidos	Muy hundidos
Sed	Bebe normalmente sin sed	Sediento, bebe con avidez	Bebe mal o no puede beber
Signo de pliegue cutáneo	Desaparece rápidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muy lentamente (más de 2")
Signo de deshidratación	No tiene signos de deshidratación	Si presenta dos o más signos tiene deshidratación	Si presenta dos o más signos tiene deshidratación grave
	Use Plan A	Use Plan B	Use Plan C pese al niño

Identificar la presencia de otros problemas importantes:

Se debe preguntar y observar signos que indiquen la presencia de otros problemas como: Desnutrición, Infecciones Respiratorias Agudas y otras enfermedades prevalentes en la infancia como: malaria en zonas endémicas, anemia, maltrato infantil y estado de vacunación, con el fin de brindar una atención verdaderamente integral como lo establece la Estrategia AIEPI y no atender únicamente el motivo de consulta. Dicho de otra forma, es indispensable hacer la búsqueda de diagnósticos asociados. Recuérdese que uno de cada tres niños tiene otro problema o enfermedad, además de la que motivó la consulta.

Tratamiento de la enfermedad diarreica según el estado de hidratación

Plan A: tratamiento de pacientes con diarrea en ausencia de signos de deshidratación

Usar este plan para enseñar a:

- Continuar tratamiento en el hogar del episodio actual de diarrea.
- Iniciar tratamiento precoz en futuros episodios de diarreas.
- Verificar y completar el esquema de vacunación, detectar desnutrición, anemia o maltrato.

Enseñar a la madre las cuatro reglas del tratamiento en el hogar:

1. Darle más líquidos

Decir a la madre que: Le dé al niño todo el líquido que le acepte. El propósito de dar más líquidos, es reemplazar los líquidos que se pierden en la diarrea y, así prevenir la deshidratación. La medida fundamental es dar más líquidos de lo acostumbrado, tan pronto como comience la diarrea. Dígale a la madre que le dé el pecho al niño con más frecuencia y durante más tiempo en cada comida. También explíquele que le debe dar otros líquidos. La solución de SRO es uno de varios líquidos que se recomiendan para prevenir la deshidratación en la casa. Si un niño se alimenta de leche materna

exclusivamente, es importante que se le dé el pecho con más frecuencia de lo acostumbrado. También dele solución de SRO.

2. Continuar con la alimentación

Si la enfermedad de un niño, se ha clasificado como diarrea persistente, deberá dar a la madre recomendaciones especiales sobre la alimentación. Estas recomendaciones son válidas para todos los niños enfermos o convalescientes por distintas causas (Infección respiratoria aguda, diarreas, otras infecciones) y que son manejados en el hogar. Uno de los pasos más importantes es el tratamiento de la diarrea en casa y que quizás menos se cumpla es el de continuar alimentando al niño. Con alguna frecuencia el personal de salud restringe la alimentación del niño hasta un punto nocivo, siendo éste uno de los factores que en compañía de la polifarmacia más se asocian a las complicaciones, desnutrición y diarrea persistente. Cuando se dice continuar con la alimentación, se quiere decir, continúe dando alimentos adecuados para la edad, lo que el niño recibe usualmente.

3. Enseñarle a la madre cuándo volver

Dígale a la madre de cualquier niño enfermo, los signos que le indican que debe regresar:

- No es capaz de beber o tomar el pecho
- Empeora
- Si aparece fiebre y antes no la tenía
- Si el niño tiene diarrea
- Hay sangre en las heces
- El niño bebe mal
- El niño vomita todo

4. Medidas preventivas

Es importante en todo niño, que es dado de alta promover prevención para evitar nuevos episodios de diarrea, estas son:

- Lavado de manos antes de comer, antes de alimentar al niño, antes de manipular los alimentos, después de cambiar los pañales y después de defecar.

- Preparación higiénica de los alimentos, mantenerlos en recipientes limpios y bien tapados.
- Disposición sanitaria de excretas, evitar la contaminación de las fuentes de agua con material fecal, manejo adecuado de las letrinas, manejo sanitario de basuras almacenándolas en recipientes bien tapados. Mención especial merece el manejo de las heces de los niños. Es indispensable explicar a las madres que las materias fecales de los niños y los pañales sucios son peligrosos y no se deben guardar en la pañalera ni estar en contacto con la ropa del bebé, juguetes, biberones, etc.

Plan B: Tratar al niño con algún grado de deshidratación con SRO.

El Plan B incluye un período inicial del tratamiento bajo control en el servicio de salud que dura 4 horas. Durante las 4 horas, la madre da lentamente una cantidad recomendada de solución de SRO. La madre le da cucharadas a sorbos. Es conveniente tener una “sala” u otro espacio para terapia de Rehidratación Oral en su servicio de salud.

Plan C: Trate rápidamente al niño con deshidratación grave. Los niños gravemente deshidratados necesitan reemplazar el agua y los electrolitos rápidamente. Generalmente se administran líquidos por vía intravenosa (IV) con este fin. El tratamiento de Rehidratación mediante líquidos por vía IV o por medio de una sonda nasogástrica (NG) se recomienda solamente para los niños con deshidratación grave.³⁶

Alcance de las enfermedades diarreicas

Las enfermedades diarreicas son una causa principal de mortalidad y morbilidad en la niñez en el mundo, y por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados. En todo el mundo, 780 millones de personas carecen de acceso al agua potable, y 2 500 millones a sistemas de saneamiento apropiados. La diarrea causada por infecciones es frecuente en países en desarrollo. En países en desarrollo, los niños menores de tres años sufren, de promedio, tres episodios de diarrea al año. Cada episodio priva al

niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermar por enfermedades diarreicas.

Deshidratación

La amenaza más grave de las enfermedades diarreicas es la deshidratación. Durante un episodio de diarrea, se pierde agua y electrolitos (sodio, cloruro, potasio y bicarbonato) en las heces líquidas, los vómitos, el sudor, la orina y la respiración. Cuando estas pérdidas no se restituyen, se produce deshidratación.

El grado de deshidratación se mide en una escala de tres:

- Deshidratación incipiente: sin signos ni síntomas.
- Deshidratación moderada: sed, comportamiento inquieto o irritable, reducción de la elasticidad de la piel, ojos hundidos.
- Deshidratación grave: los síntomas se agravan: choque, con pérdida parcial del conocimiento, falta de diuresis, extremidades frías y húmedas, pulso rápido y débil, tensión arterial baja o no detectable, y palidez.

La deshidratación grave puede ocasionar la muerte si no se restituyen al organismo el agua y los electrolitos perdidos, ya sea mediante una solución de sales de rehidratación oral (SRO), o mediante infusión intravenosa.

Causas

Infección: La diarrea es un síntoma de infecciones ocasionadas por muy diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos, la mayoría de los cuales se transmiten por agua con contaminación fecal. La infección es más común cuando hay escasez de agua limpia para beber, cocinar y lavar. Las dos causas más comunes de enfermedades diarreicas en países en desarrollo son los Rotavirus y Escherichia coli.

Malnutrición: Los niños que mueren por diarrea suelen padecer malnutrición subyacente, lo que les hace más vulnerables a las enfermedades diarreicas. A su vez, cada episodio de diarrea empeora

su estado nutricional. La diarrea es la segunda mayor causa de malnutrición en niños menores de cinco años.

Fuente de agua: El agua contaminada con heces humanas procedentes, por ejemplo, de aguas residuales, fosas sépticas o letrinas, es particularmente peligrosa. Las heces de animales también contienen microorganismos capaces de ocasionar enfermedades diarreicas.

Otras causas: Las enfermedades diarreicas pueden también transmitirse de persona a persona, en particular en condiciones de higiene personal deficiente. Los alimentos elaborados o almacenados en condiciones antihigiénicas son otra causa principal de diarrea. Los alimentos pueden contaminarse por el agua de riego, y también pueden ocasionar enfermedades diarreicas el pescado y marisco de aguas contaminadas.

Las medidas clave para tratar las enfermedades diarreicas cabe citar las siguientes:

- Rehidratación: con solución salina de rehidratación oral (SRO). Las SRO son una mezcla de agua limpia, sal y azúcar. Cada tratamiento cuesta unos pocos céntimos. Las SRO se absorben en el intestino delgado y reponen el agua y los electrolitos perdidos en las heces.
- Complementos de zinc: los complementos de zinc reducen un 25% la duración de los episodios de diarrea y se asocian con una reducción del 30% del volumen de las heces.
- Rehidratación con fluidos intravenosos en caso de deshidratación severa o estado de choque.
- Alimentos ricos en nutrientes: el círculo vicioso de la malnutrición y las enfermedades diarreicas puede romperse continuando la administración de alimentos nutritivos, incluida la leche materna durante los episodios de diarrea, y proporcionando una alimentación nutritiva, incluida la alimentación exclusiva con leche materna durante los seis primeros meses de vida a los niños cuando están sanos.

- Consulta a un agente de salud, en particular para el tratamiento de la diarrea persistente o cuando hay sangre en las heces o signos de deshidratación.³⁷

Agua segura para consumo humano

Agua de bebida: Aplicar dos gotas de lejía comercial al 5% por litro de agua, taparlo y dejarlo reposar durante 30 minutos, luego utilizar.

Agua para desinfección de verduras: Debe agregarse una cucharadita de lejía por cada litro de agua y dejar reposar durante 30 minutos, luego enjuagar con agua hervida fría.

Agua para desinfectar utensilios: Aplicar dos cucharaditas por litro de agua y dejar reposar por 15 minutos y luego escurrir.

Agua para desinfectar superficies y pisos: Agregar dos cucharaditas de lejía por litro de agua.³⁸

Rol de la enfermera en la prevención y control de la enfermedad diarreica 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) o solución poli electrolítica 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.

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.³⁶

Respuesta de la OMS

La OMS trabaja con los Estados Miembros y con otros asociados para:

- Promover políticas e inversiones nacionales que apoyen el tratamiento de casos de enfermedades diarreicas y sus complicaciones, y que amplíen el acceso al agua potable y a los servicios de saneamiento en los países en desarrollo.
- Realizar investigaciones orientadas a desarrollar y probar nuevas estrategias de prevención y control de la diarrea en esta esfera.
- Fortalecer la capacidad para realizar intervenciones de prevención, en particular las relacionadas con el saneamiento y el mejoramiento de las fuentes de agua, así como con el tratamiento y almacenamiento seguro del agua en los hogares.
- Desarrollar nuevas intervenciones sanitarias tales como la inmunización contra los rotavirus, y
- Contribuir a la capacitación de agentes de salud, especialmente en el ámbito comunitario.”³⁹

Unidad de Rehidratación Oral Comunitaria (UROC)

La unidad de atención para rehidratar oralmente a los pacientes con enfermedad diarreica aguda funciona en una vivienda de la comunidad, donde un “agente comunitario voluntario capacitado”, con disponibilidad de tiempo y con los elementos y medicamentos necesarios, atiende gratuitamente a niños y niñas y a las demás personas de la comunidad que se encuentre deshidratados por un proceso diarreico, administra tratamiento según el grado de deshidratación, los orienta en la identificación de signos de alarma, en las medidas de higiene y saneamiento básico para evitar la enfermedad y los remite a la institución de salud más cercana, cuando es necesario.

- El principal objetivo de la UROC es evitar que las personas que presentan EDA se deshidraten y mueran.
- Orientar a padres, cuidadores o responsables de los niños y las niñas, respecto de los signos de alarma.
- Al igual que dar orientación a padres y cuidadores sobre cómo evitar la EDA y en caso de que se presente la enfermedad, cómo evitar que el paciente llegue a deshidratarse.
- También en las UROC se enseña a los padres y cuidadores acerca de las medidas para el manejo adecuado del agua, saneamiento básico e higiene a nivel del hogar, con el fin de evitar nuevos episodios de enfermedad diarreica.⁴⁰

2.3. Definición de términos

- **Relación**

Diccionario de la Real Académica: “Es el enlace, la conexión, correspondencia de algo con otra cosa. Acción y efecto de conectar.”⁴¹

Para la Investigación: Relación es el enlace que estableceremos entre el conocimiento y la práctica de las madres del HSMSI sobre prevención de EDAS.

- **Conocimiento**

Valhondo D.: “El conocimiento se lo define como una mezcla fluida de valores experiencias, información, las cuales proporcionan un marco para su evaluación e incorporación de nuevas experiencias, se obtiene de los individuos, que pueden transferirlo utilizando medios estructurados, como documentos y libros, o en contactos persona a persona mediante conversaciones y aprendizaje.

Para la Investigación: El conocimiento que necesitan las madres del HSMSI para ponerlos en práctica y prevenir las EDAS, en sus hijos.

- **Prácticas**

The Free Dictionary: “Realización de una actividad de una forma continuada y conforme a sus reglas. Habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad: destreza. Aplicación de una idea, teoría o doctrina: la ciencia debe aunar teoría y práctica. Uso continuado o habitual que se hace de una cosa: hábito.”

Para la Investigación: La Práctica es la destreza que necesitan tener las madres del HSMSI, basada en el conocimiento adquirido, para ponerlos en práctica con carácter de hábito y prevenir las EDAS, en sus hijos.

- **Madres**

Wikipedia: “La madre desde una perspectiva cultural constituye un elemento esencial en la crianza de los individuos.”⁴²

Para la Investigación: La Madre se constituye en la principal cuidadora de sus hijos, debiendo tener el conocimiento, dominio de la práctica y buena actitud para prevenir las EDAS, en sus hijos.

- **Menores de cinco años**

OMS: “Son los niños especialmente vulnerables frente a la malnutrición y enfermedades infecciosas, que son prevenibles o tratables en su mayoría.”⁴³

Para la Investigación: Son los niños especialmente vulnerables frente a las EDAS, que son prevenibles o tratables en su mayoría.

- **Prevención de la Enfermedad Diarreica Aguda**

Vignolo J. “La Prevención la define como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”

Para la Investigación: La Prevención de las EDAS, responsabilidad de las madres como principales cuidadoras de sus hijos, son las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

- **Reglamento de Organización y Funciones (ROF)**

“Hospital de Referencia Local “Santa María del Socorro” de Ica, Calle Prolongación Castrovireyna N° 759, en el Distrito de Ica Capital de la Provincia y Departamento - Región de Ica, Perú su Sigla: HSMSI Realiza actividades de Recuperación, Rehabilitación, Promoción y Prevención esta categorizado como Hospital II-1. Es un Órgano Desconcentrado de la Dirección de Salud Ica del MINSA”⁴⁴

Para la Investigación: El HSMSI, Es el Hospital donde se realizará nuestro estudio, de donde obtendremos datos para la selección de la población, aplicando el instrumento correspondiente.

2.4 Hipótesis

2.4.1 Hipótesis

Hipótesis general

Existe relación entre conocimiento y prácticas de las madres de menores de cinco años, sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro marzo - octubre 2016.

2.5 Variables

2.5.1 Definición conceptual de la variable

Conocimiento: Es contenido intelectual que adquieren las madres en el campo de la salud a través de la educación sanitaria; teniendo la

facultad de comprender por medio de la razón el saber sobre la naturaleza y consecuencias que tiene las enfermedades diarreicas agudas y su prevención. Las prácticas de las madres con niños de 5 años sobre la prevención de las enfermedades diarreica agudas es la actividad que realiza la madre, pasando del conocimiento en a la acción, concretándose en la realización de un hecho que conduce a evitar la enfermedad.⁴⁵

2.5.2 Definición operacional de la variable

Son todos los conocimientos que tienen las madres, de niños menores de cinco años sobre la prevención, de las enfermedades diarreicas agudas. Conocimientos que se midieron con la técnica de la encuesta con su instrumento el cuestionario, teniendo como valor final: bueno, regular y malo. Son todas las acciones que realizan las madres con niños menores de cinco años para prevenir las enfermedades diarreicas agudas, las mismas que se medirán en este estudio utilizando la técnica de la encuesta con su instrumento, el cuestionario, teniendo como valor final: bueno, regular y malo.

2.5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

TÍTULO: “RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES DE MENORES DE CINCO AÑOS EN LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO MARZO - OCTUBRE 2016”

VARIABLE INDEPENDIENTE					
El conocimiento de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas					
DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES DE LA VARIABLE	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR FINAL DE LA MEDICIÓN
<p>CONOCIMIENTO: Es el contenido intelectual que adquieren las madres en el campo de la salud a través de la educación sanitaria; teniendo la facultad de comprender por medio de la razón el saber sobre la naturaleza y consecuencias que tiene de las enfermedades diarreicas agudas y su prevención.</p>	<p>Son todos los conocimientos que tienen las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas. Conocimientos que se medirán en este estudio utilizando la Técnica de la Encuesta con su Instrumento el Cuestionario, teniendo como valor final: Bueno, Regular y Malo</p>	<p>1.EDAS (Enfermedad diarreica aguda)</p> <p>2.PREVENCIÓN de las EDAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de EDA • Signos de Alarma • Saneamiento Básico • Conservación de Agua • Lavado de Manos • Alimentación • Higiene de los Alimentos 	<p>Ordinal politómica</p>	<p>Bueno (16 – 20)</p> <p>Regular (11 – 15)</p> <p>Malo (0 – 10)</p>

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

TÍTULO: “RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES DE MENORES DE CINCO AÑOS EN LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO MARZO - OCTUBRE 2016”

VARIABLE DEPENDIENTE					
Prácticas de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas					
DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES DE LA VARIABLE	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR FINAL DE LA MEDICIÓN
<p>PRÁCTICA: La práctica de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas es la actividad que realiza la madre, pasando del conocimiento a la acción, concretándose en la realización de un hecho que conduce a evitar la enfermedad.</p>	<p>Son todas las acciones que realizan las madres de menores de 5 años para prevenir las Enfermedades Diarreicas Agudas, las mismas que se medirán en este estudio utilizando la Técnica de la Encuesta con su Instrumento el Cuestionario, teniendo como valor final: Buena, Regular y Mala.</p>	<p>1.EDAS (Enfermedad diarreica aguda)</p> <p>2.PREVENCIÓN de las EDAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de las EDAS • Reconocimiento de signos de Alarma • Saneamiento Básico • Conservación de Agua • Lavado de Manos • Alimentación • Higiene de los Alimentos 	<p>Ordinal</p>	<p>Adecuadas (16 – 20 puntos)</p> <p>Inadecuadas (0 – 15 puntos)</p>

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y nivel de investigación

Tipo de Investigación

Según la clasificación del Dr. Mario Bunge mi estudio es Básico, Pura o Fundamental.

Según la clasificación operativa del Dr. Altamn Douglas en concordancia con la Dra. Canales mi estudio se puede clasificar de manera exhaustiva y excluyente según los siguientes criterios:⁴⁶

Según la manipulación de las variables:

No experimental u observacional: pues no se manipularon las variables, el nivel de conocimiento y práctica que se encontraron corresponden a la evolución natural del evento, la investigadora no tuvo ninguna injerencia directa en los resultados de la presente investigación.

Según la fuente de recolección de datos:

Prospectivo (fuente directa): porque la fuente de recolección de datos fue directa (madres de los menores de cinco años).

Según el número de mediciones:

Corte transversal: pues las variables en estudio se midieron en una sola ocasión, bajo ninguna circunstancia se realizó periodos de seguimiento.

Según el número de variables:

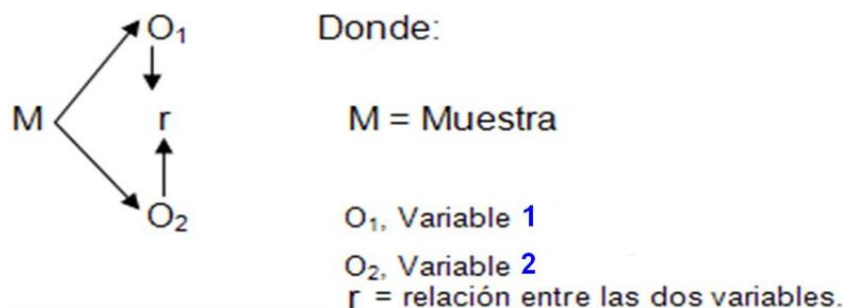
Analítico: Por cuanto se buscó establecer si existe relación probabilística entre las variables conocimiento y prácticas sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas de las madres de los menores de cinco años de edad.

Nivel de Investigación: Investigación relacional:

Porque nuestro objetivo fue recopilar datos e información sobre las variables conocimiento y prácticas de las madres en la prevención de las enfermedades diarreicas agudas (EDAS).

Diseño de la investigación:

El diseño de investigación se puede entender, como el desarrollo de un **plan o estrategia** que especifica las acciones y medios de control que se efectúan para alcanzar los objetivos de la investigación que nos permitan posteriormente contrastar nuestra hipótesis o en su defecto alcanzar nuestros objetivos; para lo cual en la presente investigación se aplicará un **diseño correlacional** para conocer la direccionalidad que asumen las variables **conocimiento (variable independiente)** y **prácticas (variable dependiente)** de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro marzo - octubre 2016. La misma que se representa en el siguiente diagrama:



3.2. Descripción del ámbito de la investigación

Nuestra Investigación se realizó en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, que se encuentra ubicado en Calle Castrovireyna N°759 en el Departamento, provincia y distrito de Ica. En relación al tiempo se realizó desde marzo a octubre del 2016. Con respecto a lo social se pudo determinar cuál fue el conocimiento que tienen las madres sobre las EDAs y como poder prevenirlas, de una manera muy satisfactoria.

3.3. Población y muestra

Población: Son las madres que tienen niños de menores de cinco años, de la jurisdicción que llevan a atender al consultorio de pediatría en el HSMSI del 20 de marzo hasta el 22 de octubre del año 2016.

Determinación del tamaño muestral: Para la determinación del tamaño muestral se eligió el algoritmo matemático para una población conocida (N=300) y variable categórica prevalencia de EDAS (p=60,0% y q=40,0%); que al reemplazar se obtuvo el siguiente resultado:

$$n = \frac{Z^2 p q N}{E^2 (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Tamaño de la población	N	300
Error Alfa	A	0.05
Nivel de Confianza	1-α	0.95
Z de (1-α)	Z (1-α)	1.96
Prevalencia de EDAs	P	0.60
Complemento de p	Q	0.40
Precisión	D	0.05
<hr/>		
Tamaño de la muestra	n	165.68

Es decir la muestra final resultó ser 166 madres de familia (n=166)

Donde:

Z = Grado de confiabilidad es del 95,0%=**1,96**

p = Probabilidad de ocurrencia (60,0%=0,60)

q= Probabilidad de no ocurrencia (40,0%=0,40)

N= Población finita (N=300)

E= Margen de error (5,0%=0,05)

Selección de los miembros de la muestra:

Para elegir a las madres que conformaron la muestra, se utilizó el muestreo probabilístico por azar simple; que consiste en sacar por sorteo las 166 madres de la muestra de las 300 que conforman la población total.

3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

La técnica que se utilizó fue la encuesta, la que se les realizó a las madres con niños menores de 5 años que se han atendido en el HSMSI. El instrumento fue un cuestionario de 45 preguntas:

- 5 preguntas abiertas sobre aspectos generales: Edad, estado civil, ocupación, nivel educativo de la madre y edad del niño.
- 20 preguntas de conocimiento para la primera variable con respuestas sí y no.
- 20 preguntas en la lista de cotejo para la segunda variable son alternativas sí o no practica.

3.5. Validez y confiabilidad del instrumento

Con el propósito de controlar el error sistemático en su taxonomía, sesgo de medición se procedió en la presente investigación a la validación cualitativa del cuestionario y enseguida se sometió a la cuantificación métrica “validación cuantitativa” según se detalla a continuación:

3.5.1. Validación cualitativa: Para fines de la investigación la validación cualitativa se consideró a la fase de construcción del cuestionario que comprendió en primer lugar la búsqueda del conocimiento disponible en la literatura vigente con respecto a la prevención de enfermedades diarreicas agudas “EDA” cuya búsqueda alcanzó VALIDEZ RACIONAL por cuanto está disponible el conocimiento al respecto en la literatura especializada; sin embargo para fines de perfeccionar el instrumento se recurrió al criterio de juicio de expertos con lo que queda validado esta parte de la investigación.

3.5.2. Validación cuantitativa

Prueba piloto

Se procedió a realizar la prueba piloto siempre que el instrumento haya sido validado a criterio de juicio de expertos para la determinación del tamaño de la muestra en la prueba piloto se tomó en cuenta lo señalado por Hernández Fernández y Baptista que señalan que si la muestra final es de 300 o más se lleve a cabo la prueba piloto con entre 30 y 60 personas (o sea entre el 10% y el 20%).⁴⁷

Índice de consistencia interna del cuestionario

Los datos recogidos en la prueba piloto se procesaron según los procedimientos de ordenar, clasificar, codificar y tabulación para enseguida proceder al análisis de control de la calidad de los datos mediante el índice de consistencia interna obteniéndose un alfa de Cronbach= 0,586 por la que se concluyó que el cuestionario aplicado es confiable (anexo N° 06).

Validez de constructo

En esta parte se verificó si los reactivos agrupados probabilísticamente en dimensiones por el investigador y el juicio del experto corresponden a dominios teóricos; esta **idoneidad de las agrupaciones** se corroboró siempre que exista una correlación positiva o directa (aplicación de la prueba paramétrica correlación de pearson); según se detalla en el anexo N° 07

3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos

- Se realizó las coordinaciones correspondientes con la dirección del Hospital Santa María del Socorro enviándole un documento solicitando autorización para realizar el trabajo de campo.
- Se coordinó con la encargada de Capacitación Docente del Hospital Santa María del Socorro. Para la revisión del cuestionario, entregándole la documentación solicitada: título del Trabajo, Objetivos, Hipótesis Variable, Importancia, Aspectos Éticos, y Beneficios para la Institución
- Se solicitó la firma del consentimiento informado por parte de las madres para realizar la aplicación del instrumento.
- Se utilizó las tablas estadísticas, para luego realizar los cuadros estadísticos dándonos información porcentual de cada Ítems en estudio. Pudiendo de esta manera poder relacionar los conocimientos sobre la enfermedad diarreica aguda y sus prácticas en cuanto a la prevención.

RESULTADOS

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

1. Estadística descriptiva:

TABLA N° 1:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA EDAD DE LAS MADRES DE MENORES DE CINCO AÑOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
15 a 20	6	3,6
21 a 25	25	15,1
26 a 30	49	29,5
Más de 30	86	51,8
Total	166	100,0

Fuente: Cuestionario

La tabla y gráfico N° 1 nos muestra los resultados sobre las edades de las madres encuestadas; el 51,8% son la madres que tienen más de 30 años, seguido del grupo de 26 a 30 años 29,5%, 21 a 25 años 15,1% y en menor prevalencia las madres de 15 a 20 años de edad con el 3,6%.

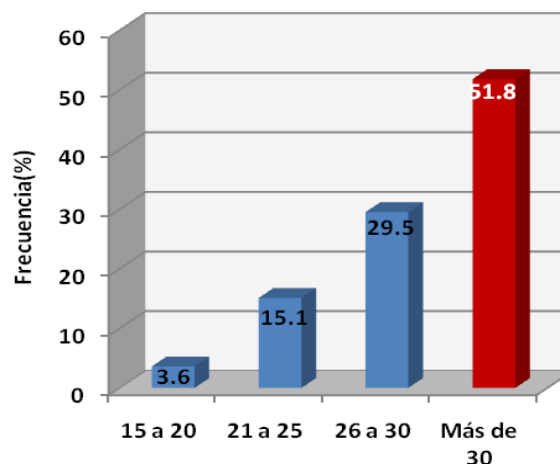


Gráfico N° 1: Distribución porcentual de la edad de las madres de menores de cinco años que participaron en el estudio

TABLA N° 2:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA EDAD DEL NIÑO.

Edad del niño	Frecuencia	Porcentaje
Menor a 1 año	18	10,8
1 a 2 años	58	34,9
2 a 5 años	90	54,2
Total	166	100,0

Fuente: Cuestionario

La tabla y gráfico N° 2 nos muestra los resultados sobre la edad de niño, el 54,2% tienen entre 2 a 5 años, el 34,9% tienen entre 1 a 2 años y el 10,8% son niños menores de 1 año.

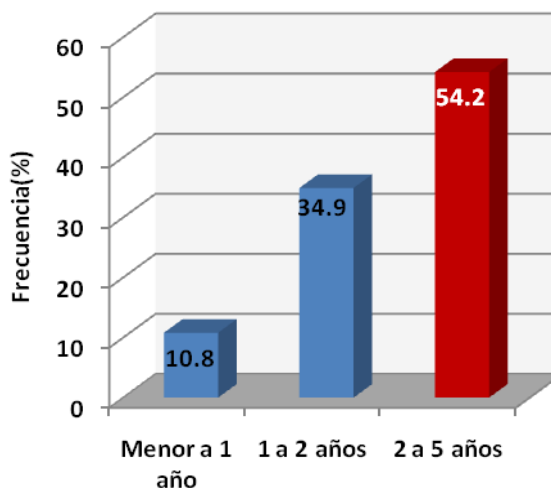


Gráfico N° 2: Distribución porcentual de la edad del niño

TABLA N° 3:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE MENORES DE CINCO AÑOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO.

Nivel de Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno (16 a 20)	56	33,7
Regular (11 a 15)	104	62,7
Malo (0 a 10)	6	3,6
Total	166	100,0

Fuente: Cuestionario

Se muestran datos respecto a la distribución porcentual del nivel de conocimiento de las madres de menores de cinco años sobre prevención de las enfermedades diarreicas agudas (**gráfico 3, tabla 3**). Se observó un predominio del conocimiento regular (104/166) con una prevalencia de 62,7%; seguido de conocimiento bueno (56/166) 33,7% y en menor prevalencia conocimiento malo (6/166) 3,6%.

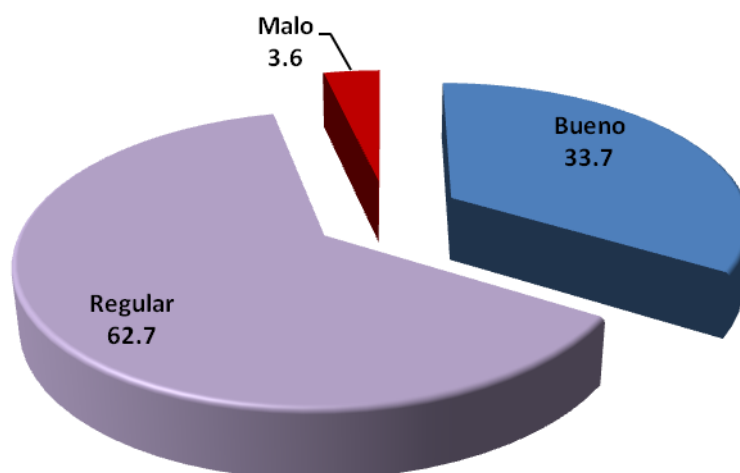


Gráfico N° 3: Distribución porcentual del nivel de conocimiento de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro

TABLA N° 4:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA PRÁCTICA DE LAS MADRES DE MENORES DE CINCO AÑOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO.

Prácticas	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado (16 a 20)	163	98,2
Inadecuado (0 a 15)	3	1,8
Total	166	100,0

Fuente: Lista de cotejo

Se muestran datos respecto a la distribución porcentual de la práctica de las madres de menores de cinco años sobre prevención de las enfermedades diarreicas agudas (**gráfico 4, tabla 4**). Se observó un predominio de práctica adecuada (163/166) con una prevalencia de 98,2% y en menor prevalencia práctica inadecuada (3/166) 1,8%.



Gráfico N° 4: Distribución porcentual de la práctica de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro.

2. Contrastación empírica de la hipótesis

HIPÓTESIS GENERAL

Dado que, la distribución del nivel de conocimiento y prácticas de las madres es heterogénea es probable que:

“Existe relación entre conocimiento y prácticas de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro marzo - octubre 2016”

a. Hipótesis estadística

H₀: $\mu_x \cong \mu_y$ No existe relación entre conocimiento y prácticas de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro marzo - octubre 2016.

H₁: $\mu_x \approx \mu_y$ Existe relación entre conocimiento y prácticas de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro marzo - octubre 2016

b. Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

c. Estadística de prueba: Dada la naturaleza numérica de la variable X_1 =Nivel de conocimiento X_2 =prácticas en la prevención de

enfermedades diarreicas agudas; se eligió como prueba estadística a la prueba paramétrica correlación de Pearson; cuyos resultados cito a continuación:

TABLA N° 5:

RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES DE MENORES DE CINCO AÑOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO MARZO - OCTUBRE 2016

Medidas de prevención								Prueba correlación de Pearson	
Nivel de conocimiento				Practica					
Media	D.S	Mínimo	Máximo	Media	D.S	Mínimo	Máximo	r	p-valor
14,3	2,1	9	18	18,3	1,2	13	20	-0,147	0,059

Fuente: Cuestionario

d. Regla de decisión:

Si “p” (sig.) < 0.05, se rechaza la Ho

Si “p” (sig.) ≥ 0.05, se acepta la Ho

e. Conclusión:

Los resultados obtenidos de la toma de decisiones nos llevan a concluir lo siguiente:

Se encontró que la puntuación del nivel de conocimiento estuvo comprendida entre 09 y 18 puntos con un promedio de 14,3 ± 2,1 (conocimiento regular); mientras que la práctica sobre prevención de enfermedades diarreicas agudas alcanzó puntuaciones de 13 y 20 puntos con un promedio de 18,3 ± 1,2 (adecuado). A la determinación de la direccionalidad de las variables se encontró una correlación negativa débil (r= - 0,147); sin embargo con un p-valor=0,059 podemos concluir que no se encontró relación significativa entre el conocimiento y prácticas de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro marzo - octubre 2016.

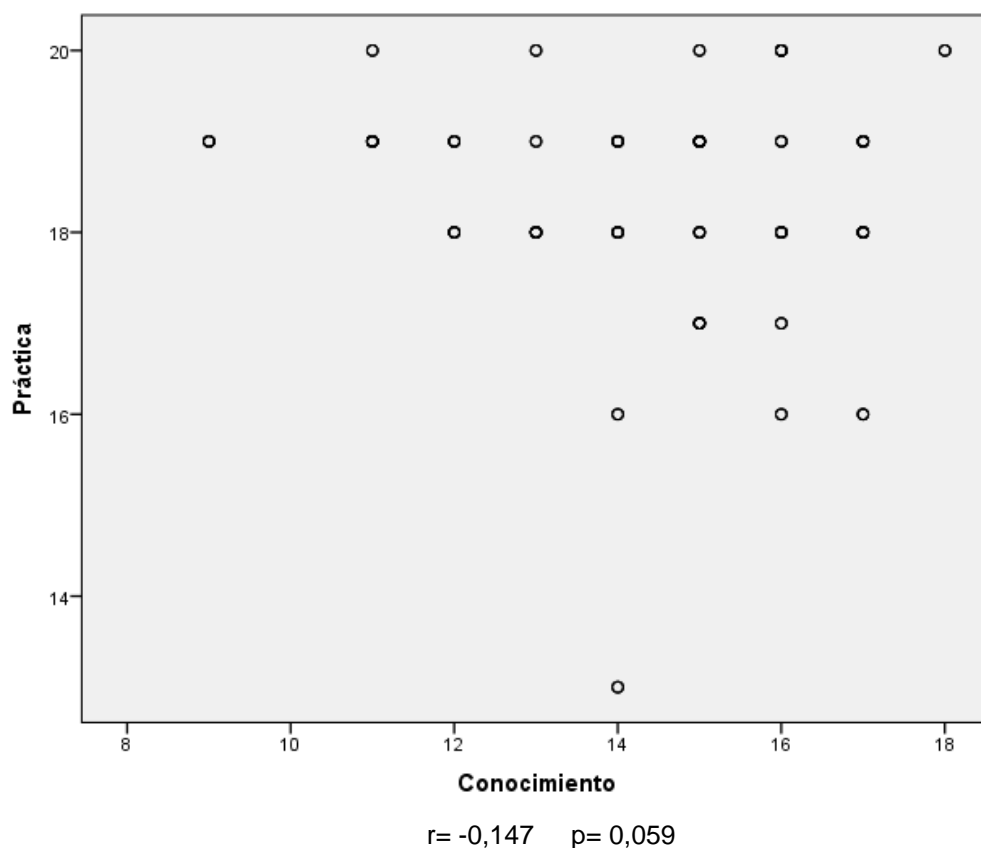


Gráfico N° 5: Relación entre conocimiento y prácticas de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro marzo - octubre 2016.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

En relación al nivel de conocimiento, nuestros resultados fueron de regular a bueno, con valores de 62,7% y 33.37% respectivamente; nuestros resultados fueron coincidentes con los hallazgos de Espinosa V. que encontró que las madres tienen un alto nivel de conocimiento sobre las enfermedades diarreicas; según La Cruz M. Calderón J. En su trabajo resultó que el desconocimiento materno tuvo relación directa con bajos niveles de instrucción materna y nivel socioeconómico; luego tenemos Flores C. en su trabajo encontró que el nivel de conocimiento de las Enfermedades diarreicas agudas que tienen las madres de niños menores de 5 años, en su mayoría fue regular: Según Choquecahua V. Jacobo F. en su trabajo se encontró, en cuanto al nivel de conocimiento de las madres que tienen niños menores de 5 años concluyó que la mayoría de ellas presentan nivel de conocimiento de medio a alto con un 46.57% y 52.94%; en el trabajo de Aguilar C, Champión S, Ortega S. encontraron que el nivel de conocimiento de las madres sobre enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años es regular. Sin embargo nuestros resultados fueron discrepantes con los hallazgos de Cabezas M, en la que se reporta que las madres carecen de conocimiento sobre las enfermedades diarreicas agudas en un 80%. Según Olivera R. en su estudio encontró que el nivel de conocimiento de enfermedades diarreicas agudas, en las madres de niños menores de 5 años del Hospital Vitarte es malo en un 49.68%, regular en un 41.1% y solo el 8.92% tuvo un conocimiento bueno. Según Quispe Huallpa M. en su estudio se encontró que el 67.67% de las madres de familia de niños menores de 5 años con EDA tienen bajo nivel de conocimiento y el 5.56% tienen alto nivel de conocimiento.

En cuanto a las prácticas se encontró que fue prevalente la práctica adecuada 98,2% e inadecuado 1,8%. Nuestros hallazgos fueron concordantes con los resultados obtenidos por La Cruz M. Calderón J. quien sostiene que el saneamiento y la promoción de la higiene con participación de la comunidad pueden llevar a una reducción significativa de la incidencia de diarreas en el niño. Según Rucan en su estudio se encontró, que 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; así mismo coincidimos con los hallazgos de Choquecagua V. Jacobo F. que encontraron que el nivel de prácticas de las madres que tienen niños menores de 5 años, la mayoría de ellas presentan nivel de prácticas adecuadas con un 99.50%. Sin embargo nuestros hallazgos fueron discrepantes con los resultados obtenidos por Espinosa V. quien concluyó que la mayoría de las madres no conocen los cuidados que debe dar al niño para prevenir las diarreas, ya que un alto porcentaje tienen practicas inadecuadas, referente a las prácticas de manejo de la diarrea en un alto porcentaje prevalecen las practicas adecuadas. En el trabajo de Quispe Huallpa M. se encontró que el 83.33% de las madres de familia tienen prácticas y actitudes deficientes en EDAS y el 16.67% tienen prácticas y actitudes adecuadas frente a una EDA. Según Huaraca M. Mendoza S. Quispe F. se encontró, en lo referente al saneamiento básico de nivel bajo, según resultados estadísticos obtenidos de la investigación mucho ha intervenido el mal uso y manejo del agua potable, tanto en su almacenamiento como en su tratamiento, siendo estos en su mayoría deficientes en porcentajes elevados, en relación a la prevención de la EDAS finalmente los estudios realizados por Aguilar C. Shampion S. Ortega S. encontraron que las madres cuidadoras de niños menores de 5 años, tienen malas prácticas de prevención en cuanto a las Enfermedades Diarreicas Agudas. El hecho de no haber encontrado una relación significativa entre el conocimiento y la práctica para la prevención de enfermedades diarreicas se pueden explicar por cuanto nuestra población de estudio tiene una alta práctica adecuada para la prevención de EDA; sin embargo en el presente estudio se ha evidenciado que no conocen el fundamento de lo que aplican por cuanto el nivel de conocimiento resultó ser predominantemente regular por lo que se

recomienda instaurar una política de intervención educativa a esta población con el expreso propósito de mejorar el nivel de conocimiento y así poder optimizar los resultados de una política de salud pública para la prevención.

CONCLUSIONES

1. Las edades prevalentes de las madres encuestadas en el presente estudio fueron más de 30 años 51,8% seguido del grupo de 26 a 30 años 29,5%; grupo de 21 a 25 años 15,1% y en menor prevalencia las madres de 15 a 20 años con el 3,6%.
2. La edad prevalente de los niños fue 2 a 5 años 54,2%; 1 a 2 años 34,9% y el 10,8% son niños menores de 1 año.
3. Con un p-valor=0,059 podemos concluir que no se encontró relación significativa entre conocimiento y prácticas de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro marzo - octubre 2016.
4. El nivel de conocimiento prevalente sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas fue regular 62,7%; bueno 33,7% y en menor prevalencia malo 3,6%.
5. En relación a las prácticas que tienen las madres en la prevención de las enfermedades diarreicas agudas prevaleció ampliamente la práctica adecuada 98,2% y en menor prevalencia inadecuada 1,8%.

RECOMENDACIONES

1. Dado que se encontró que el nivel de conocimiento, fue regular en el 67,7% de las madres recomendando implementar en el Hospital Santa María del Socorro una política sistemática de intervención educativa en todas las madres con hijos menores de cinco años de edad; de tal manera que las prácticas de prevención de las enfermedades diarreicas agudas, tengan un fundamento teórico que nos garantice el crecimiento y desarrollo del niño sano.
2. Se recomienda realizar trabajos similares en otras poblaciones o áreas de estudio a fin de conocer las problemáticas en torno a las variables relacionadas para verificar si los resultados encontrados son similares a los del presente estudio.
3. Con el expreso propósito de mejorar aún más, el conocimiento para la prevención de enfermedades diarreicas agudas, recomendando buscar la adherencia del padre de familia, en todas las actividades educativas que participe la madre de los niños menores de cinco años de edad.
4. Se recomienda realizar, sesiones educativas de educación en las madres que acuden al Hospital Santa María del Socorro y enfatizar las medidas preventivas y el tratamiento adecuado de las enfermedades diarreicas agudas.
5. Se recomienda a los profesionales de la salud realizar campañas de sensibilización a la población en el mantenimiento de suelos y aguas libres de contaminantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS centro de prensa: enfermedades diarreicas nota descriptiva N° 330; abril del 2013.
2. Gonzales, E. y otros. Programa de acción específico; Prevención de enfermedades diarreicas agudas y cólera 2013 – 2018.
3. Ministerio de Salud; Plan de comunicaciones; Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y Cólera 2014.
4. OPS, Reducción de la Mortalidad en la Niñez, Centro de Prensa de la OPS, Nota Descriptiva N°178, Enero de 2016. [citado:11/07/2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>
5. UNICEF, El estado de los niños del mundo. La prevención y el tratamiento de la segunda enfermedad mortal [citado:11/07/2016]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/health/index_51412.html
6. Dirección Regional de Salud de Ica-Dirección de Epidemiología, Análisis de la Situación de Salud de la Región Ica, 2011: 26
7. Hospital Santa María del Socorro- Atención de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia Inf. Estd. 2016. Ica-Perú. 2016
8. Espinosa V. Conocimientos y Prácticas sobre Prevención y Manejo de Enfermedad Diarreica Aguda, en Madres de Niños/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir Caritas Felices y Estrellita Iluminando el Futuro MIES Loja, 2014 –2015[Tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería]. Loja – Ecuador. Universidad Nacional de Loja; 2015.
9. Lapeira P. Acosta D. Conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas y respiratorias entre madres de una institución de salud.2013.
10. Avila M. Green M. Incidencia de la enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años hospital general docente “Carlos Manuel de Céspedes” Bayamo, Granma, Cuba – 2088 – 2012.
11. La Cruz M. Calderón J. Conocimiento Materno sobre estrategias básicas de prevención en enfermedades diarreica aguda. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Mérida Venezuela 2012.
12. Cabezas M. Intervención Educativa sobre Prevención de Enfermedades Diarreicas el enfoque AIEPI Comunitario para Madres con Niños Menores

- de cinco años del Centro de Educación Inicial Lic. Alfonzo Chávez Jara. Riobamba-Ecuador. 2011.
13. Flores C. “Conocimiento sobre Enfermedad Diarreica Aguda en Madres de Niños Menores de 5 Años en el Nido Children´s House 2015” Lima – Perú Universidad San Martín de Porres. 2015.
 14. Olivera R. “Nivel de Conocimiento sobre Enfermedad Diarreica Aguda en Madres de Niños Menores de 5 años en el Hospital Vitarte 2015.
 15. Túcunan S. 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. Tacna-Perú. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna; 2013.
 16. Quispe M . (2012) “Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Madres con Niños Menores de 5 años con Casos de EDA de la Comunidad de Yuncaypata que acuden al Centro de Salud de Wanchaq de enero – septiembre Cusco 2012”. Cuzco Perú Ministerio de Salud; 2012.
 17. Vásquez R. “Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis, 2009” Salud Pública LIMA – PERÚ 2012.
 18. Huaraca M. Mendoza S. Quispe F. Saneamiento Básico y su relación con la Prevalencia de Enfermedades Diarreicas Agudas en niños de 5 años en el Caserío del Arenal, los Aquijes de Ica 2013. Ica Perú. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica; 2013.
 19. Choquecahua V. Jacobo F. Nivel de Conocimiento, Actitudes y Prácticas de las Madres sobre medidas Preventivas frente a la Enfermedad Diarreica Aguda en Niños y Niñas de 0 a 5 años atendidos en el P.S. de Lujaraja en los meses de octubre a marzo Ica 2011-2012 .Ica Perú. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica; 2012.
 20. Alarcoa J. Aguirre E. Álvarez E. Conocimiento de las Madres sobre La Diarrea y su Prevención en un Asentamiento Humano de la Provincia de Ica, Perú. Universidad Nacional san Luis Gonzaga de Ica. 2012.
 21. Aguilar C. Shampión S. Ortega S. Nivel de Conocimiento de las Madres sobre Enfermedades Diarreicas Agudas y su Influencia en la Prevención en Niños Menores de 5 años del Centro de Salud de la Tinguña. Enero –

- Junio 2012 Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica - 2012. Ica-Perú.
22. Cajo A. De La Cruz D. Hidalgo D. Condiciones de Vida y su Relación con la Incidencia de Parasitosis Intestinal en Niños de 3 a 5 años del PRONOEI Sector II Santiago-Ica-2012 Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – 2012.
 23. Vargas J. Teoría del Conocimiento. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. (2006) [citado:12/07/2016] Disponible en: www.conductitlan.net/conocimiento.ppt
 24. Ñaupas H. Mejía E. Novoa E. et al. Metodología de la Investigación Científica. Segunda Edición. Lima Perú. Centro de Producción Editorial e Imprenta de la UNMSM. 2011. p. 30
 25. Valhondo D. Gestión Del Conocimiento Del Mito A La Realidad. España, Editorial: Díaz de Santo. 2010. [citado:12/07/2016]. Disponible: <https://books.google.com.ec/books?id=39MlwUU4rpgC&prinsec=frontcover&dq=tps://b>
 26. FAO/OMS. Preparación, almacenamiento y manipulación en condiciones higiénicas de preparaciones en polvo para lactantes. Enero 10, 2015, de World Health Organization (2007). [citado:14/07/2016]. Disponible en: <http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/PIFCare>
 27. The Free Dictionary. Definición de práctica - Significado y Concepto [citado:14/07/2016]. Disponible en: <http://es.thefreedictionary.com/pr%C3%A1ctica>
 28. Pérez J. Gardey A. Definición . Publicado: 2010. [citado:11/07/2016]. Disponible en: <http://definicion.de/practica/#ixzz4Emyj3JyJ>
 29. La Real Academia de la Lengua Española. Diccionario [citado:11/07/2016] Disponible en: <http://www.rae.es/>
 30. Teorías del Conductismo [citado:14/07/2016]. Disponible en: <http://uocic-grupo6.wikispaces.com/Conductismo>
 31. Álvarez P. La Enseñanza Orientada a la Acción. Periódico El País. 2014 [citado:12/07/2016]. Disponible en: <http://blogs.elpais.com/ayuda-al-estudiante/2014/02/una-clase-de-lengua-orientada-a-la-accion-y-eso-que-es.html#more>

32. Niveles De Atención, de Prevención y Atención Primaria de la Salud. Arch Med Interna XXXIII: 11 pp. (en línea), [citado:14/07/2016] Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/plan2010/spyc/leccion_14/bibliografia_complementaria_14.pdf
33. Masson F. Notas sobre Enfermería de Florence Nightingale: Salvat Enfermería, Barcelona.1990
34. Wesley R. Teorías y Modelos de Enfermería. México McGraw-Hill Interamericana.1997
35. Hinojosa MD. Diarrea. Apoyo de AIEPI. 2016 [acceso 12 de junio del 2017]. Disponible en: <https://www.slideshare.net/MAHINOJOSA45/diarrea-segun-aiepi>.
36. Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años. Geosalud [Revista en internet]. 2003 [acceso 24 mayo del 2017]. Disponible en: <http://www.geosalud.com/diarreas/enf.diarreica.htm>
37. Ochoa LC, Posada R. Restrepo F. Aristizábal P. Guia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia“AIEPI”. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/aiepi.pdf>
38. Marriner A. Modelos y Teorías de Enfermería. Barcelona: Ediciones Rol; 1989:305.
39. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Ambiental. Agua segura en emergencias. Cartilla para Coordinadores de albergues, Técnicos en Saneamiento y Promotores de Salud. Disponible en: http://digesa.sld.pe/material_educativo/coordinadores/agua%20segura.pdf
40. Cisneros F. Análisis de Teorías y Modelos. Universidad del Cauca. 2005. [citado:15/07/2016]. Disponible en:<http://artemisa.unicauca.edu.co/pivalencia/archivos/teorias>
41. Organización Panamericana de la Salud. Unidad de Rehidratación oral comunitaria “UROC”. Manual para Agentes Comunitarios Voluntarios de Salud. Colombia. Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=1353-cartilla-uroc190612&Itemid=688

42. Unibiblos. Dimensiones del Cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Bogotá. 1998.
43. OMS. Enfermedades Diarreicas. Nota Descriptiva N°330.2013. [citado:13/07/2016]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es>
44. Wikipedia. Definición Madre. Artículo de Discusión.2016. [citado:18/07/2016]. Disponible en:<https://es.wikipedia.org/wiki/Madre>
45. OMS. Reducir la Mortalidad Infantil. ODM 4. 2016. [citado:18/07/2016] http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/
46. Argimon-Pallás J, Jimenez-Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica.4ta Ed. 2013. Pág. 29
47. Hernández R, Fernández C y Baptista P. Metodología de la Investigación. 4a. Ed. Editorial Interamericana. Mc Graw-Hill. 2006. Pag. 306-307.

ANEXOS

ANEXO N° 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA TÉCNICA INSTRUMENTO
<p>PROBLEMA PRINCIPAL ¿Existirá relación entre conocimiento y prácticas de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro marzo - octubre 2016?</p> <p>PROBLEMA Secundarios PS1 ¿Cuál será el nivel de conocimiento de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro marzo - octubre 2016?</p> <p>PS2 ¿Cuál será el nivel de práctica de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro marzo - octubre 2016?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Evaluar la relación entre conocimiento y prácticas de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro marzo - octubre 2016</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS O.E.1 Evaluar el conocimiento de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro.</p> <p>OE.2. Evaluar la práctica de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas es bajo en el Hospital Santa María del Socorro</p>	<p>HIPÓTESIS GLOBAL Existe relación entre conocimiento y prácticas de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en el Hospital Santa María del Socorro marzo - octubre 2016</p>	<p>VARIABLE 1: CONOCIMIENTO El conocimiento de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas</p> <p style="text-align: center;">Dimensiones</p> <p>1. EDAS</p> <p>2. Prevención de las EDAS</p> <p>VARIABLE 2: PRÁCTICA La práctica de las madres de menores de cinco años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas.</p> <p style="text-align: center;">Dimensiones</p> <p>1. EDAS</p> <p>2. Prevención de las EDAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad • Signos de Alarma • Saneamiento Básico • Conservación de Agua • Lavado de Manos • Alimentación • Higiene de los Alimentos • Enfermedad • Signos de Alarma • Saneamiento Básico • Conservación de Agua • Lavado de Manos • Alimentación • Higiene de los Alimentos 	<p>Investigación observacional, prospectivo, transversal y analítico.</p> <p>Nivel Relacional</p> <p>Muestreo: probabilístico, por azar simple n=166</p> <p>Diseño de la Investigación</p> <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD M --> O1 M --> O2 O1 <--> r O2 </pre> </div> <p>Técnica La Encuesta Instrumento El Cuestionario</p>

ANEXO N° 02: INSTRUMENTO CUESTIONARIO

I. INTRODUCCIÓN:

Tenga Ud. buenos días, mi nombre es Silvia Lucia Zambrano Tataje, egresada de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad “Alas Peruanas” Filial Ica, y con el objetivo de obtener mi título profesional de Enfermera, presento la Tesis “ Relación entre Conocimiento y Prácticas de las Madres de menores de Cinco Años sobre la Prevención de las Enfermedades Diarreicas Agudas en el Hospital Santa María del Socorro marzo – octubre 2016 ”; a continuación se le presenta un cuestionario cuyo objetivo es recopilar datos para el desarrollo de la tesis, la información que Ud. nos proporcione será de carácter anónimo y confidencial. Agradeciendo anticipadamente su gentil participación y solicitamos la veracidad en el llenado del cuestionario.

II. INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se les presenta, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (x) la respuesta que considere correcto.

III.DATOS GENERALES DE LAS MADRES Y EL NIÑO:

1. EDAD :

- a. 15 a 20 años.
- b. 21 a 25 años.
- c. 26 a 30 años.
- d. Más de 30 años.

2. ESTADO CIVIL :

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Conviviente
- d. Divorciada

3. OCUPACIÓN DE LA MADRE:

- a. Ama de Casa
- b. Estudiante
- c. Trabajador dependiente
- d. Trabajador independiente

4. NIVEL EDUCATIVO:

- a. Analfabeta
- b. Estudiante
- c. Primaria
- d. Secundaria

5. EDAD DEL NIÑO

- a. Menor de 1 año
- b. 1 a 2 años
- c. 2 a 5 años

VI. CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO:

A. CONOCIMIENTO

A.1 EDAS

1. ¿Considera que la diarrea es una enfermedad?

Sí

No

2. ¿Conoce los síntomas de la enfermedad diarreica?

Sí

No

3. ¿Sabe Ud., si la diarrea es lo mismo que la deposición líquida?

Sí

No

4. ¿Sabe Ud., si la diarrea es más de 3 deposiciones sólidas o semisólidas?

Sí

No

5. ¿Sabe Ud., distinguir por el olor si una deposición líquida puede ser infecciosa?

Sí

No

6. ¿Sabe Ud. cuántas deposiciones líquidas en un día son consideradas como diarrea?

Sí

No

Si su respuesta es SI escriba en la línea punteada el número.....

7. ¿Sabe cómo controlar en casa la Diarrea cuando recién se presenta?

Sí

No

Si su respuesta es Si escriba en la línea punteada lo que le da o lo que hace

.....

8. ¿Sabe en qué momento debe llevar a su niño para ser atendido en una institución de salud, cuando su niño tiene diarrea?

Sí

No

9. ¿Conoce las causas que producen diarreas?

Sí

No

10. ¿Sabe cómo se reconoce que su niño esta deshidratado, es decir que perdió mucho líquido de su cuerpo?

Sí

No

11. ¿Cuándo un niño lactante tiene diarrea se debe continuar con la lactancia materna de manera normal?

Sí

No

12. ¿Las diarreas son causada por bacterias, virus, parásitos?

Sí

No

13. ¿El niño con diarrea no debe de comer nada mientras que tenga diarrea?

Sí

No

A2 Saneamiento Básico Ambiental

14. ¿Sabe Ud. que es el saneamiento básico ambiental?

Sí

No

15. ¿Sabe Ud. que áreas del medio ambiente deben tener condiciones de salubridad para evitar las diarreas?
Sí
- No
- Si su respuesta es SI escriba en la línea punteada cuales cree que son:.....
16. ¿Sabe cuál es la procedencia de la mejor agua para consumo humano?
a) De caño.
b) De pozo.
c) De camión cisterna.
17. ¿Sabe eliminar la basura?
Sí
- No
18. ¿Sabe si el lavado de manos es útil para evitar las diarreas?
Sí
- No
19. ¿Sabe lavarse las manos?
Sí
- No
20. ¿Sabe si las moscas pueden ser las causantes de las diarreas?
Sí
- No

Muchas Gracias por su
colaboración

Ica, Octubre del 2016

ANEXO N° 3: LISTA DE COTEJO

LISTA DE COTEJO		
PRÁCTICA		
	SI	NO
1. La madre reconoce en su hijo los signos de la diarrea (Inquieto y llora, llora sin lágrimas, boca seca y ojos hundidos)		
2. La madre distingue la diarrea de una deposición líquida		
3. La madre lleva al médico a su hijo cuando tiene deposiciones líquidas		
4. La madre lo primero que hace cuando su niño tiene diarrea es llevarlo al centro de salud inmediatamente		
5. La madre le retira todos los alimentos cuando su niño tiene diarrea		
6. La madre cuando su niño tiene diarrea le corta la lactancia materna		
7. En la casa consumen agua potable		
8. En la casa consumen agua clorada y/o hervida		
9. Cuando consumen frutas y verduras las lavan		
10. Cuando guardan los alimentos los tapan		
11. En la casa usan agua y jabón para lavarse las manos		
12. En la casa se lavan las manos antes de preparar e ingerir los alimentos		
13. En la casa se lavan las manos después de salir del baño		
14. Eliminan la basura en el carro colector		
15. Eliminan la basura en campo abierto y/o la echan a la acequia		
16. La basura la guardan dentro de los cuartos		
17. La basura la guardan en el patio		
18. La basura la tiran en la calle		
19. Las excretas las eliminan por el desagüe, pozo ciego o letrina		
20. Las excretas las eliminan en campo abierto		

**ANEXO N° 04: PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO
PRÁCTICAS CLÍNICAS**

CRITERIO	ESCALA DE VALIDACIÓN				
1.- El instrumento responde al planteamiento del problema de investigación.	1	2	3	4	5
2.- El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	1	2	3	4	5
3.- Las preguntas planteadas miden al problema planteado.	1	2	3	4	5
4.- La estructura que presenta el instrumento es secuencial.	1	2	3	4	5
5.- los términos utilizados son comprensibles.	1	2	3	4	5
6.- Los ítems son claros entendibles.	1	2	3	4	5
7.- El número de ítems es adecuado para su aplicación.	1	2	3	4	5

ANEXO N° 05
PUNTAJES PARA VALIDAR EL CUESTIONARIO POR LOS EXPERTOS

ÍTEMS	ESCALA DE VALIDACION			PROMEDIO
	JUECES			
	1	2	3	
1	5	5	5	5.0
2-	5	5	5	5.0
3	5	5	4	4.6
4	5	5	5	5.0
5	5	4	4	4.3
6	5	5	5	5.0
7	5	5	5	5.0

Distancia de puntos múltiples (DPP)

$$DPP = \sqrt{(x-y_1)^2 + (x-y_2)^2 + \dots + (x-y_7)^2}$$

X= Valor máximo en escala para cada ítem (5)

Y = Promedio de cada ítem

$$DPP = \sqrt{(5-5)^2 + (5-5)^2 + (5-4.6)^2 + (5-5)^2 + (5-4.3)^2 + (5-5)^2 + (5-5)^2}$$

$$DPP = 0.81$$

Distancia máxima

$$D_{\text{máx}} = \sqrt{(x_1-1)^2 + (x_2-1)^2 + \dots + (x_7-1)^2}$$

$$D_{\text{máx}} = \sqrt{(5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2}$$

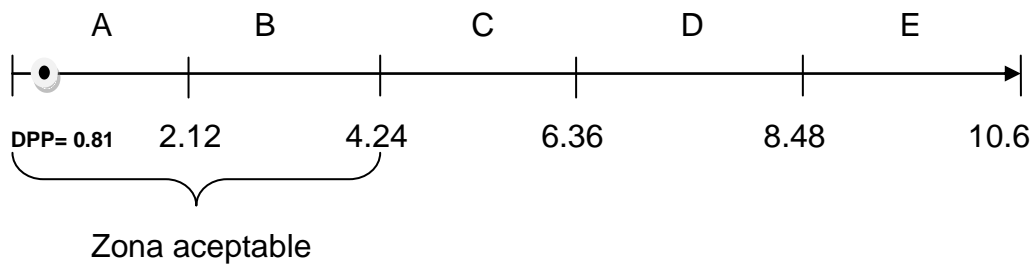
X= Valor máximo en escala para cada ítem (es decir 5)

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

$$D_{\text{máx}} = 10.6$$

$$\text{Intervalo} = \frac{D_{\text{máx}}}{\text{Escala}} = \frac{10.6}{5} = 2.12$$

Escala valorativa



A = Adecuación total.

B = Adecuación en gran medida.

C = Adecuación promedio.

D = Escasa adecuación.

E = Inadecuación.

DPP = 0.81, cayó en la Zona A de adecuación total según el juicio de expertos, por lo tanto el instrumento es válido.

ANEXO N° 06

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO ANÁLISIS DE FIABILIDAD: ALFA DE CRONBACH

La confiabilidad del instrumento fue determinada mediante el **Coefficiente de Alfa de Cronbach (α)** en cada uno de los ítems de los resultados de la prueba del cuestionario aplicado a 166 Madres con niños menores de 5 años.

Fórmula:

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum s^2_i}{s^2_T} \right)$$

Donde:

$\sum s^2_i$ = varianza de cada ítem

s^2_T = varianza de los puntajes totales

k = número de ítems del instrumento

$$\alpha = \left(\frac{20}{20-1} \right) \left(1 - \frac{17.575}{39.805} \right)$$

$$\alpha = (1.05)(1 - 0.442)$$

$$\alpha = (1.05)(0.558)$$

$$\alpha = 0.586$$

Para que exista Confiabilidad del instrumento se requiere $\alpha > 0.5$, por lo tanto este instrumento es confiable.

ANEXO N° 07

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO CONOCIMIENTO

Para la validez del Instrumento se aplicó la fórmula “r de Pearson” en cada uno de los ítems aplicado a 166 Madres con niños menores de 5 años:

Fórmula:
$$r = \frac{n(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

ÍTEMS	r de Pearson
1	0.63
2	0.57
3	0.53
4	0.55
5	0.58
6	0.37
7	0.58
8	0.31
9	0.52
10	0.62
11	0.37
12	0.69
13	0.74
14	0.52
15	0.55
16	0.51
17	0.61
18	0.58
19	0.59
20	0.60

Si $r \geq 0.20$ el instrumento es válido, por lo tanto este instrumento es válido en cada uno de sus ítems.

ANEXO N° 08**CODIFICACIÓN DE DATOS GENERALES DEL NIÑO**

EDAD	CÓDIGO
15 a 20 años	A
21 a 25 años	B
26 a 30 años	C
Mas de 30 años	D

ESTADO CIVIL	CÓDIGO
Soltera	A
Casada	B
Conviviente	C
Divorciada	D

OCUPACIÓN	CÓDIGO
Ama de casa	A
Estudiante	B
Trabajador Dependiente	C
Trabajador Independiente	D

NIVEL EDUCATIVO	CÓDIGO
Analfabeto	A
Estudiante	B
Primaria	C
Secundaria	D
Superior	E

EDAD DEL NIÑO	CÓDIGO
Menor de 1 año	A
1 a 2 años	B
2 a 5 años	C

ANEXO Nº 09

CODIFICACIÓN DE DATOS ESPECÍFICOS CUESTIONARIO

DIMENSIONES	Nº DE ÍTEMS	PUNTUACIÓN
Conocimientos	1	Si= 1 No = 0
	2	Si= 1 No = 0
	3	Si= 1 No = 0
	4	Si= 0 No = 1
	5	Si= 1 No = 0
	6	Si= 1 No = 0
	7	Si= 1 No = 0
	8	Si= 1 No = 0
	9	Si= 1 No = 0
	10	Si= 1 No = 0
	11	Si= 1 No = 0
	12	Si= 1 No = 0
	13	Si= 0 No = 1
	14	Si= 1 No = 0
	15	Si= 1 No = 0
	16	A=1, B=0, C= 0
	17	Si= 1 No = 0
	18	Si= 1 No = 0
	19	Si= 1 No = 0
	20	Si= 1 No = 0

ANEXO Nº 10

VALIDEZ EL INSTRUMENTO PRÁCTICAS

Para la validez del Instrumento se aplicó la fórmula “r de Pearson” en cada uno de los ítems aplicado a 166 Madres con niños menores de 5 años:

Fórmula:
$$r = \frac{n(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

ÍTEMS	r de Pearson
1	0.59
2	0.57
3	0.58
4	0.65
5	0.68
6	0.70
7	0.51
8	0.78
9	0.52
10	0.62
11	0.49
12	0.69
13	0.74
14	0.55
15	0.55
16	0.51
17	0.61
18	0.62
19	0.59
20	0.63

Si $r \geq 0.20$ el instrumento es válido, por lo tanto este instrumento es válido en cada uno de sus ítems.

ANEXO Nº 11

CODIFICACIÓN DE DATOS ESPECÍFICOS PRÁCTICA

DIMENSIONES	Nº DE ÍTEMS	PUNTUACIÓN
Práctica	1	Si= 1 No = 0
	2	Si= 1 No = 0
	3	Si= 1 No = 0
	4	Si= 1 No = 0
	5	Si= 0 No = 1
	6	Si= 0 No = 1
	7	Si= 1 No = 0
	8	Si= 1 No = 0
	9	Si= 1 No = 0
	10	Si= 1 No = 0
	11	Si= 1 No = 0
	12	Si= 1 No = 0
	13	Si= 0 No = 1
	14	Si= 1 No = 0
	15	Si= 0 No = 1
	16	Si= 0 No = 1
	17	Si= 1 No = 0
	18	Si= 0 No = 1
	19	Si= 1 No = 0
	20	Si= 0 No = 1

ANEXO N° 12

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

TABLA N° 6:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE MENORES DE CINCO AÑOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	27	16,3
Casada	43	25,9
Conviviente	96	57,8
Divorciada	0	0
Total	166	100,0

Fuente: Cuestionario

La tabla y gráfico N° 6 nos indica los resultados sobre el estado civil de las madres encuestadas, el 57,8% son convivientes, el 25,9% son casadas y en menor prevalencia son solteras 16,3; no encontrándose ningún caso de divorciadas.

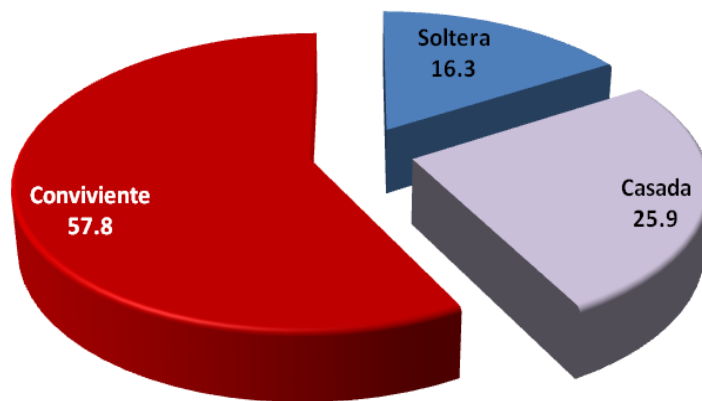


Gráfico N° 6: Distribución porcentual del estado civil de las madres de menores de cinco años que participaron en el estudio

TABLA N° 7:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA OCUPACIÓN DE LAS MADRES DE MENORES DE CINCO AÑOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	118	71,1
Estudiante	3	1,8
Trabajador dependiente	20	12,0
Trabajador independiente	25	15,1
Total	166	100,0

Fuente: Cuestionario

La tabla y gráfico N° 7 nos muestra los resultados sobre la ocupación que desempeñan las madres encuestadas; el 71,1% son amas de casa, el 15,1% son trabajadoras independientes, el 12,0% son trabajadoras dependientes, y solo el 1,8% es estudiante.

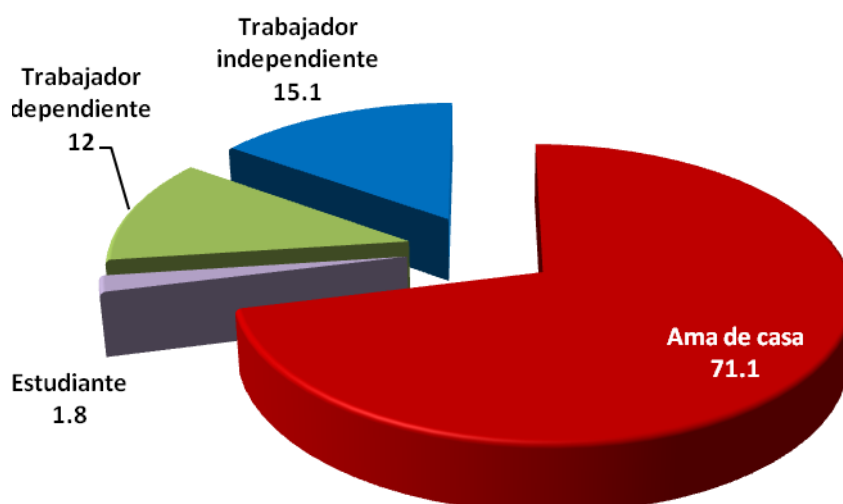


Gráfico N° 7: Distribución porcentual de la ocupación de las madres de menores de cinco años que participaron en el estudio.

TABLA N° 8:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NIVEL EDUCATIVO DE LAS MADRES DE MENORES DE CINCO AÑOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	138	83,1
Superior	28	16,9
Total	166	100,0

Fuente: Cuestionario

La tabla y gráfico N° 8 nos indica los resultados sobre el nivel educativo de las madres encuestadas; el 83,1% tienen secundaria, y el 16,9% tienen estudios superiores.

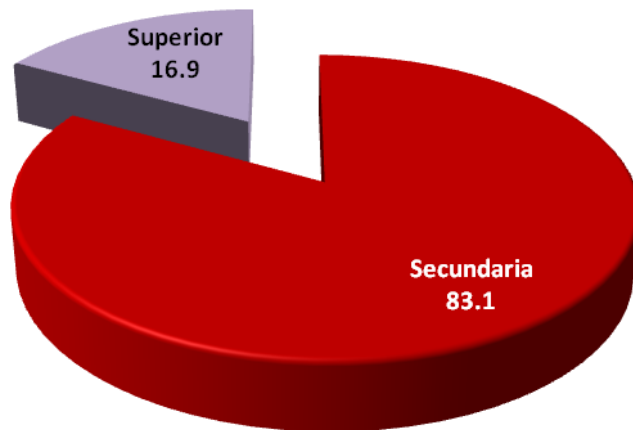


Gráfico N° 8: Distribución porcentual del nivel educativo de las madres de menores de cinco años que participaron en el estudio.

ANEXO N° 13: FOTOGRAFÍAS

Fotografía N° 1: Madre de familia procediendo a la eliminación de la basura



Fotografía N° 2: Madre de familia procediendo a la eliminación de la basura



Fotografía N° 3: Madre de familia demostrando conservación del agua potable



Fotografía N° 4: Madre de familia procediendo al lavado de manos antes de preparar los alimentos

