

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS ADOPTADAS POR LOS
CUIDADORES DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA DEL CORREGIMIENTO EL CAGUAN.
NEIVA, JULIO – SEPTIEMBRE 2010

WILMER ANDRES ARAGON GÓMEZ
MAYERLY BARRERA DUSSAN
NATHALY BARRERA DUSSAN
STEFANNY DIAZ CABRERA
DERLY BIBIANA PEREZ SANCHEZ
ALEXANDER RIVERA CUELLAR

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
NEIVA - HUILA
2010

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS ADOPTADAS POR LOS
CUIDADORES DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA DEL CORREGIMIENTO EL CAGUAN.
NEIVA, JULIO – SEPTIEMBRE 2010

WILMER ANDRES ARAGON GOMEZ
MAYERLY BARRERA DUSSAN
NATHALY BARRERA DUSSAN
STEFANNY DIAZ CABRERA
DERLY BIBIANA PEREZ SANCHEZ
ALEXANDER RIVERA CUELLAR

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Enfermera/o

Asesora
CLAUDIA ANDREA RAMIREZ
Enfermera, Especialista en Cuidado Crítico
Magister en Enfermería

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTA DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA - HUILA
2010

Nota de aceptación:

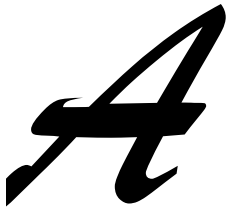
Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, 09 de Diciembre de 2010

DEDICATORIA

A large, bold, black, stylized letter 'A' with a thick stroke and a small arrow-like tail at the bottom left, positioned to the left of the dedication text.

Dios, por darnos la vida y por brindarnos sabiduría.

la memoria de Daniel y Jesús.

nuestros padres por su amor y apoyo incondicional.

la profesión de enfermería por formarnos como personas íntegras.

*ALEXANDER
DERLY BIBIANA
MAYERLY
NATHALY
STEFANNY
WILMER ANDRES*

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:

A Dios, por darnos sabiduría para culminar con éxito la presente investigación.

A nuestros padres, por darnos afecto y apoyo emocional y económico para superar las dificultades que se presentaron en el desarrollo del presente estudio.

A Claudia Andrea Ramírez, Especialista en Cuidado Crítico y Magister en Enfermería, por transmitirnos sus conocimientos, experiencia investigativa y orientación en el desarrollo del presente trabajo investigativo.

A los docentes del programa de enfermería Edilberto Suaza Calderón, Edna Fabiola Galán, María Esneda Barrera Duque, Dolly Arias y María Yedme Pastrana, quienes con su experiencia investigativa aportaron al mejoramiento de esta investigación.

A nuestros compañeros, por acompañarnos y darnos sugerencias para el mejoramiento de este estudio.

A la comunidad del corregimiento el Caguán, por permitirnos acceder a sus hogares y brindarnos la información para el desarrollo del presente estudio.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
2. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
3. JUSTIFICACIÓN	21
4. OBJETIVOS	23
4.1. OBJETIVO GENERAL	23
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
5. MARCO REFERENCIAL	24
5.1. CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS	24
5.2. CUIDADORES	26
5.3. TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y DE LA UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES	27
5.4. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	29
5.5. CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	30
5.6. FACTORES DETERMINANTES EN LA EDA	31
5.7. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	33
5.8. ALIMENTOS PROHIBIDOS EN LA EDA	35
5.9. MANEJO DE LA EDA EN EL HOGAR	35
5.10. SIGNOS DE ALARMA EN LA EDA	36
5.11. COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	36

	Pág.
5.12. MEDIDAS DE PREVENCIÓN	37
6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	39
7. DISEÑO METODOLÓGICO	44
7.1. TIPO DE ESTUDIO	44
7.2. POBLACIÓN	44
7.3. MUESTRA	44
7.4. TIPO DE MUESTREO	45
7.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	45
7.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	45
7.7. UNIDAD DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS	46
7.8. MÉTODO Y TÉCNICA	46
7.9. INSTRUMENTOS	46
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	47
9. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS	48
10. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	49
11. RESULTADOS	50
11.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	50
11.2. ANÁLISIS DE PREGUNTAS SEGÚN VARIABLE ESTUDIADA	56

	Pág.
11.3 DISTRIBUCIÓN DE LA CALIFICACIÓN POR VARIABLES CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS	60
11.4 CORRELACIONES ENTRE VARIABLES	61
12. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	63
13. CONCLUSIONES	69
14. RECOMENDACIONES	71
BIBLIOGRAFÍA	73
ANEXOS	77

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Calificación por pregunta de la variable conocimientos	56
Cuadro 2. Calificación por pregunta de la variable actitudes	57
Cuadro 3. Calificación por pregunta de la variable prácticas	58

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución de la calificación de variable conocimiento por frecuencia y porcentaje	60
Tabla 2. Distribución de la calificación de variable actitud por frecuencia y porcentaje	60
Tabla 3. Distribución de la calificación de variable práctica por frecuencia y porcentaje	61
Tabla 4. Correlación entre conocimientos, actitudes y prácticas	61
Tabla 5. Correlación de los conocimientos, actitudes y prácticas con la edad del cuidador	62
Tabla 6. Correlación del nivel educativo con los conocimientos, actitudes y prácticas	62

TABLA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Distribución por género de los cuidadores de los niños menores de cinco años con EDA del corregimiento el Caguán., 2010	50
Figura 2. Parentesco de los cuidadores de los niños menores de cinco años con EDA del corregimiento El Caguán. Neiva, 2010	51
Figura 3. Estrato socioeconómico de los cuidadores de los niños menores de cinco años con EDA del corregimiento El Caguán. Neiva, 2010	52
Figura 4. Nivel educativo de los cuidadores de los niños menores de cinco años con EDA del corregimiento El Caguán. Neiva, 2010	53
Figura 5. Ocupación de los cuidadores de los niños menores de cinco años con EDA del Corregimiento El Caguán. Neiva, 2010	54
Figura 6. Edad de los cuidadores de los niños menores de cinco años con EDA del Corregimiento el Caguán. Neiva, 2010	55

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Instrumento de recolección de información	78
Anexo B. Consentimiento informado	83
Anexo C. Carta de aprobación comité de ética	84

RESUMEN

Introducción: cada año, alrededor de 2,5 millones de casos de diarrea se presentan en los niños menores de cinco años de edad. En Colombia, la enfermedad diarreica aguda ha ocupado los primeros lugares de morbi-mortalidad en menores de cinco años.

Método: se realizó un estudio descriptivo correlacional de tipo transversal con enfoque cuantitativo. La muestra fue de 200 cuidadores seleccionados a través del muestreo no probabilístico por conveniencia. La información se recolectó por medio de un cuestionario auto diligenciado.

Resultados: se encontró que el 95% de los cuidadores perteneció al género femenino, prevaleciendo como principal cuidador la madre. El 31% de los cuidadores culminaron sus estudios de secundaria. El grupo etáreo más predominante se halló entre los 19 y 25 años de edad con un 32% del total de la muestra. Del total de participantes, el 98,5% recibieron una calificación regular en los conocimientos y el 1,5% obtuvieron una calificación mala en esta categoría. Ninguno de los cuidadores obtuvo una calificación buena en los conocimientos. La actitud de los cuidadores de los niños menores de 5 años con EDA mostró una calificación favorable en el 52,5% de la muestra. Con relación a las prácticas, la calificación regular fue la que más predominó, en un 48% de los encuestados. Al correlacionar las categorías entre sí, se encontró correlación positiva alta entre conocimientos con prácticas, y actitudes con prácticas, con una r de Pearson de 0,642 y 0,573 respectivamente. Se obtuvo correlación positiva baja entre conocimientos con actitudes, y entre las variables edad y nivel educativo con las categorías conocimientos, actitudes y prácticas.

Conclusiones: de acuerdo a los resultados obtenidos, un cuidador que tenga conocimientos adecuados acerca de la EDA y presente una disposición favorable tendrá mayor probabilidad de llevar a cabo un manejo integral en la prevención y tratamiento de la EDA en el menor de cinco años.

Palabras claves: Enfermedad Diarreica Aguda, cuidadores, conocimientos, actitudes, prácticas, niños.

ABSTRACT

Introduction: every year, about 2,5 million cases of diarrhea appear in the five-year-old children. In Colombia, the acute diarrheic disease has occupied the first places of morbi-mortality in five-year-old children, specially in the municipalities with major percentage of basic unsatisfied needs.

Method: a descriptive, correlational study was realized of transverse type with quantitative approach. The sample belonged 200 keepers selected across the sampling not probabilistic for convenience. The information was gathered by means of a questionnaire autodealed to identify the sociodemographic characteristics and to evaluate the categories knowledge, attitudes and practices. The information was analyzed by means of the programs Microsoft Excel 2007 and SPSS 15.00 for Windows.

Results: the 95 % of the keepers belonged to the feminine kind, prevailing as principal keeper the mother. 31 % of the keepers reached their studies of secondary and 16 % of the studied population finished studies of Basic Primary. The ethereal group more predominant was situated between 19 and 25 years of age with 32 % of the total of the sample. Of the total of participants, 98,5 % received a regular qualification in the knowledge and 1,5 % obtained a bad qualification in this category. None of the keepers obtained a qualification good at the knowledge. The attitude of the keepers of the 5-year-old minor children with ADD showed a favorable qualification in 52,5 % of the sample. With relation to the practices, the regular qualification was the one that more prevailed, in 48 % of the polled ones. On having correlated the categories between each other, it was found positive high correlation between knowledge with practices, and attitudes with practices, with one r of Pearson of 0,642 and 0,573 respectively. There was obtained positive low correlation between knowledge by attitudes, and between the variables age and educational level by the categories knowledge, attitudes and practices.

Conclusions: in agreement to the obtained results, a keeper who has suitable knowledge brings over of the ADD and present a favorable disposition it will have major probability of carrying out an integral managing in the prevention and treatment of the LODGER in the five-year-old minor.

Key words: Acute Diarrhea Disease (ADD), knowledge, attitudes, practices, children.

INTRODUCCIÓN

Cada año, alrededor de 2,5 millones de casos de diarrea se presentan en los niños menores de cinco años de edad y las estimaciones sugieren que la incidencia global se ha mantenido relativamente estable durante las dos últimas décadas. Más de la mitad de los casos se encuentran en África y Asia meridional, de los cuales, la mayoría terminan en complicaciones graves e incluso la muerte. La incidencia de la enfermedad diarreica aguda varía mucho según las estaciones y la edad del niño, siendo común en los dos primeros años de vida y disminuyendo a medida que el niño crece¹. En cuanto a la mortalidad, se estima que 1,8 millones de personas fallecen cada año en el mundo, debido a enfermedades diarreicas (incluido el cólera), el 90% de estos casos corresponden a niños menores de cinco años, principalmente procedentes de países en vía de desarrollo² donde la mayor parte de estas muertes se asocian a factores socioeconómicos, nutricionales y del manejo inadecuado de los episodios diarreicos.

En Colombia, la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) ha ocupado los primeros lugares de morbi-mortalidad en menores de cinco años, especialmente en los municipios con mayor porcentaje de Necesidades Básicas Insatisfechas. Las tasas de mortalidad por EDA en menores de cinco años han disminuido considerablemente entre los años 1990, donde se presentaron 2.002 defunciones, y 2001 en el cual se reportaron 10.232³.

En cuanto al manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda, la ENDS 2005⁴ (Encuesta Nacional de Demografía y Salud), reportó que el 39% de los niños que presentaron diarrea fueron llevados a algún servicio de salud; el 55% de estos niños recibieron sales de rehidratación oral (SRO) o solución casera y el 18% no recibió tratamiento alguno.

En el Departamento del Huila, según el SIVIGILA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica) durante el periodo comprendido entre el año 2005 y 2008 la morbilidad por EDA disminuyó; sin embargo, se presentaron 10 defunciones, distribuidas de la siguiente manera: en Neiva se reportaron 5 casos; en Aipe,

¹ UNICEF/WHO, Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done, 2009.

² COLOMBIA. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de Vigilancia de Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda. SIVIGILA. Bogotá. D.C., 2009.

³ Ibid., p.6.

⁴ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resumen análisis de situación de salud, Colombia, 2006.

Hobo, Timaná y Campoalegre un caso en cada uno, y un caso importado de Puerto Leguízamo (Putumayo)⁵.

En el municipio de Neiva se presentaron en consulta externa 8963 casos de Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años durante el 2009, siendo el grupo poblacional con mayor prevalencia para la enfermedad. Como tercera causa de morbilidad en urgencias y hospitalización, se encuentra la EDA con 597 y 311 casos, respectivamente, en este mismo grupo poblacional⁶.

Existen muchos factores que favorecen el desarrollo de esta patología como el grado de escolaridad, el nivel cultural, el estado nutricional, deficiencias en la prestación de servicios de saneamiento básico, fundamentalmente en la disposición de excretas, inadecuado suministro de agua potable, falta de higiene en la manipulación de los alimentos y dificultades en el acceso y calidad de los servicios de salud, siendo consecuentes con los mecanismos de transmisión de la enfermedad diarreica y su naturaleza⁷.

También influyen factores socioculturales, entre los cuales se encuentran: las prácticas, creencias, valores, rituales, símbolos, ideologías, normas y elementos no racionales de la población en la que se habita, observándose así, que en cada comunidad existen distintas formas de prevenir y tratar las enfermedades.

Teniendo en cuenta que la Enfermedad Diarreica Aguda presenta alta incidencia en la población menor de cinco años y es desencadenada por factores de riesgo modificables, fue trascendental la realización de esta investigación porque permitió identificar el rol que adopta el cuidador en una población semirural en cuanto al manejo y prevención de la enfermedad.

⁵ SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL. Boletín Epidemiológico del Huila. 2008. Pág. 42.

⁶ SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL. Perfil Epidemiológico Neiva 2009. Pág. 16.

⁷ GORTER, Ana C., *et al.* Diarrea Infantil en Nicaragua rural: creencias y prácticas de salud tradicionales. En: Bol Oficina Sanit Panam, 1995. vol. 119, no. 5., p. 378.

2. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia constituye la fuente de atención primaria en salud, por lo que los conocimientos y prácticas que la madre, como principal cuidadora realiza, influyen directamente sobre el estado de salud del menor. En este proceso de atención, la cultura y la tradición juegan un papel fundamental en las decisiones de tratamiento que adopta el cuidador.

Es de vital importancia que el Enfermero, en su rol de preservar, mantener y restablecer el estado de salud y la calidad de vida, no olvide el contexto socio-cultural de la comunidad en la que se desempeña, buscando un paralelo y uniformidad entre los conocimientos científicos y populares, para que estos sean aceptados por la comunidad. A partir de esta concepción adquiere gran relevancia el término “enfermería transcultural” que para Madeleine Leininger⁸ es un área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud y hacer frente a sus discapacidades o a su muerte.

En los últimos años se han aumentado extraordinariamente las investigaciones a nivel global sobre el manejo y tratamiento de la diarrea basado en la Terapia de Rehidratación Oral incluyendo medidas de prevención y cuidados generales del niño. López (2008)⁹, desarrolló un estudio donde concluyó que la mayoría de las madres tenían buen conocimiento sobre la EDA, sin embargo se encontró que existían dificultades en el manejo de la alimentación del niño durante los episodios de diarrea.

Hernández (2003)¹⁰, realizó un estudio descriptivo prospectivo en mujeres cuidadoras de niños cubanos; éste reportó que sólo el 30,86% de las cuidadoras alcanzaron una valoración adecuada respecto al tratamiento de la EDA y sus complicaciones. En relación con la conducta a seguir ante la presencia de diarrea,

⁸ LEININGER M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la Enfermería Transcultural. En: Enfermería y Humanidades: Cultura de los Cuidados, 1999. vol.6, no. 3,. p. 6.

⁹ LOPEZ ARTEAGA, Victoriano. Conocimiento, actitudes y prácticas adoptadas por las madres de los niños menores de 5 años ingresados al servicio de gastroenterología del HFVP en noviembre 2008. Trabajo de grado Especialista en Pediatría. Managua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Facultad de ciencias médicas. 2008. p. 49

¹⁰ HERNÁNDEZ HERNANDEZ, José M., *et al.* Elementos Básicos de salud infantil en mujeres cuidadoras de niños. En: Revista Cubana de Medicina General Integral. 2004. vol. 20,. p. 5.

las encuestadas refirieron que se debe administrar sales de rehidratación oral, ser atendido por un médico, avisar a la madre y esperar, dar o suspender la alimentación, "sobarlo en la pantorrilla", dar otros líquidos de forma abundante o que su madre lo cuide.

Valenzuela (2007)¹¹ desarrollaron un estudio acerca de la evaluación de factores psicosociales en la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas en comunidades Yaquis en México, en el que se encontró que las madres tienen un menor conocimiento sobre la higiene que debe de haber tanto en el hogar como personal, así como de los alrededores de la vivienda. Pudiendo ser esta falta de conocimiento, un factor de riesgo que origine un cuadro diarreico. Además mostraron asociación entre las prácticas de prevención que realizan las madres y los efectos favorables sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas.

Salas y Silva (2007)¹² concluyeron que el 82% de las madres reconocen los signos de alarma de la Enfermedad Diarreica Aguda, pero que más del 50% de los cuidadores no lleva al niño a un establecimiento de salud cuando se presentan complicaciones derivadas de la EDA. Además refieren que el conocimiento en los signos de alarma no determina la concurrencia a los servicios de salud.

A nivel nacional, Delgado y sus colaboradores (2004)¹³, en un estudio descriptivo realizado en Popayán obtuvieron los siguientes resultados: el 54% de las madres conocen como mínimo dos signos de peligro en la EDA, y además emplean en el tratamiento líquidos caseros, sales de rehidratación oral o suero casero.

Muñiz y sus colaboradores (2004)¹⁴ realizaron un estudio cualitativo acerca de la clínica del mal de ojo, en el cual encontraron marcadas influencias de las creencias culturales en el tratamiento de enfermedades como la diarrea y

¹¹ VALENZUELA AVENDAÑO, Guadalupe; LABORÍN ÁLVAREZ, Jesús Francisco. La evaluación de factores psicosociales en la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas en comunidades Yaquis. En: Ra Ximhai. Enero – Abril, 2007. vol. 3, no. 001,. p. 125.

¹² SALAS ROMERO, María Dalila; SILVA CORNEJO, María del Carmen. Conocimiento de los padres sobre signos de alarma en niños menores de 5 años y su concurrencia inmediata a un servicio de salud TACNA-2007. En: Ciencia & Desarrollo. 2009. vol 11,. P. 78.

¹³ DELGADO, Mario F., *et al.* Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI. En: Colombia Médica. Octubre-Diciembre, 2006. vol. 37.no. 4,. p. 295.

¹⁴ MUÑIZ, Óscar A., *et al.* La clínica del mal de ojo. En: Revista de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana. vol. 6, 2004. p. 100.

evidencias sobre la imposibilidad de transferir conocimientos y técnicas, tan comunes como la hidratación oral, por la interferencia que genera la creencia sobre el mal de ojo.

Pinto, Effer y Meyer (2009)¹⁵, encontraron que las madres o cuidadoras presentaban múltiples creencias entre las que se destacaron el suministro de líquidos caseros (jugos de guayaba, manzana, infusiones con manzanilla, con el cogollo de la guayaba, aguas de arroz y pan tostado), otras como la suspensión de alimentos (leche y alimentos que ellas llaman 'pesados') y por último, las creencias mágico-religiosas entre las cuales se destacaron la curación por medio de oración (para el mal de ojo) y curación por medio de masajes (para el descuajo).

La Organización Mundial de la Salud, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio formulados en el año 2000, se planteó como meta disminuir la mortalidad infantil a dos terceras partes para el año 2015. Dado a que una de las causas principales se debe a las diarreas presentes en los niños, principalmente en las naciones en vía de desarrollo, Colombia ha implementado la estrategia AIEPI (Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia) que tiene como uno de sus principales objetivos la reducción de enfermedades prevalentes en menores de 5 años como la IRA, EDA, desnutrición, malaria y enfermedades prevenibles por vacunación; es por ello, que esta estrategia adopta procesos de atención y bases técnicas para el manejo de enfermedades diarreicas, donde uno de sus propósitos consiste en poner en práctica las competencias familiares y sociales requeridas para la toma de decisiones que favorecen el cuidado y protección de los niños.

Es así, como los conocimientos, hábitos y actitudes comunitarias frente a la salud, se relacionan con la interacción que existe con sus grupos familiares, amigos, vecinos y con diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud, que permiten plantear propuestas, discutir y concertar soluciones posibles a las necesidades en salud de los niños y niñas en el hogar y la comunidad¹⁶.

En consecuencia, las acciones basadas en la comunidad se constituyen en una posibilidad de potenciar los recursos comunitarios para promover cambios en las formas de conciencia y prácticas que afecten de forma más determinante las

¹⁵ PINTO GARCÍA, Karen; EFFER BERNAL, Milena; MEYER CORREA, Ilse. Creencias populares de las madres o cuidadoras de Taganga, Santa Marta acerca del manejo de la diarrea infantil. En: Revista Enfermería, UCC. Junio, 2009. p.1.

¹⁶ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Modelo de gestión para la salud y el bienestar de la infancia. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá D.C., Colombia. 2005.

condiciones de bienestar, acelerando los procesos de cambios culturales, favorables para la atención de la población infantil.

Por tanto, este estudio se orientó a determinar **¿Cuáles eran los conocimientos, actitudes y prácticas adoptadas por los cuidadores de los niños menores de cinco años con Enfermedad Diarreica Aguda del corregimiento El Caguán de la ciudad de Neiva?**

3. JUSTIFICACIÓN

Considerando que la diarrea es una enfermedad prevenible y desencadenada por muchos factores de riesgo modificables, de los cuales es importante conocer su aplicación en el entorno familiar a fin de implementar pautas de intervención adecuadas en la prevención y control de la diarrea, sin contradecir la tradición y la cultura en el tratamiento de las mismas.

Este estudio fue novedoso, porque a nivel local y regional no existían antecedentes investigativos relacionados con esta temática, por lo que permitió identificar cuáles eran las actividades que la familia practicaba en la atención inicial de la diarrea en los niños, y así poder reorientar las acciones que en salud pública se llevan a cabo, además de proponer nuevas estrategias de intervención de enfermería con base en las necesidades encontradas.

La investigación se llevó a cabo en el corregimiento El Caguán, el cual se encuentra localizado en el extremo sur del municipio de Neiva. Los habitantes del corregimiento obedecen a características de una comunidad semirural, poseedores de una marcada tradición religiosa. Alberga una población aproximada de 4.600 habitantes, equivalente al 2.4% de la población urbana¹⁷. Existen aproximadamente 450 viviendas que conforman 38 manzanas, de las cuales el 15% se consideran estrato medio, y un 10% lo conforman asentamientos subnormales, localizados en zonas de riesgo, algunas de las cuales poseen pisos en tierra, paredes sin pañetes, falta de construcción de cuarto para la cocina y carecen de cielo raso¹⁸.

Aproximadamente el 30% de las familias tienen como jefe de hogar a la mujer. El sector más vulnerable presenta un bajo nivel educativo, donde no tienen ningún grado de escolaridad y otros han cursado entre primero y quinto de primaria. Cuentan con un acueducto público administrado por habitantes, pero no es completamente apto para el consumo humano, por falta de mantenimiento adecuado. El servicio de recolección de basuras es ofrecido por la empresa Ciudad Limpia, donde el carro recolector pasa dos veces a la semana.

¹⁷ DANE NEIVA. Informe censal 1993.

¹⁸ RODRIGUEZ Camacho Yalile; SOLANO Ñañez Bleiner, Evaluación de la gestión de los alcaldes del municipio de Neiva y su impacto en el corregimiento del Caguán, Universidad Surcolombiana, Facultad de Educación, 2003, p. 45.

El corregimiento El Caguán cuenta con un puesto de salud en el barrio Centro, donde se presta solamente el servicio de consulta externa, cuyo personal de planta consta de un médico, una auxiliar de enfermería y un odontólogo, apoyados por profesionales que laboran bajo contrato de prestación de servicios. Las enfermedades más frecuentes en el corregimiento son las respiratorias y la diarrea¹⁹.

Con lo anterior y a través de la observación directa, se pudo determinar que esta población corresponde a un sector vulnerable y con múltiples deficiencias sanitarias, de infraestructura de servicios y de accesibilidad vial, lo que puede contribuir a incrementar la incidencia de la Enfermedad Diarreica Aguda, para lo cual se llevó a cabo la investigación en esta localidad con el fin de identificar el grado de conocimientos y el actuar de la comunidad frente a la enfermedad y comprender que tan aptos están los cuidadores de los menores de cinco años en la atención de los episodios diarreicos en sus hogares

Los resultados de la presente investigación serán útiles para realizar nuevas investigaciones que permitan abordar esta problemática, generando nuevas estrategias que a nivel local, regional y nacional permitan realizar un enfoque integral en el manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda, teniendo en cuenta las creencias culturales del sector, y de esta manera reducir la morbi-mortalidad infantil por EDA.

¹⁹ *Ibid.*, p. 50.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir y correlacionar los conocimientos, actitudes y prácticas adoptadas por los cuidadores de los niños menores de cinco años con Enfermedad Diarreica Aguda del corregimiento el Caguán, Neiva, 2010.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir las características socio demográficas de los cuidadores de los niños menores de 5 años que hayan presentado Enfermedad Diarreica Aguda.

Determinar los conocimientos que tienen los cuidadores de los niños menores de cinco años, acerca de la Enfermedad Diarreica Aguda.

Determinar las actitudes que adoptan los cuidadores de los niños menores de cinco años, frente a la Enfermedad Diarreica Aguda.

Determinar las prácticas de los cuidadores de los menores de cinco años, en el manejo de la enfermedad diarreica aguda.

Correlacionar los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores de los niños menores de cinco años del corregimiento El Caguán.

Correlacionar los conocimientos, actitudes y prácticas, con la edad y el nivel de escolaridad de los cuidadores de niños menores de cinco años del corregimiento El Caguán.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección²⁰. Es, por una parte, el estado de quien conoce o sabe algo, y por otro lado, los contenidos sabidos o conocidos que forman parte del patrimonio cultural de la humanidad. Es el saber que se consigue mediante la experiencia personal, la observación o el estudio²¹. El origen del conocimiento está en la misma actividad práctica del hombre: cuando éste entra en relación con la naturaleza y la sociedad, tiene la posibilidad de apropiárselas.

Para esta investigación, el conocimiento fue definido como el conjunto de saberes populares o científicos que posee el cuidador acerca de la definición, causas, tratamiento, prevención y complicaciones de la Enfermedad Diarreica Aguda en el menor de cinco años.

El cuidador con **buen** conocimiento fue aquel que poseía la información correcta para brindar un adecuado manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda en el menor de cinco años.

El cuidador con un conocimiento **regular** fue aquel que poseía información acerca de la EDA en el menor de cinco años, pero que presentaba algunos conocimientos incorrectos para brindar un adecuado manejo.

El cuidador con un **mal** conocimiento fue aquel que tenía información incorrecta acerca del tratamiento y la EDA en el menor de cinco años.

Por otro lado, las actitudes son definidas por Moscovici²² como “el conjunto de creencias, sentimientos y tendencias de un individuo que dan lugar a un determinado comportamiento”, orientados hacia las personas, agrupaciones,

²⁰ Definición.de, Conocimiento [en línea] Disponible en <<http://definicion.de/conocimiento/>>[citado 22 de febrero de 2010].

²¹ KERLINGER, F. N. Investigación del Comportamiento.: McGraw Hill Interamericana. México D. F.1988.

²² MOSCOVICI, S. Psicología social. España: Paidós; 1988. p. 302.

ideas, temas o elementos determinados²³. En la Psicología Social, las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas.²⁴

En esta investigación, actitud hizo referencia a la tendencia que adoptaba el cuidador en la toma de decisiones para el manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda en el menor de cinco años.

Una actitud **favorable** en el cuidador, correspondió a aquella que lo inducía a actuar de forma adecuada ante un episodio de Enfermedad Diarreica Aguda en el menor de cinco años.

Una actitud **desfavorable** en el cuidador, correspondió a aquella que lo indujo a actuar de forma inadecuada ante un episodio de EDA en el menor de cinco años.

Por último, la práctica es definida como la acción que se desarrolla con la aplicación de conocimientos ya sean científicos o empíricos²⁵. Se desarrolla teniendo en cuenta las costumbres, creencias y/o tradiciones presentes en un grupo poblacional y que permiten dar solución a un evento.

Para esta investigación, la práctica hizo referencia a las actividades que desarrollaba el cuidador para el manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda en el menor de cinco años.

Las **buenas** prácticas, eran el conjunto de actividades que llevaba a cabo el cuidador y que mejoraban el estado de salud del menor de cinco años con EDA.

Las prácticas **regulares**, fueron las actividades que realizó el cuidador y que parcialmente contribuyeron a mejorar el estado de salud del menor de cinco años con EDA.

²³ AMORÓS Eduardo, Comportamiento organizacional en busca del desarrollo de ventajas competitivas, Actitudes [en línea] Disponible en < <http://www.eumed.net/libros/2007a/231/35.htm>>[citado 22 de febrero de 2010].

²⁴ RODRÍGUEZ, A. Psicología Social. México: Trillas. ISBN 1991.

²⁵ Definición.de, Practica[en línea] Disponible en < <http://definicion.de/practica/>>[citado 22 de febrero de 2010].

Las **malas** prácticas del cuidador, fueron las actividades que no contribuían favorablemente a restablecer el estado de salud del menor de cinco años con EDA y que ponían en riesgo su integridad.

Para describir los conocimientos, actitudes y prácticas de una comunidad frente al cuidado de su salud, es importante tener en cuenta las características socio-culturales en las que se encuentran, de tal manera que se puedan articular al desarrollo de estilos de vida saludables sin afectar los pensamientos y tradiciones. Es por ello que la enfermería transcultural juega un papel determinante en la relación enfermero-paciente siendo una herramienta que permitirá unificar conceptos y prácticas, encaminadas a lograr una adecuada calidad de vida del individuo, sin alterar sus costumbres. Leininger²⁶ (1999), definió la enfermería transcultural como un “área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte”.

5.2 CUIDADORES

Los cuidadores son las personas o instituciones que se hacen cargo de las personas con algún nivel de dependencia. Son por tanto padres, madres, hijos, familiares, personal contratado o voluntario. Se denominan cuidadores familiares o informales, al conjunto de personas que se dedican a la actividad diaria del cuidado de sujetos dependientes.

Los patrones culturales asignan a las mujeres el papel de proveedora principal de atención de cuidado, donde la mayoría considera su tarea como un deber moral (90%) o por iniciativa propia (59%)²⁷. Sin embargo, actualmente, este rol de cuidador informal o familiar se ha extendido tanto a hombres como mujeres, que deben disponer de su tiempo y espacio para brindar una atención a quienes son dependientes de su cuidado.

²⁶ BELTRÁN Forero Elsy , LAZA Vásquez, Celmira, La enfermería transcultural: una alternativa para el cuidado de enfermería de la población en condición de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia. Revista de Enfermería [en línea]. Disponible en <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria9206-La_enfermeria.htm>[citado 22 de febrero de 2010]

²⁷ DELICADO USEROS, María Victoria, *et al.* Cuidadoras Informales: Una perspectiva de género. 2008.

Los cuidadores de niños menores de cinco años, fueron aquellos que poseían los conocimientos, actitudes y prácticas encaminadas a la protección del niño como una adecuada alimentación, buena higiene en el menor y en el hogar, así como la debida administración de las vacunas según la edad correspondiente, ante todo brindando afecto y ofreciendo una atención de acuerdo a las características propias de estos, teniendo en cuenta su predisposición a adquirir enfermedades.

Es importante que el cuidador transmita con su ejemplo y orientaciones una educación adecuada que permita al menor adoptar prácticas de higiene que contribuyan a su propio bienestar, como lo es el lavado de manos antes y después de ir al baño, antes y después de consumir alimentos y posterior al juego, además de instruirlo acerca de la importancia del consumo de agua hervida, el aseo corporal y el uso de un vestuario limpio.

5.3 TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y DE LA UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES

La teoría de Leininger, se basa en las disciplinas de la antropología y de la medicina y tiene como propósito descubrir las particularidades y universalidades de los cuidados de los humanos según la visión del mundo, la estructura social y otras dimensiones, para luego identificar formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de culturas diferentes o similares con el fin de mantener o recuperar su bienestar²⁸.

Los valores, creencias y prácticas de los cuidados culturales tienden a estar arraigados y se encuentran influenciados por los contextos desde el punto de vista del mundo, lengua, filosofía, religión, parentesco, sociedad, política, educación, economía, tecnología, etnohistoria, y el entorno de las culturas²⁹.

La cultura determina también la forma como las personas en cada sociedad definen lo que es salud, enfermedad, vida, muerte; además de la necesidad de buscar atención y decidir a quien solicitarla. Para la Antropología de salud, “Los conceptos de salud y enfermedad son una construcción social que responde a una forma particular de ver y vivir la vida. No hay formas universales de construir y experimentar los conceptos, aunque ellos sean definidos de manera muy

²⁸ MARRINER TOMEY, Ann; RAILE ALLIGOOD, Martha. Modelos y Teorías en Enfermería. Sexta edición. Madrid España. Editorial Elsevier. 2007. P. 476

²⁹ *Ibíd.*, p. 482.

específica por diversas ramas del saber. Todo pueblo construye sus conceptos tácita o explícitamente de acuerdo con su cultura y su propio saber”³⁰.

De esta forma la teoría tiene sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y, de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen o necesiten de éstos. La cultura representa los modos de vida sistematizados y los valores de las personas que influyen en sus decisiones y en sus acciones³¹.

El principal modelo de Madeleine Leininger, es el Modelo del Sol Naciente, el cual describe a los seres humanos como entes que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción del mundo, de su trayectoria vital y del contexto de su entorno. Según esta teoría se pueden establecer tres tipos de cuidados enfermeros: preservación y mantenimiento de los cuidados culturales de adaptación; negociación y reorientación de los cuidados culturales y por último, reestructuración de los cuidados culturales³².

La conservación o mantenimiento de los cuidados culturales se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a las personas de una cierta cultura a mantener y/o preservar los valores asistenciales relevantes, con el fin de que almacenen un estado de bienestar, se recuperen de una enfermedad o puedan afrontar discapacidades y/o la muerte.

En cuanto a la adecuación o negociación de los cuidados culturales, Leininger menciona que son las acciones y decisiones profesionales creativas, de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a las personas de una cierta cultura a adaptarse o negociar con quienes prestan cuidados profesionales para obtener resultados sanitarios beneficiosos o satisfactorios.

Y por último, en relación al rediseño o reestructuración de los cuidados culturales, esta teórica afirma que son las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a los pacientes a reordenar, alterar o

³⁰ TORRES CHAMORRO S. El cuidado del “otro”. Diversidad cultural y enfermería transcultural. Disponible en: <http://www.urg.es/pwlacl/G17>. [citado 22 de febrero de 2010]

³¹ *Ibíd.*, p. 477.

³² *Ibíd.*, p. 484.

modificar de forma importante su modo de vida para adoptar esquemas de cuidado sanitario nuevos, diferentes y beneficiosos, respetando los valores culturales y las creencias de dichos cuidados y ofreciéndoles un estilo de vida mas saludable y provechoso³³.

Con esta teoría holística y amplia, Leininger³⁴ se propuso descubrir los puntos de vista culturales, o bien los puntos de vista internos de las personas acerca de los cuidados, dependiendo de lo que sepan, crean y como practiquen los cuidados, para posteriormente, usar este conocimiento con la adecuada profesionalidad y guiar así las prácticas de cuidado de enfermería. Por tanto, el objetivo de esta teoría no es otro que el de proporcionar cuidados, de forma responsable, coherente con la cultura y que encajen con las necesidades, valores, creencias y realidades culturales del modo de vida de los pacientes.

De esta forma los pacientes que experimentan la carencia de cuidados enfermeros culturalmente coherentes, responsables, seguros y sensibles mostraran signos de conflicto cultural, prácticas de imposiciones culturales, estrés y dolor sensible. Por esta razón es transcendental que los enfermeros adquieran la capacidad de comprender y aportar un cuidado holístico de acuerdo al patrón cultural del individuo, familia y comunidad.

5.4 ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Según OMS-OPS se define diarrea como la presencia de 3 o más deposiciones anormalmente líquidas en 24 horas. Es decir, es un síndrome clínico que se caracteriza por la disminución en la consistencia, aumento en el volumen y/o frecuencia en las deposiciones que puede o no tener algún grado de deshidratación y que de acuerdo con el agente causal puede estar acompañado de moco y sangre. La diarrea es un evento que se inicia de forma aguda, la cual puede prolongarse por muchos días convirtiéndose en una diarrea persistente³⁵.

³³ MARRINER TOMEY., Op cit. p. 446.

³⁴ STEVENHAGEN R. La cultura y la creación intelectual. En: Ruiz Z. Efectos políticos y culturales del desplazamiento por causa de la violencia en las relaciones internas de la familia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002, p. 131.

³⁵ COLOMBIA. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de Vigilancia de Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda. Op. Cit., p. 1.

Es causada principalmente por agentes infecciosos como bacterias, virus y parásitos, los cuales se adquieren generalmente por vía oro fecal (ano – mano – boca), a través del consumo de agua o alimentos contaminados con desechos humanos y orgánicos, almacenamiento de alimentos cocidos a temperatura ambiente, debido a que se preparan y dejan para uso posterior o por el contacto de éstos con superficies o recipientes contaminados y el inadecuado lavado de manos después de defecar; también puede ser producida por la ingesta de fármacos o toxinas, alteraciones en la función intestinal e intolerancia a algunos alimentos.

Se presenta con mayor intensidad en los niños menores de cinco años, especialmente entre los seis meses y los dos años de edad, teniendo consecuencias graves en los menores de seis meses³⁶; esto se presenta principalmente como consecuencia en la disminución de los anticuerpos adquiridos de la madre y la falta de desarrollo inmunológico en el niño, además del inicio de la alimentación complementaria la cual puede estar contaminada con agentes patógenos, la falta de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, el uso de biberones los cuales se contaminan fácilmente y son difíciles de lavar favoreciendo la proliferación de bacterias.

5.5 CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LA DIARREA

Diarrea Simple: Corresponde al cuadro clínico de diarrea usual, generalmente autolimitada, con pocos días de evolución, sin ninguna de las características que la ubiquen en los demás tipos de diarrea y que se logra controlar con las medidas básicas que incluyen suero oral.

Diarrea con Disentería: Se trata de una diarrea invasora de origen bacteriano o amebiano y corresponde a aquellos casos que se acompañan de sangre en las heces.

Diarrea Persistente: Es un episodio diarréico que se inicia de forma aguda y se prolonga por más de 14 días. Alrededor del 10% de los casos de diarrea aguda se vuelven persistentes. Esta condición deteriora el estado nutricional y se encuentra asociada con mayor mortalidad que la diarrea aguda³⁷.

³⁶ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. . Guía de atención de la Enfermedad Diarreica Aguda. Dirección General de Promoción y Pprevención. Bogotá D.C., 2009. p. 10.

³⁷ *Ibíd.*, p. 11.

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:

- Deterioro nutricional progresivo.
- Estados prolongados de deshidratación y desequilibrio electrolítico.
- Sepsis.

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

5.6 FACTORES DETERMINANTES EN LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

El Instituto Nacional de Salud³⁸, establece como factores determinantes para la incidencia de la Enfermedad Diarreica Aguda los siguientes:

Factores Demográficos: Dentro de estos factores, el género más afectado es el masculino siendo más prevalente en los menores de cinco años, especialmente en infantes procedentes de zonas rurales, zonas periurbanas con condiciones deficientes de infraestructura, entre otras.

Factores de Riesgo Biológicos: El estado nutricional juega un papel fundamental en la reducción de la morbimortalidad infantil, de allí la importancia de recalcar la lactancia materna como alimento exclusivo durante los primeros 6 meses de vida. La inclusión de la alimentación complementaria, el inicio de la ingesta a través del biberón y la integración a la alimentación recibida en el hogar, en los menores de dos meses de edad, se convierte en un factor de riesgo biológico trascendental en la generación de infecciones.

³⁸ COLOMBIA. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de Vigilancia de Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda. Op., cit., p. 16.

El bajo peso al nacer influye en la competencia inmunológica que el menor pueda desarrollar a lo largo de su vida, además de favorecer la inmadurez de su función metabólica.³⁹

Factores de Riesgo Socioeconómico: Los bajos ingresos económicos impactan directamente en las condiciones de acceso a una alimentación adecuada, vivienda, servicios públicos domiciliarios, y servicios de salud.

La baja escolaridad en los cuidadores se asocia con un aumento en el riesgo de hospitalizaciones y en la mortalidad por diarrea, ya que sus conocimientos pueden influir directamente en la atención de los menores en el hogar.

El acceso a los servicios de salud es un factor que se encuentra determinado por la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la oportunidad en el acceso a los servicios médicos - hospitalarios, el ingreso económico de la familia, y la calidad de la atención ofrecida⁴⁰.

Factores Ambientales: El acceso al agua potable, saneamiento básico, manejo de excretas y las condiciones de vivienda (pisos de tierra o arena, presencia de insectos y roedores, hacinamiento) hacen parte de las condiciones externas que favorecen el desarrollo de la enfermedad⁴¹.

Factores relacionados con los servicios de salud: Dentro de los factores relacionados con los servicios de salud deben tenerse en cuenta los que tienen que ver con la población y con los servicios de salud directamente⁴²:

- Poblacionales: Dentro de estos factores se incluyen la capacidad de detectar signos de alarma y la actitud de la población frente al problema de la diarrea, identificándola como una enfermedad, que de no ser manejada oportuna y adecuadamente pone en peligro la vida del menor, la cual es responsabilidad directa de los cuidadores, quienes poseen la última palabra de acuerdo a sus conceptos culturales, para decidir a quien acceder y como tratar la enfermedad.

³⁹ *Ibíd.*, p. 16.

⁴⁰ *Ibíd.*, p. 16.

⁴¹ *Ibíd.*, p. 17.

⁴² *Ibíd.*, p. 18.

- Servicios de salud: La disponibilidad de insumos suficientes y necesarios para la identificación y diagnóstico de la causa de la enfermedad, la capacidad para el manejo de las complicaciones y la red de referencia y contrarreferencia, además de la calidad de los servicios de salud prestados.

5.7 TRATAMIENTO DE LA EDA

A través de la estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia), se han establecido unas reglas de prevención y manejo de la diarrea, en busca de un tratamiento oportuno y adecuado de acuerdo al grado de deshidratación a partir de los signos presentes en el menor, clasificándolo en tres planes de manejo:

- Plan A: indicado en los casos sin signos de deshidratación. Se recomienda ingerir más líquidos que de costumbre y alimentarlo adecuadamente para prevenir la deshidratación y la malnutrición; es aconsejable acudir al servicio de salud si no mejora en tres días o si presenta signos de gravedad, como vómitos repetidos, fiebre, numerosas deposiciones o resistencia a comer o beber.
- Plan B: Es una terapia de rehidratación oral que comienza en el servicio local de salud y luego continúa en el hogar. Puede tratarse en un área especial de un establecimiento de salud, conocida como el “área de rehidratación oral”. Los padres deben permanecer con sus hijos para ayudar con el tratamiento y aprender cómo continuarlo en el hogar, después que el paciente esté rehidratado⁴³.
- Plan C: Es el tratamiento indicado para los casos más graves cuando la persona afectada bebe poco o no es capaz de beber, se presenta con ojos hundidos, mucosas muy secas, letárgico o inconsciente y es necesaria la rehidratación por vía endovenosa. En este plan el propósito es administrar en tiempo corto (3 horas) por vía endovenosa, una cantidad suficiente de líquidos y electrolitos con objeto de expandir el espacio extracelular y corregir el shock hipovolémico si lo hay. Cuando el paciente mejora el estado de conciencia y

⁴³COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de atención de la Enfermedad Diarreica Aguda. Op. cit., p. 20.

puede beber, el tratamiento se continúa con suero oral para terminar de corregir el déficit de líquidos y electrolitos y mantener al paciente hidratado⁴⁴.

Teniendo en cuenta las pautas de manejo para los menores con Enfermedad Diarreica Aguda, la OMS y la UNICEF⁴⁵ recomiendan la siguiente fórmula de rehidratación por vía oral:

- Agua, 1 litro
- Glucosa 20 gramos
- Cloruro sódico, 3,5 gramos
- Cloruro potásico, 1,5 gramos
- Bicarbonato sódico, 2,5 gramos

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

- Agua, 1 litro
- Azúcar (para la glucosa), dos cucharadas soperas
- Sal (para el cloruro sódico), media cucharada
- Bicarbonato, media cucharada
- El zumo de un limón mediano (para el potasio)

En casos menos graves se pueden consumir jugos de frutas u otras bebidas capaces de corregir la depleción de volumen, como las bebidas carbonatadas descafeinadas, té y caldo con pan tostado.

Cuando la diarrea ha comenzado a ceder y se ha restaurado el volumen de líquido se puede iniciar la alimentación, la progresión de una dieta blanda baja en grasa y fibra dietética hasta una normal se debe extender durante 2 o 3 días, según tolerancia.

⁴⁴ *Ibíd.*, p. 23.

⁴⁵ DOMÍNGUEZ, Ayllón Yarisá, *Diarreas Agudas*. En: *Monografías* [en línea]. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos32/diarreas/diarreas.shtml> [citado 22 de febrero de 2010]

Las comidas frecuentes y poco copiosas se toleran mejor y contribuyen a una ingesta nutricional más adecuada; la leche y sus derivados se añaden con precaución en casos de diarrea infecciosa ya que puede haber lesionado la mucosa de intestino delgado y producirse una disminución transitoria de la actividad de la lactasa.

5.8 ALIMENTOS PROHIBIDOS EN LA DIARREA

Se evitará la fibra vegetal ya que aumenta el volumen intestinal y estimula el peristaltismo, es decir, la motilidad intestinal, suprimir los guisos, fritos, embutidos y salados porque irritan la mucosa digestiva, se evitarán las grasas por ser de digestión prolongada, los estimulantes del reflejo gastrocólico y del peristaltismo como el café, zumos de naranja azucarados.

5.9 MANEJO DE LA EDA EN EL HOGAR

Para prevenir la deshidratación en el niño con diarrea en el hogar, se deben tener en cuenta las siguientes reglas⁴⁶:

- **Dar más líquidos de lo usual para prevenir la deshidratación:** Usar líquidos caseros recomendados o suero oral después de cada evacuación. El propósito es lograr que el niño ingiera una cantidad suficiente de líquido, tan pronto se inicia la diarrea, con el fin de reponer el agua y las sales y evitar así la deshidratación. Los mejores son los líquidos preparados con alimentos que incluyen las bebidas de cereales cocidos en agua, sopas y el agua de arroz, de trigo, de maíz, de sorgo, avena, cebada. No está indicado las gaseosas, los jugos industriales, ni bebidas rehidratantes deportivas. Si el niño presenta deposiciones muy frecuentes, abundantes y bebe con mayor avidez, suministrar suero oral, a libre demanda.
- **Alimentos para prevenir la desnutrición:** Continuar la lactancia materna; si el niño no lacta, continuar la leche usual. En mayores de 4 meses que reciben alimentos sólidos, suministrar dieta corriente. Deben evitarse los alimentos ricos en azúcar ya que empeoran la diarrea.

⁴⁶ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. . Guía de atención de la Enfermedad Diarreica Aguda. Op. cit., p. 19.

- **Regresar a control o consultar inmediatamente si no mejora, si sigue igual, o si presenta cualquiera de los siguientes signos:** Muchas evacuaciones intestinales líquidas, vómitos a repetición, sed intensa, come o bebe poco, fiebre y sangre en la heces.

5.10 SIGNOS DE ALARMA DE LA EDA

Es importante que los cuidadores conozcan los signos de alarma⁴⁷ que indican la necesidad de llevar al menor al centro de salud, permitiendo de esta forma una atención oportuna y a la vez evitando complicaciones:

Si el niño presenta sed más de lo común, la boca seca, los ojos hundidos y si orina en poca cantidad, son signos que indican que está deshidratado; si el niño con diarrea empeora, se presentan evacuaciones más frecuentes (más de 4 en una hora).

Si el niño presenta vómitos frecuentes (más de 3 en una hora), tiene fiebre alta (39.5°C), realiza deposiciones con sangre o moco, no come o bebe normalmente, se encuentra apático o débil y con distensión abdominal, indica que el niño se encuentra gravemente enfermo.

5.11 COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Deshidratación: Se define como la pérdida excesiva de agua de los tejidos corporales, que se acompaña de un trastorno en el equilibrio de los electrolitos esenciales, particularmente sodio, potasio y cloro⁴⁸. El organismo absorbe normalmente agua y los electrolitos que necesita a través de bebidas y alimentos. También es normal que pierda agua y electrolitos a través de las evacuaciones, la orina, el sudor y la respiración. Cuando el intestino está sano, absorbe el agua y los electrolitos; si hay diarrea, el intestino no trabaja de manera normal. La cantidad de agua y electrolitos que entran a la sangre es menor y una cantidad mayor pasa de la sangre al intestino, que se elimina por las evacuaciones diarreicas (pérdida anormal); por lo tanto, se pierde más de lo que ingresa. Esta pérdida mayor que la normal da por resultado la deshidratación. Cuanto mayor es el número de evacuaciones intestinales diarreicas, mayor es la pérdida de agua y

⁴⁷ Ibid., p. 20.

⁴⁸ LÓPEZ ARTEAGA. Op. Cit. p 25.

electrolitos que el paciente sufre. La deshidratación se produce con más rapidez en los pacientes de corta edad, en especial los menores de un año, los que tienen fiebre y los que viven en climas muy calurosos.

Shock hipovolémico: Síndrome clínico que se caracteriza por alteraciones en la circulación que produce perfusión tisular inadecuada, alteraciones en el aporte de nutrientes y en la eliminación de los desechos del metabolismo. Se relaciona directamente por pérdida efectiva de volumen sanguíneo (hemorragia masiva o deshidratación severa).

Intolerancia a la lactosa: El niño con diarrea aguda grave tiene mayor tendencia a presentar intolerancia a la lactosa de la leche de vaca, debido a la vulnerabilidad de la lactasa que se observa durante los primeros dos o tres días de evolución de la Enfermedad Diarreica Aguda. Esta intolerancia transitoria a los disacáridos, además de ocasionar evacuaciones líquidas explosivas y de olor ácido, se acompaña de distensión abdominal, vómito, cólicos, eritema perianal y heces ácidas.

5.12 MEDIDAS DE PREVENCIÓN

- 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 o ser orientadas a defecar lejos de la casa, en un sitio que quede a una distancia de por lo menos 10 metros del lugar donde se encuentra el agua para el consumo.
- Lavar bien los juguetes que haya utilizado el niño, por el riesgo de que hayan estado 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.

Los cuidados preventivos en un menor de cinco años, incluyen:

- 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 infecciones o 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.

6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	DEFINICIÓN DE DIMENSIONES	FORMA DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
CARACTERIZACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA	Agrupación de características personales y sociales que definen a un sujeto.	Parentesco	Vinculo familiar del cuidador con el menor de cinco años.	<ul style="list-style-type: none"> • Padres • Hermanos • Abuelos • Tíos 	Nominal
		Género	Rol sexual definido socialmente.	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Nominal
		Edad	Tiempo biológico transcurrido desde el nacimiento del cuidador hasta el momento de la obtención de datos.	Edad cumplida en años.	Razón
		Nivel educativo	Estudios realizados por el cuidador, hasta el momento de la obtención de datos.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin formación académica • Básica primaria incompleta. • Básica primaria completa. • Básica secundaria 	Ordinal

				<ul style="list-style-type: none"> incompleta. • Básica secundaria completa. • Educación Técnica. • Educación Superior. 	
		Estrato socioeconómico	Nivel de clasificación de la población de acuerdo a características socioeconómicas similares.	<ul style="list-style-type: none"> • Uno. • Dos • Tres • Cuatro • Cinco • Seis 	Nominal
		Ocupación	Trabajo u oficio desempeñado por el cuidador.	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa. • Empleado. • Trabajador independiente • Desempleado. • Estudiante 	Nominal
CONOCIMIENTOS DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	Son los elementos básicos teóricos que maneja el cuidador acerca de la Enfermedad Diarreica	Concepto de diarrea.	Definición teórica dada por el cuidador, ya sea científica o empírica, acerca de la diarrea.	Se aplicará una escala tipo Likert, con enunciados que respondan a cada dimensión, dando las siguientes opciones de	
		Etiología de la diarrea.	Causas de la diarrea atribuidas por el cuidador del niño menor de cinco		

	Aguda.		años.	respuesta:	Ordinal
		Tratamiento de la EDA.	Conocimiento del cuidador, acerca de los medios utilizados para el manejo de la diarrea.	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo. • De acuerdo. • Ni de acuerdo ni en desacuerdo. • En desacuerdo. • Totalmente en desacuerdo. 	
		Complicaciones de la EDA.	Lesiones o repercusiones como consecuencia de la diarrea, atribuidas por el cuidador.		
		Alimentación en la EDA.	Conocimiento que posee el cuidador, acerca de la nutrición de un niño con cuadro clínico de diarrea.		
		Medidas de prevención de la EDA.	Conjunto de conocimientos y técnicas que posee el cuidador, sobre los mecanismos que evitan la aparición de la diarrea.		
ACTITUDES DEL CUIDADOR FRENTE A LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN NIÑOS	Situación que predispone a reaccionar preferentemente de una manera	Actitud del cuidador ante el inicio de un cuadro diarreico agudo.	Reacción del cuidador frente a la aparición de un cuadro clínico de diarrea en el menor.	Se aplicará una escala tipo Likert, con enunciados que respondan a cada dimensión, dando las siguientes opciones de	Ordinal
		Actitud del cuidador en	Tendencia que asume el cuidador para llevar a		

	determinada. Son las respuestas favorables o desfavorables del cuidador frente al manejo de EDA.	relación al tratamiento de la diarrea.	cabo el manejo de la diarrea en el niño.	respuesta: <ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo. • De acuerdo. • Ni de acuerdo ni en desacuerdo. • En desacuerdo. • Totalmente en desacuerdo. 	
		Actitud del cuidador en relación a las prácticas populares.	Predisposición del cuidador a realizar prácticas populares, para el control de la diarrea.		
PRACTICAS REALIZADAS POR EL CUIDADOR FRENTE AL MENEJO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA.	Conducta o respuesta establecida que poseen los cuidadores para el manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda en menores de cinco años.	Lugar de atención de la EDA.	Sitio a donde el cuidador se remite ante un cuadro clínico de EDA.	Se aplicará una escala tipo Likert, con enunciados que respondan a cada dimensión, dando las siguientes opciones de respuesta: <ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo. • De acuerdo. • Ni de acuerdo 	Ordinal
		Preparación del suero casero	Forma en que el cuidador prepara el suero casero.		
		Tratamiento farmacológico en enfermedad diarreica aguda.	Medicamentos que el cuidador administra al menor de cinco años con diarrea.		

		Prevención de la diarrea.	Medidas preventivas que adopta el cuidador, para evitar la aparición de un cuadro de diarrea.	ni en desacuerdo. • En desacuerdo. • Totalmente en desacuerdo.	
		Alimentación en la diarrea	Tipos de alimentos que le brinda el cuidador al niño con diarrea.		
		Prácticas tradicionales.	Prácticas populares que realiza el cuidador para tratar la diarrea.		

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

La investigación correspondió a un estudio descriptivo correlacional de tipo transversal con enfoque cuantitativo, ya que permitió identificar, describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas que desempeñaban los cuidadores de los niños menores de 5 años ante la presencia de la Enfermedad Diarreica Aguda y correlacionar estos resultados con la edad y el nivel educativo del cuidador. Fue un estudio transversal, porque la recolección de la información se llevó a cabo en el período de Julio a Septiembre de 2010. Fue cuantitativo porque se utilizaron métodos e instrumentos que lograron cuantificar los resultados obtenidos.

7.2 POBLACIÓN

Según datos de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina sede el Caguán, el corregimiento cuenta con una población total de 416 niños menores de cinco (5) años. Esta población fue la base para el desarrollo de esta investigación.

7.3 MUESTRA

Conociendo el tamaño de la población, se calculó la muestra aplicando la siguiente fórmula:

$$n = Z^2pqN/Ne^2 + Z^2pq, \text{ donde:}$$

n = Tamaño de la muestra
Z = Nivel de Confianza (1.96)
p = Variabilidad Positiva (0.5)
q = Variabilidad Negativa (0.5)
N = Tamaño de la Población (416)
e = Precisión o Error (0.05)

$$\begin{aligned} n &= (1.96)^2(0.5)(0.5)(416)/(416)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5) \\ n &= (3.8416)(0.25)(416)/(416)(0.0025) + (3.8416)(0.25) \\ n &= 399.53 / 1.04 + 0.9604 \end{aligned}$$

$n = 399.53/2.0$

$n = 199.7=200$

Se obtuvo una muestra de 200 niños menores de 5 años, de donde se determinó el principal cuidador en cada familia para la obtención de la información.

7.4 TIPO DE MUESTREO

El criterio de selección de la muestra, fue no probabilístico por conveniencia, seleccionando directa e intencionalmente los individuos de la población buscando obtener muestras "representativas" mediante la inclusión de grupos familiares en donde existían niños menores de cinco años. Este tipo de muestreo requiere el empleo de una muestra integrada por las personas u objetos cuya disposición para ser incorporados como sujetos de estudio es más conveniente, por tanto los resultados de la investigación no pueden ser generalizados para toda la población⁴⁹.

7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Toda madre, padre, hermano(a), abuelo(a) o tío(a), cuidador de niños menores de cinco (5) años que habitara en el Corregimiento El Caguán.

7.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Toda madre, padre, hermano(a), abuelo(a) o tío(a), cuidador de niños mayores de cinco (5) años que habitara en el Corregimiento El Caguán.
- Vínculo distinto al anteriormente establecido (madre, padre, hermano(a), abuelo(a) o tío(a), cuidador de niños menores de cinco años.
- Cuidadores que se rehusaron a participar en la investigación.
- Cuidadores que no residían en el corregimiento el Caguán de la ciudad de Neiva.

⁴⁹ POLIT, Denise F. Investigación científica en ciencias de la salud. MACgRAW-Hill Interamericana. Quinta edición, 1997. P. 238

- Cuidadores que no sabían o no podían leer y escribir.

7.7 UNIDAD DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS

La unidad de análisis y de información estuvo conformada por los cuidadores de los niños menores de cinco años del corregimiento el Caguán, que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

7.8 MÉTODO Y TÉCNICA

El método que se utilizó para la recolección de la información fue la encuesta, la cual fue aplicada mediante la técnica de cuestionario autodilucidado que nos permitió cumplir con los objetivos de la investigación.

7.9 INSTRUMENTOS

Para la recolección de la información se diseñó un instrumento (ver anexo A), que constaba de dos partes: la primera contiene cinco ítems de selección múltiple con única respuesta, para determinar el parentesco, género, nivel educativo, estrato socioeconómico y ocupación, además, de un ítem para completar la edad del cuidador. La segunda parte del instrumento contiene una escala tipo Likert que permitía evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas. Esta escala se dividió en 21 preguntas para determinar conocimientos, 8 para actitudes y 17 para prácticas, con opciones de respuesta o categorías de: **Totalmente de acuerdo**, **De acuerdo**, **Ni de acuerdo ni en desacuerdo**, **En desacuerdo**, **Totalmente en desacuerdo**, en donde el cuidador debía marcar con una (X) sólo una opción de respuesta. Se consideró inválido si el cuidador marcaba dos o más opciones. El instrumento constaba de instrucciones precisas y necesarias para que el cuidador marcara o respondiera según fuera el caso.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la Resolución 8430 de 1993⁵⁰, este estudio pertenece a la categoría de investigación sin riesgo, al emplear la técnica de cuestionario autodilucidado en la que no se identificaron ni se trataron aspectos sensitivos de la conducta y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en este estudio.

Esta investigación se desarrolló con la solicitud del Consentimiento Informado (ver anexo B), ya que los métodos de obtención de información requerían la autorización de los individuos que participaron en el estudio, en donde de manera previa se les explicó la justificación y los objetivos de la investigación, respetando su decisión de participar o no en el estudio sin presión alguna, preservando la confiabilidad y dignidad humana.

De acuerdo a la Ley 266 de 1996 y Ley 911 de 2004⁵¹, en la que se reglamentan las responsabilidades del profesional de Enfermería en investigación, la presente aplicó las disposiciones éticas contenidas en la ley, ya que en ella se conservó la dignidad, beneficencia, no maleficencia, veracidad, lealtad y fidelidad, integridad y derechos de los participantes, sin distinciones de credo, sexo, raza, cultura, condición socioeconómica e ideología política, y sin utilizar personas jurídicamente incapaces, privadas de la libertad, grupos minoritarios o de las fuerzas armadas.

Además de lo anterior, la investigación se realizó sólo para el logro de los objetivos propuestos y no para otros fines, manteniendo la confidencialidad de los datos obtenidos de los cuestionarios.

⁵⁰ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD, Resolución 8430. (4, Octubre, 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C.: El Ministerio, 1993. p. 3.

⁵¹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 911. (5, Octubre, 2004). Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2004. no. 45.693. p. 1-12.

9. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

La validez de los instrumentos se realizó mediante una revisión por expertos, por parte de los docentes del Programa de Enfermería de la Universidad Surcolombiana María Yedme Sánchez, Edilberto Suaza Calderón, Edna Fabiola Galán y Dolly Arias Torres, quienes sugirieron eliminar algunas preguntas porque se repetían, cambiar algunos términos para que tuvieran mayor claridad, cambiar el orden de las preguntas y adicionar algunos ítems; éstas recomendaciones se tuvieron en cuenta para el desarrollo de los instrumentos, quedando un total de 50 preguntas listas para la aplicación de la prueba piloto.

Una vez estructurados los instrumentos, se aplicó una prueba piloto al 10% de la muestra, que correspondió a 20 cuidadores de niños menores de cinco años del corregimiento de Fortalecillas, lugar que posee similares características a la población donde se llevó a cabo la investigación. Las observaciones encontradas se tuvieron en cuenta para la aplicación del instrumento definitivo. La prueba piloto permitió determinar la facilidad de comprensión para los cuidadores y el tiempo para el diligenciamiento del instrumento que en promedio fue de 20 minutos por cada participante.

Posterior a la aplicación de la prueba piloto se decidió modificar el cuestionario suprimiéndole 4 ítems, debido a que no eran claros para la población, se repetían y algunos se contradecían, quedando un total de 46 preguntas.

10. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Después de la recolección de la información se llevó a cabo la tabulación y análisis de los datos haciendo uso del programa Microsoft Excel 2007, en el cual se creó una matriz que permitió agrupar la información de acuerdo a las características sociodemográficas y las variables a estudiar: conocimientos, actitudes y prácticas.

Además se obtuvo la media y la desviación estándar de los datos recolectados de estas variables que permitieron determinar los siguientes los rangos de calificación de los conocimientos, actitudes y prácticas:

CONOCIMIENTO	
Bueno	>4,961
Regular	2,971 – 4,961
Malo	<2,971

Media: 3,831

Desviación estándar: 0,869

ACTITUD	
Favorables	>3,701
Desfavorables	<3,701

Media: 3,701

Desviación estándar: 0,385

PRÁCTICA	
Buena	>4,463
Regular	3,787 – 4,463
Mala	<3,787

Media: 4,125

Desviación estándar: 0,338

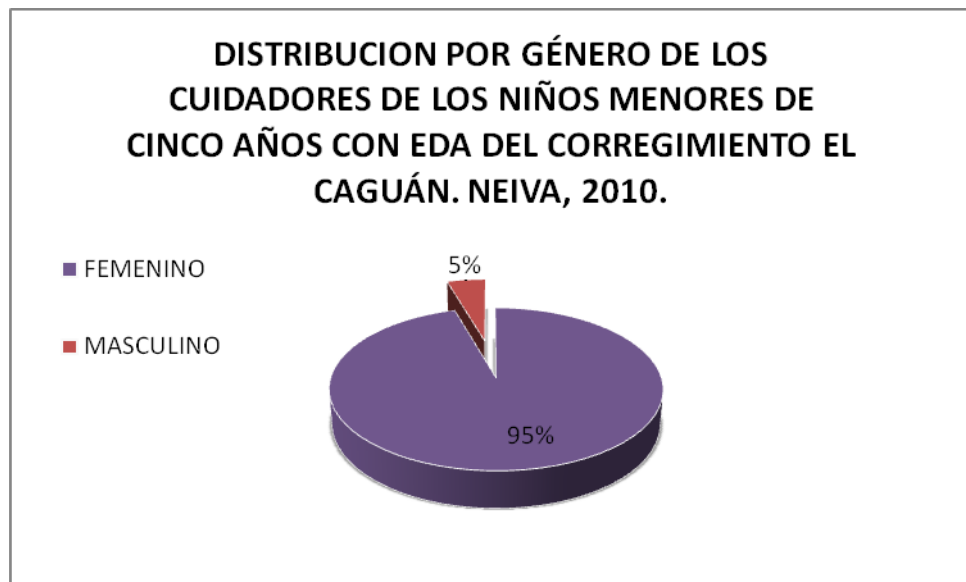
Posteriormente se realizó la correlación de cada una de éstas variables, con el nivel educativo y la edad de los cuidadores que participaron en la investigación, haciendo uso del programa SPSS 15.00 para Windows.

11. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos de las características sociodemográficas con el fin de contextualizar la población estudio, que corresponde a los cuidadores de los niños menores de cinco años del corregimiento el Caguán, posteriormente se muestran los resultados de la correlación entre las categorías: conocimientos, actitudes y prácticas.

11.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

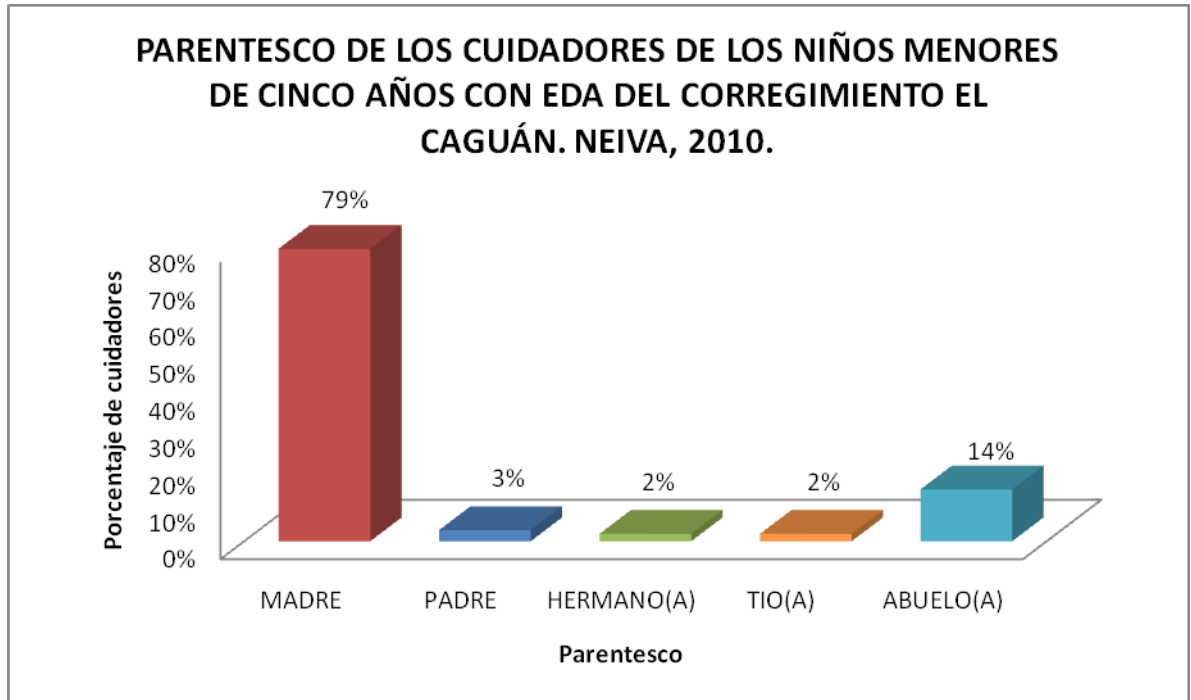
Figura 1. Distribución por género de los cuidadores de los niños menores de cinco años con EDA del corregimiento el Caguán. Neiva, 2010.



Fuente: Microsoft Excel 2007.

La gráfica anterior permite observar la distribución porcentual por género, donde se encontró que 191 cuidadores que corresponden al 95%, pertenecían al género femenino; mientras que los 9 restantes, el 5% al género masculino.

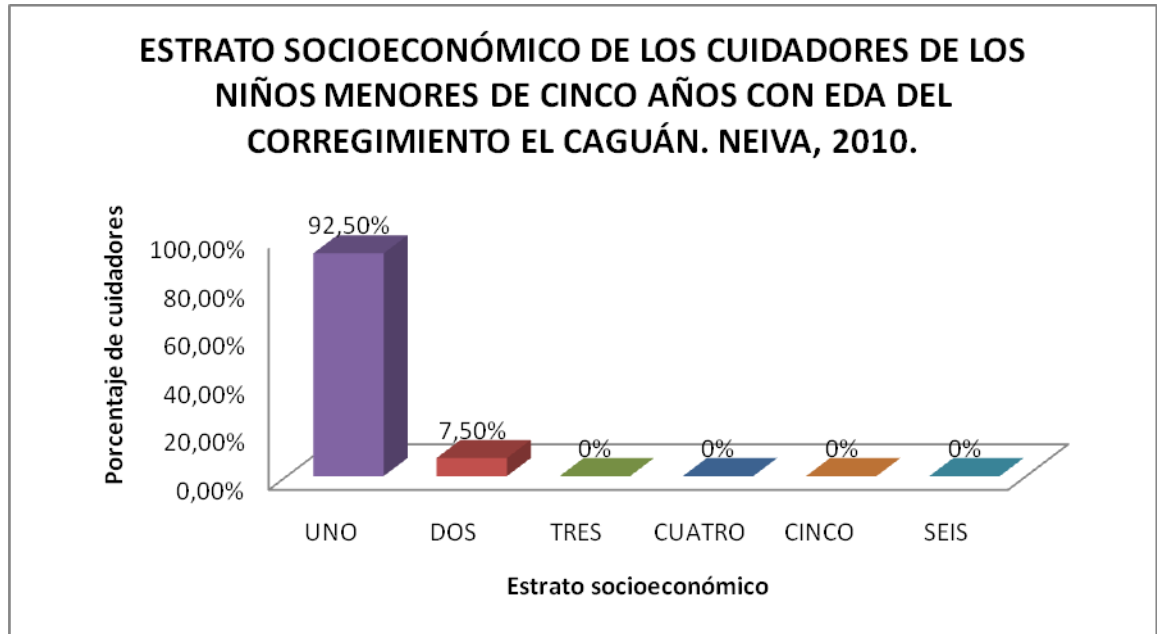
Figura 2. Parentesco de los cuidadores de los niños menores de cinco años con EDA del corregimiento El Caguán. Neiva, 2010.



Fuente: Microsoft Excel 2007.

La gráfica anterior muestra la distribución por parentesco, encontrando lo siguiente: 158 cuidadores son madres lo que corresponde al 79% de la población estudiada; 28 son abuelos(as), que pertenecen al 14%; 6 de los cuidadores representan la figura paterna lo que corresponde al 3%, y se encontraron 4 hermanos(as) y 4 tíos(as) como cuidadores, que representan el 4% de la población.

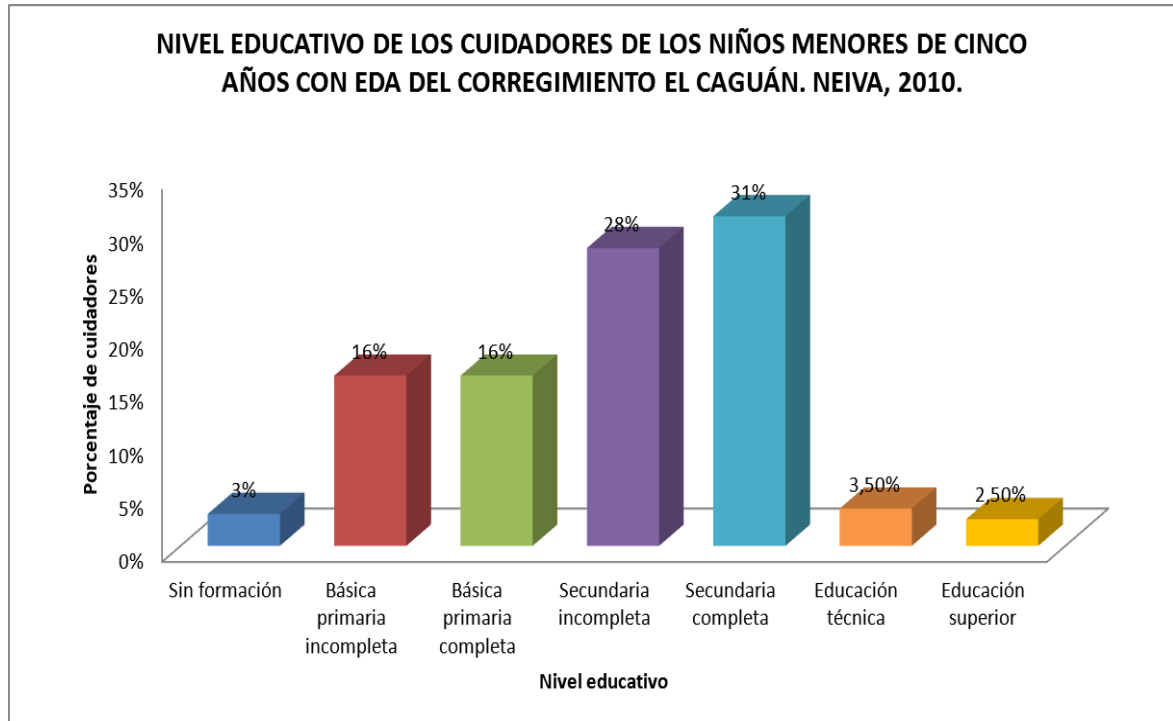
Figura 3. Estrato socioeconómico de los cuidadores de los niños menores de cinco años con EDA del corregimiento El Caguán. Neiva, 2010.



Fuente: Microsoft Excel 2007.

En la distribución por nivel socioeconómico se encontró que el 92.5% corresponde al estrato uno, equivalente a 185 familias del total de la población estudiada, mientras que el 7.5% de la muestra pertenece al estrato dos. Estos resultados reflejan el contexto de una población semirural donde la mayor parte de sus habitantes son de escasos recursos.

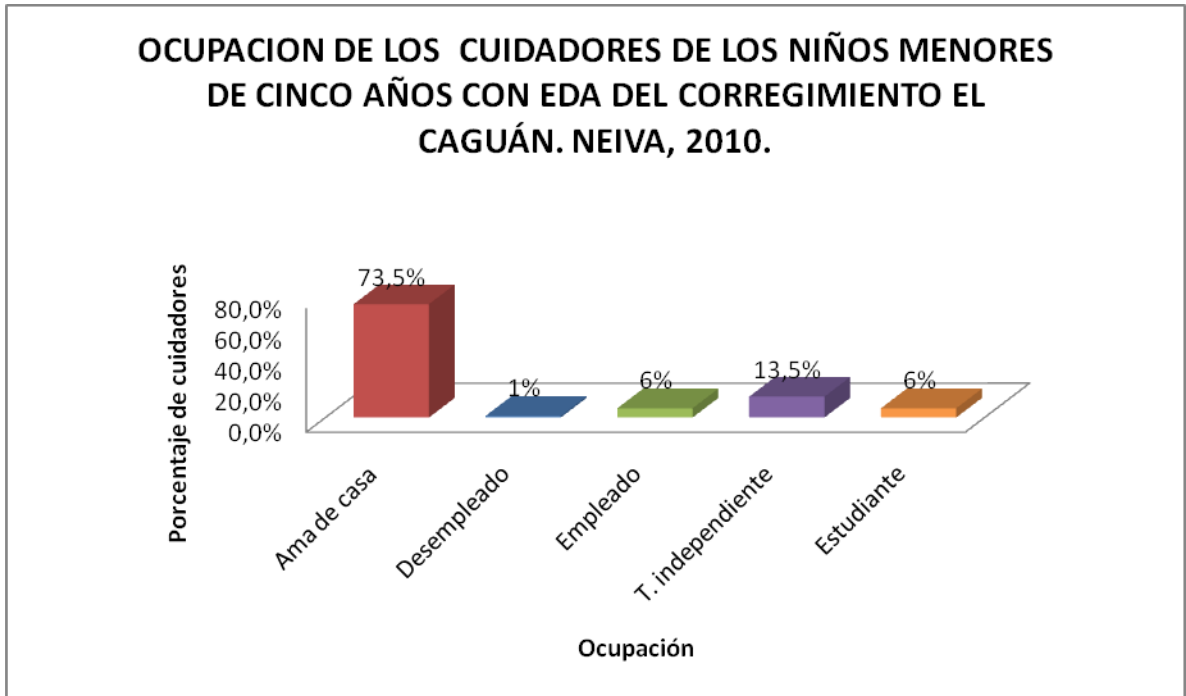
Figura 4. Nivel educativo de los cuidadores de los niños menores de cinco años con EDA del corregimiento El Caguán. Neiva, 2010.



Fuente: Microsoft Excel 2007.

En la gráfica anterior, se puede observar que el 31% que corresponde a 62 cuidadores culminaron estudios de Secundaria. El 16% de la población estudiada finalizó estudios de Básica Primaria lo que equivale a 32 cuidadores. El 3.5% de la muestra realizó estudios de Educación Técnica que corresponde a 7 personas y solo el 2.5% son profesionales, equivalente a 5 personas. Del total de la población estudiada, se identificaron 6 personas sin formación académica, que equivale al 3% del total de la muestra.

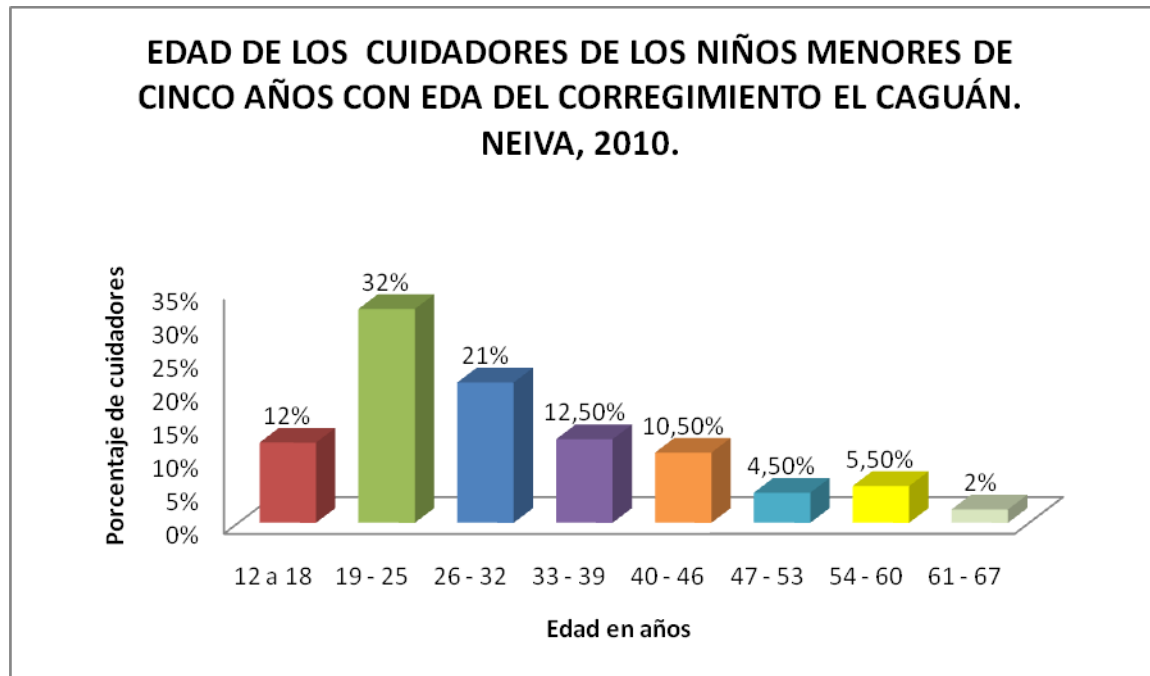
Figura 5. Ocupación de los cuidadores de los niños menores de cinco años con EDA del Corregimiento El Caguán. Neiva, 2010.



Fuente: Microsoft Excel 2007.

Los resultados mostraron que la ocupación que más predominó fue la de ama de casa en un 73.5% con 147 individuos de la muestra. El 13.5% que corresponden al 27 cuidadores eran trabajadores independientes; el 6% de los cuidadores eran empleados, igualmente los estudiantes representaron un 6% de la muestra equivalente a 12 cuidadores y sólo el 1% se encontraba desempleado en el momento de la recolección de la información.

Figura 6. Edad de los cuidadores de los niños menores de cinco años con EDA del Corregimiento el Caguán. Neiva, 2010.



Fuente: Microsoft Excel 2007.

La gráfica muestra una gran proporción de cuidadores jóvenes, donde el grupo etáreo más predominante se encontró entre los 19 y 25 años con un 32% del total de la muestra, correspondiente a 64 personas; seguido por el grupo entre 26 y 32 años con un 21% equivalente a 42 cuidadores. El 12% de la muestra se encontró entre los 12 y 18 años, siendo un porcentaje significativo teniendo en cuenta que se trata de una población muy joven a cargo del cuidado de los menores de cinco años. La población mayor de 47 años, representó la menor distribución porcentual con un 2% es decir 24 cuidadores.

11.2 RESULTADO DE PREGUNTAS SEGÚN VARIABLE A ESTUDIAR

Cuadro 1. Calificación por pregunta de la variable conocimientos.

CONOCIMIENTOS			
Pregunta	Enunciado	Promedio	Calificación
12	El suero oral ayuda a prevenir la deshidratación.	4,65	REGULAR
19	Cuando un niño se encuentra deshidratado, no acepta comida, presenta más de dos evacuaciones por hora, fiebre y vómito debe ser llevado a un centro de salud.	4,625	REGULAR
21	Mantener bien tapados los alimentos y eliminar adecuadamente las excretas son medidas higiénicas que previenen la diarrea.	4,57	REGULAR
3	La diarrea puede ser causada por bacterias, virus, parásitos, medicamentos o alimentos contaminados.	4,565	REGULAR
17	Las complicaciones de la diarrea son deshidratación y desnutrición por pérdida de líquidos.	4,525	REGULAR
15	Al niño con diarrea se le deben dar alimentos enlatados, bebidas gaseosas, vegetales, alimentos grasosos y fritos.	4,47	REGULAR
18	Los signos de deshidratación son llanto sin lágrimas, boca seca, mollera y ojos hundidos, niño irritable.	4,44	REGULAR
1	La diarrea se define como la presencia de 3 o más deposiciones, más líquidas de lo normal en un día (24 horas).	4,44	REGULAR
16	Los signos de peligro de la diarrea son vómito, poca actividad física, diarrea con sangre, no consumo de líquidos, muchas evacuaciones.	4,34	REGULAR
13	Los remedios caseros que se pueden usar en la diarrea son el agua de arroz y los sueros caseros.	4,325	REGULAR
9	La diarrea puede ser causada por tomar agua cruda o no tratada.	4,285	REGULAR
20	El lavado de manos y de alimentos <u>NO</u> disminuye los riesgos de contraer la diarrea.	3,94	REGULAR
14	Los remedios que se pueden usar durante la diarrea son la leche de magnesia con limón y purgantes.	3,84	REGULAR
8	Una de las causas de la diarrea es el golpe de calor.	3,735	REGULAR
4	La diarrea puede ser causada por el mal de ojo.	3,61	REGULAR

11	El suero oral se prepara con un litro de agua, dos cucharadas soperas de azúcar, media cucharada de sal, media cucharada de bicarbonato y el zumo de medio limón.	3,495	REGULAR
10	Mientras el niño tenga diarrea se continúa con una alimentación normal.	3,245	REGULAR
5	La llenura y pesadez estomacal causan diarrea.	2,845	MALO
2	La diarrea es estar suelto del estómago, sin importar las veces en que se vaya al baño.	2,55	MALO
6	La diarrea puede ser causada porque el niño esta descuajado.	2,065	MALO
7	La salida de los dientes es una causa de diarrea.	1,885	MALO

Fuente: Microsoft Excel 2007

Al evaluar la categoría de **conocimientos**, se pudo observar que de las 21 preguntas evaluadas, 17 recibieron una calificación regular y 4 obtuvieron una calificación mala. La pregunta 12 obtuvo la mejor calificación con un promedio de 4.65, por el contrario la pregunta 7 recibió la menor calificación con un promedio de 1.88. Ninguna pregunta de la categoría de conocimientos tuvo una calificación buena.

Cuadro 2. Calificación por pregunta de la variable actitudes.

ACTITUDES			
Pregunta	Enunciado	Promedio	Calificación
22	Ante el inicio de un cuadro de diarrea usted le daría suero de rehidratación oral inmediatamente y después lo llevaría al puesto de salud.	4,08	FAVORABLE
24	Si el niño llegara a presentar diarrea, usted esperaría a que aparezcan signos de deshidratación como fiebre, vómito, sed más de lo común, boca seca, ojos hundidos, orina en poca cantidad, para después si llevarlo al centro de salud.	3,975	FAVORABLE
25	Si el niño presentara diarrea usted le suspendería la leche materna.	3,95	FAVORABLE
26	Ante la presencia de diarrea en el menor, usted le daría medicamentos sin formula médica o que tiene en la casa para detenerla.	3,815	FAVORABLE
23	Si se presenta un cuadro de diarrea usted esperaría la mejoría espontánea antes de	3,74	FAVORABLE

	buscar ayuda.		
29	Si el niño presenta diarrea, usted lo llevaría donde el curandero, sobador o hierbatero para que lo oriente en remedios caseros que pueda utilizar.	3,735	FAVORABLE
28	Para tratar la diarrea usted usaría el remedio casero que le ha recomendado la vecina.	3,425	DESFAVORABLE
27	Si usted acude a un centro de salud por la presencia de diarrea en el niño, usted cumpliría con el tratamiento médico hasta que no presente más diarrea, aunque la orden médica le indique que debe ser por más días.	2,885	DESFAVORABLE

Fuente: Microsoft Excel 2007

En la categoría de **actitudes**, de las 8 preguntas evaluadas, 6 fueron calificadas como actitud favorable, donde la pregunta 22 obtuvo el mayor promedio de calificación con 4.08. Por el contrario, 2 preguntas fueron calificadas como actitud desfavorable, correspondientes a las preguntas 27 y 28, con promedios de 2.88 y 3.42, respectivamente.

Cuadro 3. Calificación por pregunta de la variable prácticas

PRACTICAS			
Pregunta	Enunciado	Promedio	Calificación
31	Cuando el niño presenta diarrea, y no sabe como tratarla, usted lo lleva al centro de salud inmediatamente.	4,66	BUENA
40	Usted se lava las manos antes de preparar los alimentos y antes de dar de comer al niño.	4,63	BUENA
39	Ante un episodio de diarrea usted está pendiente y atento ante signos como: fiebre, vómito, sed más de lo común, boca seca, ojos hundidos y orina en poca cantidad.	4,58	BUENA
33	Si el niño presenta diarrea usted le da suero casero para reponer líquidos.	4,38	REGULAR
36	Si el niño presenta vómito usted no le sigue dando suero oral y lo lleva al puesto de salud inmediatamente.	4,365	REGULAR
41	A un niño con diarrea usted le da alimentos grasosos.	4,355	REGULAR
35	Usted le da suero casero al niño con diarrea después de cada evacuación y cada vez que el niño le pida líquidos.	4,285	REGULAR
42	A un niño con diarrea usted le da jugos ácidos	4,12	REGULAR

	(naranja, limón o mandarina).		
38	Cuando el niño presenta diarrea usted le hace baños con hierbas.	4,105	REGULAR
30	Si el menor presenta diarrea, usted lo frotaría con ajo y/o ruda para quitarle los parásitos.	4,01	REGULAR
37	Cuando el niño presenta diarrea usted le limpia el estómago con purgantes.	3,97	REGULAR
45	Usted mantiene fajado al niño, cuando tiene diarrea.	3,965	REGULAR
46	Cuando el niño tiene diarrea usted le coloca un azabache para protegerlo del mal de ojo.	3,91	REGULAR
43	Cuando el menor tiene diarrea usted le da bebidas a base de cereales cocinados en agua, sopas, agua de arroz, de trigo, de maíz, de sorgo, avena o cebada.	3,85	REGULAR
44	Cuando el niño tiene diarrea usted lo lleva al sobador las veces que sea necesario.	3,69	MALA
32	Cuando el niño tiene diarrea usted lo lleva a la droguería más cercana y le compra los medicamentos que le sugieren en la farmacia.	3,67	MALA
34	Usted no le da suero casero al niño porque no sabe como prepararlo.	3,58	MALA

Fuente: Microsoft Excel 2007

Con relación a la categoría de **prácticas**, de las 17 preguntas evaluadas 3 obtuvieron una calificación buena, 11 una calificación regular y 3 una calificación mala. La mayor calificación la obtuvo la pregunta 31 con un promedio de 4.66, mientras que la menor calificación fue para la pregunta 34, con un promedio de 3.58.

11.3 DISTRIBUCIÓN DE LA CALIFICACIÓN POR VARIABLES: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS

Tabla 1. Distribución de la calificación de variable conocimiento por frecuencia y porcentaje.

CONOCIMIENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
REGULAR	197	98,50%
MALO	3	1,50%

Fuente: SPSS 15.00 para Windows.

La tabla anterior muestra los resultados de la encuesta aplicada a los cuidadores de los niños menores de 5 años, en la cual se encontró que, del total de participantes, el 98,5% recibieron una calificación regular y tan solo el 1,5%, que equivale a 3 personas, obtuvieron una calificación mala en la categoría de **conocimientos**. Es importante tener en cuenta que ninguno de los cuidadores obtuvo una calificación buena en esta categoría.

Tabla 2. Distribución de la calificación de variable actitud por frecuencia y porcentaje.

ACTITUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FAVORABLE	105	52,50%
DESFAVORABLE	95	47,50%

Fuente: SPSS 15.00 para Windows.

La actitud de los cuidadores de los niños menores de 5 años con EDA mostró una calificación favorable en 105 personas, equivalente al 52,5% de la población estudiada, frente 47,5% que obtuvieron una calificación desfavorable en la categoría de **actitudes**, correspondiente a 95 personas.

Tabla 3. Distribución de la calificación de variable práctica por frecuencia y porcentaje.

PRÁCTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENAS	54	27%
REGULARES	97	48,50%
MALAS	49	24,5%

Fuente: SPSS 15.00 para Windows.

La calificación de las prácticas de los cuidadores de los niños menores de 5 años mostró que el 48% de la población estudiada obtuvo una calificación regular en la categoría de **prácticas**; es importante resaltar que 54 de los cuidadores, equivalente al 27%, obtuvieron una calificación buena frente a esta categoría y el 24% restante, es decir 49 personas, obtuvieron una calificación mala.

11.4 CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES

Tabla 4. Correlación entre conocimientos, actitudes y prácticas.

		PROMEDIO CONOCIMIENTOS	PROMEDIO ACTITUDES	PROMEDIO PRÁCTICAS
PROMEDIO CONOCIMIENTOS	Correlación de Pearson		0,485	0,624
PROMEDIO ACTITUDES	Correlación de Pearson	0,485		0,573
PROMEDIO PRÁCTICAS	Correlación de Pearson	0,624	0,573	

Fuente: SPSS 15.00 para Windows.

Al correlacionar la categoría de conocimientos con prácticas se encontró una correlación positiva alta de 0,624; igualmente la correlación entre la categoría de actitudes con prácticas fue positiva alta con una r de Pearson de 0,573, lo cual indica que hay una relación entre estas categorías y se espera que al tener un

mayor conocimiento y una actitud favorable se realicen prácticas adecuadas en el manejo de la enfermedad diarreica aguda.

La correlación entre las categorías de conocimientos con actitudes, se obtuvo una r de Pearson de 0,485, lo que indica que existe una correlación positiva baja entre estas dos variables.

Tabla 5. Correlación de los conocimientos, actitudes y prácticas con la edad del cuidador.

		PROMEDIO CONOCIMIENTOS	PROMEDIO ACTITUDES	PROMEDIO PRÁCTICAS
EDAD	Correlación de Pearson	0,197	0,188	0,235

Fuente: SPSS 15.00 para Windows.

Al correlacionar la edad con los conocimientos actitudes y prácticas de los cuidadores frente a la Enfermedad Diarreica Aguda se pudo observar una r de Pearson de 0,197; 0,188 y 0,235 respectivamente, lo cual nos indica una correlación positiva baja entre estas variables y supone una escasa relación entre las mismas.

Tabla 6. Correlación del nivel educativo con los conocimientos, actitudes y prácticas.

		CONOCIMIENTO	ACTITUD	PRACTICA
NIVEL EDUCATIVO	Rho de Spearman	0,103	0,069	0,106

Fuente: SPSS 15.00 para Windows.

Al correlacionar el nivel educativo con los conocimientos actitudes y prácticas de los cuidadores frente a la Enfermedad Diarreica Aguda se observó una rho de Spearman de 0,103; 0,069 y 0,106 respectivamente, lo cual indica una correlación positiva baja entre estas variables y permite evidenciar una escasa relación entre el nivel educativo y los conocimientos, actitudes y prácticas.

12. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Desde la antigüedad la mujer ha jugado un papel fundamental como principal cuidadora de la salud. “En el hogar, la mujer cuidaba a los enfermos de sus familias, por tanto, gran parte del cuidado de los enfermos venía dispensado por las mujeres dentro del propio ámbito doméstico”⁵². Esta investigación mostró que el 95% de los cuidadores pertenecía al género femenino, del cual el 83,2% correspondió a las madres de los niños menores de cinco años. Esto se relaciona con las investigaciones de López⁵³, Delicado⁵⁴ y Hernández⁵⁵ donde la madre ha desempeñado el papel de protectora y primer nivel de atención en la población infantil del hogar.

Con relación al nivel educativo de los cuidadores, ésta investigación mostró que el 31% de la población terminó estudios de Secundaria y el 16% de los cuidadores completó estudios de Básica Primaria, comparado con las investigaciones de Hernández⁵⁶, y Valenzuela⁵⁷ donde fue sobresaliente la educación Básica Primaria, por tanto se espera que una población con mejor formación académica, tenga mayor probabilidad de adoptar modelos técnicos y científicos básicos para la prevención y manejo de la enfermedad diarreica en el hogar, como el lavado correcto de las manos, el consumo de agua hervida, la correcta eliminación de excretas, entre otros.

Los resultados evidenciaron que la ocupación más predominante fue la de ama de casa en un 73.5% de la muestra, de igual forma ocurrió en la investigación de López⁵⁸. Esta distribución refleja que la mayoría de los niños menores de cinco años del corregimiento son cuidados por su madre, quien además desempeña las labores domésticas del hogar de lo cual se puede concluir que en esta sociedad globalizada aún predomina el modelo tradicional, donde la madre es la principal fuente proveedora de los cuidados dentro del núcleo familiar.

⁵² MUJER Y SALUD. Capítulo VI: Las mujeres en la historia del cuidado de la salud. p. 1.

⁵³ LOPEZ. Op., cit., p. 49.

⁵⁴ DELICADO USEROS. Op. cit., p. 2.

⁵⁵ HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ. Op, cit., p. 56.

⁵⁶ *Ibíd.*, p. 56.

⁵⁷ VALENZUELA AVENDAÑO. Op. cit. p. 124.

⁵⁸ LOPEZ. Op., cit., p. 49.

En esta investigación se encontró que más del 50% de los cuidadores de los niños menores de 5 años eran jóvenes entre los 19 y 32 años de edad, aproximándose a los resultados encontrados en la investigación de López⁵⁹, donde el 75.4% de la población estudio se encontraba con edades entre los 20 y 30 años. Además, en los dos estudios se demuestra la presencia de cuidadores adolescentes, lo cual constituye un factor de riesgo importante a la hora de tomar decisiones frente al manejo de la EDA en los niños menores de 5 años, dada la escasa experiencia de este grupo poblacional frente a la resolución de enfermedades.

Al valorar la categoría **conocimientos**, se encontró que el 98.5% de los participantes obtuvo una calificación regular, lo que indica que la mayoría de la muestra poseía información acerca del tratamiento, de las complicaciones y medidas de prevención de la enfermedad diarreica aguda pero presentó deficiencias en algunos conceptos, principalmente en la definición y origen de la enfermedad. Estos resultados coincidieron con las investigaciones de López⁶⁰ y Valenzuela⁶¹ donde se encontró que el nivel de conocimiento que las madres tenían acerca de la enfermedad diarreica aguda obtuvo una calificación dentro del nivel regular.

Por los tanto es importante mencionar que ningún cuidador obtuvo una calificación buena, lo que podría contribuir en el incremento de los casos de morbilidad y mortalidad en los menores de cinco años por enfermedad diarreica aguda, además de aumentar los gastos hospitalarios y familiares en el manejo de las complicaciones como la deshidratación, la intolerancia a la lactosa y la desnutrición, por lo cual es necesario reforzar la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), promovida por la OPS y la OMS en la comunidad, haciendo hincapié en la necesidad de generar conocimientos en los cuidadores, trabajadores comunitarios y personal de salud y de esta forma fomentar la prevención y el manejo integral de la EDA.

Además esta investigación mostró que los cuidadores atribuían la causa de la EDA a creencias populares como el “mal de ojo” o el “estar descuajado”, observándose una fuerte influencia de la cultura en el conocimiento de las personas, lo que podría incidir en el manejo inadecuado de la enfermedad. Como describió Muñiz (2004),⁶² los problemas de salud de los niños se encontraban

⁵⁹ LOPEZ. Op., cit., p. 49.

⁶⁰ *Ibíd.*, p. 49.

⁶¹ VALENZUELA AVENDAÑO, Op cit., p. 125.

⁶² MUÑIZ. Op. cit. p. 100.

asociados a creencias culturales que interferían en el tratamiento de las enfermedades, encontrando evidencias sobre la imposibilidad de transferir conocimientos y técnicas tan comunes, como la hidratación oral, por el predominio de las fuertes creencias. Por esta razón es importante tener en cuenta la teoría transcultural formulada por Madeleine Leininger⁶³, la cual expresa que se debe llevar a cabo la negociación, reorientación y reestructuración de los cuidados culturales, por lo que se hace necesario llegar a la comunidad para reconocer las prácticas tradicionales y su nivel de evidencia, para reorientar aquellas que pueden poner en peligro la salud del niño. Por ende es importante resaltar que la estrategia AIEPI debe ajustarse a los conceptos culturales, sociales y educativos de la comunidad, identificando siempre a la familia como responsable individual y colectivamente de la salud de los niños.

Al analizar la categoría **actitudes**, se obtuvo una calificación favorable y desfavorable en proporciones muy similares, con 52.5% y 47.5%, respectivamente. Sin embargo, se esperaría obtener un porcentaje mayor en la calificación de actitud favorable para considerarla un factor protector, ya que ésta induce a actuar de forma adecuada ante un episodio de enfermedad diarreica aguda en el menor de cinco años.

Comparando estos resultados con los obtenidos en la investigación de López⁶⁴, donde se observó que el 60% de la muestra obtuvo una calificación buena frente a esta categoría, se puede inferir que los cuidadores no reconocen la importancia de actuar adecuadamente frente a la enfermedad, tal como se evidenció en los resultados de esta investigación, donde se encontró una actitud desfavorable con relación a la continuidad del tratamiento médico y la aplicación de remedios caseros recomendados por una vecina para el manejo de la EDA, colocando en riesgo la salud de los niños. El hecho de abandonar el tratamiento médico precozmente se asocia con las creencias de los cuidadores de que al desaparecer el cuadro diarreico se cura la enfermedad, sin tener en cuenta que el agente etiológico puede permanecer en el organismo generando resistencia al medicamento. Por otra parte, el utilizar remedios populares o caseros recomendados por la vecina, de los cuales algunos no han mostrado su eficacia para tratar la diarrea, podría conllevar a complicaciones por manejos inapropiados, retardando el acceso a los servicios de salud para un tratamiento adecuado. Por esta razón, el profesional de la salud debe tener en cuenta que las madres y otros miembros de la familia pueden tratar la diarrea ellos mismos con los líquidos y alimentos que tienen en casa, debido a que algunos de sus remedios

⁶³ MARRINER TOMEY. Op. cit. p. 476.

⁶⁴ LÓPEZ. Op., cit., p. 50.

caseros como por ejemplo el agua de arroz tostado son utilizados eficazmente en el manejo de la EDA, por lo cual es necesario identificar los tratamientos tradicionales que contribuyen al manejo de la EDA y cuales son ineficaces para así reorientar y enseñar cómo hacerlo adecuadamente.

Con relación a la categoría **prácticas**, que hace referencia a las actividades que desarrolla el cuidador para el manejo de la enfermedad diarreica aguda en el menor de cinco años, se obtuvo una calificación regular en el 48.5% de la muestra. Por el contrario, López⁶⁵ encontró que más de la mitad de la muestra obtuvo una calificación buena en esta categoría, lo cual puede relacionarse con la influencia de factores socioculturales específicos para cada comunidad. Las prácticas que obtuvieron una calificación regular, estaban relacionadas con el hecho de que los cuidadores acudían al sobador las veces que fuera necesario, compraban medicamentos en la farmacia sin prescripción médica y no daban suero de rehidratación oral por desconocer su forma de preparación. Estas acciones pueden conllevar a que se presenten complicaciones tales como la deshidratación y el shock Hipovolémico; por tanto, es importante que el personal de salud contextualice sus acciones hacia la población a la cual se dirige de tal forma que sean culturalmente coherentes y permitan que los cuidadores adopten medidas de intervención efectivas frente a la EDA, tal como lo describe Madeleine Leininger⁶⁶ en su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales.

Al correlacionar la categoría **conocimientos** con la categoría **prácticas**, se encontró una correlación positiva alta de 0.642, de lo cual se deduce que a mayor conocimiento se podría presentar mejor práctica, probablemente porque los cuidadores al identificar las causas, tratamiento y formas de prevención de la enfermedad diarreica aguda, deciden actuar de forma correcta evitando la progresión de la enfermedad y la aparición de complicaciones. Debido a esto, es importante fortalecer las estrategias educativas en la comunidad, sin apartarse de sus creencias culturales, con el fin de reforzar los conocimientos y de esta manera garantizar intervenciones efectivas en los niños menores de cinco años cuando se presente la enfermedad.

El estudio de López⁶⁷ refirió contrariamente que existía una relación inversa entre conocimiento y práctica, ya que según el estudio, las madres que tenían buen conocimiento sobre la diarrea no necesariamente mostraban buenas prácticas.

⁶⁵ *Ibíd.*, p. 51.

⁶⁶ MARRINER TOMEY. *Op.*, cit., p. 477.

⁶⁷ LÓPEZ. *Op.*, cit., p. 51.

Salas⁶⁸ coinciden con López⁶⁹ al afirmar que aunque los padres conocen cuales son los signos de alarma de los niños con EDA deciden no llevar a los menores a los servicios de salud para su valoración y tratamiento, ya que prefieren los cuidados populares aceptados por su comunidad. La diferencia en los resultados de estas investigaciones puede estar enmarcada por la interferencia que ejercen los patrones culturales en las poblaciones, lo cual ocasiona el choque entre el saber popular y las medidas aprobadas para tratar la diarrea en el niño, de allí la importancia de realizar estrategias conjuntas con la comunidad, para que la población reconozca y comprenda cuales de las practicas populares son benéficas para tratar la EDA, y cuales se deben modificar y de esta forma ofrecer cuidados oportunos y eficaces para la resolución de esta.

La correlación entre la categoría **actitudes** y la categoría **prácticas** mostró una correlación positiva alta de 0.573, lo cual indica que los cuidadores de los niños menores de cinco años tienen mayor probabilidad de actuar de manera correcta frente a la presencia de la enfermedad diarreica aguda si existe disposición del cuidador para tomar la decisión adecuada. Es importante tener en cuenta que el patrón cultural influye en las decisiones que adopta el cuidador reflejándose en su actuar, de ahí que los servicios de salud presentes en la comunidad deben encaminar la actitud del cuidador hacia la realización de cuidados efectivos en el hogar. Por esta razón en Colombia se ha implementado la estrategia AIEPI, que busca poner en práctica las competencias familiares y sociales requeridas para la toma de decisiones que favorezcan el cuidado y la protección de los niños, sin generar controversias con las prácticas propias de la comunidad, buscando siempre el bienestar de los menores en el hogar.

Se obtuvo una correlación positiva baja de 0.485 entre la categoría **conocimientos** y la categoría **actitudes**, lo que indica que no necesariamente el hecho de tener un buen conocimiento lleva a que la persona tome la decisión de actuar de manera apropiada, posiblemente esto se deba a que la actitud del cuidador va a estar influenciada por las creencias culturales, las cuales lo predisponen a tomar decisiones distintas al saber científico. De igual forma, los hábitos y las actitudes comunitarias frente a la salud, se relacionan con la interacción que existe con los grupos familiares, amigos y vecinos que determinan el comportamiento frente a la resolución de los problemas en salud del hogar.

Existe una relación positiva baja de 0.197; 0.188 y 0.235 entre la variable **edad** con las categorías **conocimientos**, **actitudes** y **prácticas** respectivamente, lo

⁶⁸ SALAS ROMERO. Op. cit. p. 77.

⁶⁹ LOPEZ. Op., cit., p. 51.

cual haría pensar que probablemente la edad y las experiencias de vida no son necesarias en el momento de ofrecer una atención apropiada a los niños menores de cinco años cuando se presentan cuadros diarreicos. Sin embargo, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2000)⁷⁰ resaltó que el conocimiento de la terapia de rehidratación oral aumentaba con la edad de los cuidadores, lo que indica que un cuidador joven puede tener mayores dificultades en el manejo de la hidratación oral en un niño con EDA.

La correlación entre la variable **nivel educativo** y la categoría **conocimientos** presenta una correlación positiva baja de 0,103, valor que se asimila a los resultados de la investigación de López⁷¹, en la cual se encontró que no existe relación entre la escolaridad de la madre y el nivel de conocimiento. Se esperaría que existiera una asociación más fuerte entre estas variables, dado a que al aumentar el nivel de escolaridad, las personas van a adquirir un mayor nivel de conocimientos que se ve reflejado en el abordaje de la enfermedad. Los resultados expuestos llevan a suponer que esta escasa relación entre la variable nivel educativo y la categoría conocimientos puede deberse a la mínima proporción de cuidadores con formación técnica o profesional dentro de la población estudio; haciendo que la proporción no sea lo suficientemente representativa como para ser comparada con los resultados de la categoría conocimientos.

Al correlacionar la variable **nivel educativo** con la categoría **actitudes** y la categoría **prácticas** se encontró una correlación positiva baja de 0,069 y 0,106 respectivamente, lo que llevaría a pensar que no se requiere de un mejor nivel educativo para reflejar una actitud favorable y llevar a cabo una práctica adecuada, ya que la predisposición a actuar podría estar influenciada por los comportamientos que se desarrollan dentro del núcleo familiar y comunitario, más que por la formación académica. Igualmente López⁷² afirmó que probablemente no existe relación entre el nivel de escolaridad y las actitudes y prácticas. Teniendo en cuenta estos resultados, se podría decir que no importa el nivel de formación académica que se tenga en el cuidado ofrecido al menor ante la presencia de la EDA, ya que la tendencia a actuar y la aplicación de los conocimientos está fuertemente arraigada a la tradición popular, la cual es transmitida de generación en generación, influyendo en los cuidados ofrecidos a los niños con enfermedad diarreica aguda.

⁷⁰ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud: Salud sexual y reproductiva. Bogotá Profamilia. 2000.

⁷¹ LOPEZ. Op., cit., p. 50.

⁷² Ibid., p. 54.

13. CONCLUSIONES

De acuerdo al análisis y a la discusión de los resultados encontrados, se pudo concluir lo siguiente:

Los principales cuidadores de los niños menores de cinco años en el corregimiento El Caguán, pertenecían al género femenino y tenían como principal ocupación la de ama de casa, lo que favorece la permanencia constante del cuidador en el hogar y la atención directa al menor con enfermedad diarreica aguda.

El 98.5% de los cuidadores obtuvo una calificación regular en la categoría de conocimientos, el 52.5% de los cuidadores recibió una calificación favorable en la categoría de actitudes y el 48.5% de la muestra obtuvo una calificación regular en la categoría de prácticas.

Los cuidadores presentaron dificultades en el reconocimiento de las causas u origen de la EDA en el menor de cinco años, donde señalaron como causas el estar descuajado y la salida de los dientes en los niños, así como en la definición de diarrea, donde indicaron que la diarrea es estar suelto del estómago, sin importar las veces en que se vaya al baño.

Los cuidadores de los niños menores de cinco años del corregimiento El Caguán, presentaron una baja calificación en la categoría actitudes, en la tendencia a usar remedios caseros recomendados por vecinos y la medicación de los niños sin ninguna prescripción médica.

Se encontró una baja calificación en las prácticas adoptadas por los cuidadores de los niños menores de cinco años como llevar al sobador al niño con diarrea, medicarlo sin prescripción médica y no suministrar suero oral por desconocimiento en su preparación.

Existió una correlación positiva alta entre la categoría de conocimientos y la categoría de prácticas, favoreciendo el actuar de forma correcta al conocer las características de la enfermedad diarreica aguda, causas, tratamiento y formas de prevención, evitando la progresión de la enfermedad y la aparición de complicaciones en el menor de cinco años.

Se presentó una correlación positiva alta entre la categoría de actitudes y la categoría de prácticas, esto indica que existe mayor probabilidad de actuar de manera correcta frente al manejo de la enfermedad diarreica aguda si el cuidador tiene disposición para tomar una decisión adecuada frente a un episodio de EDA en el menor de cinco años.

Entre la categoría de conocimientos y la categoría de actitudes se presentó una correlación positiva baja, lo cual implica que no necesariamente tener buen conocimiento lleva a que una persona tome decisiones acertadas al actuar, posiblemente porque la actitud del cuidador va a estar influenciada por creencias culturales que predisponen a tomar decisiones distintas al saber científico ante el manejo de la enfermedad diarreica aguda en el menor de cinco años.

Se encontró una correlación positiva baja entre la edad de los cuidadores y las categorías de conocimientos, actitudes y prácticas; esto indica que posiblemente no es determinante para un buen manejo de la enfermedad diarreica aguda el número de años vividos y la experiencia adquirida por el cuidador.

El nivel educativo del cuidador y las categorías de conocimientos, actitudes y prácticas presentaron una correlación positiva baja; lo que indica que no es necesaria una formación académica para poder brindar un manejo apropiado al menor con enfermedad diarreica aguda.

Es importante que el personal de salud respete, adopte y reoriente los conocimientos y las prácticas populares, para evitar el choque cultural con el fin de minimizar la ausencia de los cuidadores a los centros de salud y permita disminuir la morbi-mortalidad de los menores de cinco años por causa de un inadecuado manejo de la enfermedad diarreica aguda.

14. RECOMENDACIONES

Buscar estrategias de educación para que los cuidadores de los niños menores de cinco años mejoren su nivel de conocimientos acerca de la Enfermedad Diarreica Aguda, y de esta manera brinden un manejo integral a los niños del corregimiento el Caguán.

Realizar encuentros con los cuidadores de los niños menores de cinco años del corregimiento El Caguán con el fin de identificar y evaluar la atención que éstos ofrecen a los niños cuando presentan EDA, y de esta manera reorientar las acciones en salud.

Fortalecer la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), en el centro de salud del corregimiento el Caguán, ya que permitirá el mejoramiento de las prácticas familiares y comunitarias, la protección de los niños y el reforzamiento de habilidades para el cuidado en el hogar, y de esta forma reducir la incidencia y/o gravedad de los episodios de enfermedades infecciosas como la diarrea.

Incluir en el plan de estudios de pregrado de los programas dirigidos a capacitar profesionales de la salud acerca de la promoción de la educación en salud, principalmente sobre el abordaje de los tabúes y creencias populares, con el objetivo de brindar un cuidado integral y evitar el conflicto cultural.

Capacitar al talento humano del centro de salud del corregimiento El Caguán, acerca de la importancia de la educación en la prevención de la diarrea y su manejo adecuado en casa, con el fin de evitar complicaciones logrando de esta forma que los cuidadores se conviertan en promotores de la educación en el manejo de la enfermedad diarreica aguda.

Realizar investigaciones sobre el tema que permitan aportar conocimiento con respecto al comportamiento, datos epidemiológicos, prevalencia de los agentes infecciosos de la EDA en nuestra región.

Realizar estudios de investigación sobre las prácticas y creencias populares en el manejo de la enfermedad diarreica aguda que permitan generar estrategias para favorecer el afianzamiento de las buenas prácticas en el manejo de la EDA.

Realizar una revisión de las coberturas en vacunación con el biológico Rotavirus y la incidencia de la EDA en el corregimiento El Caguán con el fin de evaluar la efectividad de la inmunización.

BIBLIOGRAFÍA

AMORÓS Eduardo, Comportamiento organizacional en busca del desarrollo de ventajas competitivas, Actitudes [en línea] Disponible en <<http://www.eumed.net/libros/2007a/231/35.htm>>[citado 22 de febrero de 2010].

BELTRÁN Forero Elsy , LAZA Vásquez, Celmira, La enfermería transcultural: una alternativa para el cuidado de enfermería de la población en condición de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia. Revista de Enfermería. [en línea]. Disponible en <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria9206-La_enfermeria.htm>[citado 22 de febrero de 2010].

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 911. (5, Octubre, 2004). Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2004. no. 45.693. p. 1-12.

COLOMBIA. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de Vigilancia de Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda. SIVIGILA. Bogotá. D.C., 2009.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. . Guía de atención de la Enfermedad Diarreica Aguda. Dirección General de Promoción y Prevención. Bogotá D.C., 2009. p. 10.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Modelo de gestión para la salud y el bienestar de la infancia. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá D.C., Colombia. 2005.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resumen análisis de situación de salud, Colombia, 2006.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD, Resolución 8430. (4, Octubre, 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C.: El Ministerio, 1993. 21 p.

DANE NEIVA. Informe censal 1993.

DELGADO, Mario F., *et al.* Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI. En: Colombia Médica. Octubre-Diciembre, 2006. vol. 37.no. 4,. p. 293-298.

DELICADO USEROS, María Victoria, *et al.* Cuidadoras Informales: Una perspectiva de género. 2008.

DOMÍNGUEZ, Ayllón Yarisa, Diarreas Agudas. En: Monografías [en línea]. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos32/diarreas/diarreas.shtml> [citado 22 de febrero de 2010].

GORTER, Ana C., *et al.* Diarrea Infantil en Nicaragua rural: creencias y prácticas de salud tradicionales. En: Bol Oficina Sanit Panam, 1995. vol. 119, no. 5. P. 377-390.

HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, José m., *et al.* Elementos Básicos de salud infantil en mujeres cuidadoras de niños. En: Revista Cubana de Medicina General Integral. 2004. vol. 20 p. 5-6.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto. *Et al.* Metodología de la investigación. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Cuarta edición. Mexico D.F. 2008.

KERLINGER, F. N. Investigación del Comportamiento.: McGraw Hill Interamericana. México D. F. 1988.

LEININGER M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la Enfermería Transcultural. En: Enfermería y Humanidades: Cultura de los Cuidados. 1999. vol.6, no. 3,. p. 5-12.

LOPEZ ARTEAGA, Victoriano. Conocimiento, actitudes y prácticas adoptadas por las madres de los niños menores de 5 años ingresados al servicio de gastroenterología del HFVP en noviembre 2008. Trabajo de grado Especialista en

Pediatría. Managua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Facultad de ciencias médicas. 2008. 95 p.

MARRINER TOMEY, Ann; RAILE ALLIGOOD, Martha. Modelos y Teorías en Enfermería. Sexta edición. Madrid España. Editorial Elsevier. 2007. P. 476-484.

MOSCOVICI, S. Psicología social. España: Paidós; 1988. p. 302.

MUJER Y SALUD. Capítulo VI: Las mujeres en la historia del cuidado de la salud. p. 1.

MUÑIZ, Óscar A., *et al.* La clínica del mal de ojo. En: Revista de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana. vol. 6, 2004. p. 99-111.

PINTO GARCÍA, Karen; EFFER BERNAL, Milena; MEYER CORREA, Ilse. Creencias populares de las madres o cuidadoras de Taganga, Santa Marta acerca del manejo de la diarrea infantil. En: Revista Enfermería, UCC. Junio, 2009. p.1.

POLIT, Denise F. Investigación científica en ciencias de la salud. MACgRAW-Hill Interamericana. Quinta edición, 1997.

PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud: Salud sexual y reproductiva. Bogotá Profamilia. 2000.

RODRÍGUEZ, A. Psicología Social. México: Trillas. ISBN 1991.

RODRIGUEZ Camacho Yalile; SOLANO Ñañez Bleiner, Evaluación de la gestión de los alcaldes del municipio de Neiva y su impacto en el corregimiento del Caguán, Universidad Surcolombiana, Facultad de Educación, 2003, 50 p.

SALAS ROMERO, María Dalila; SILVA CORNEJO, María del Carmen. Conocimiento de los padres sobre signos de alarma en niños menores de 5 años y su concurrencia inmediata a un servicio de salud TACNA-2007. En: Ciencia & Desarrollo, 2009. vol 11,. P. 75-78.

SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL. Boletín Epidemiológico del Huila, 2008.

SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL. Perfil Epidemiológico Neiva 2009.
UNICEF/WHO, Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done, 2009.

VALENZUELA AVENDAÑO, Guadalupe; LABORÍN ÁLVAREZ, Jesús Francisco. La evaluación de factores psicosociales en la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas en comunidades Yaquis. En: Ra Ximhai. Enero – Abril, 2007. vol. 3, no. 001,. p. 117-136.

ANEXOS

Anexo A. Instrumento de recolección de información



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS ADOPTADAS
POR LOS CUIDADORES DE LOS NIÑOS MENORES DE
CINCO AÑOS CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA DEL
CORREGIMIENTO EL CAGUAN. NEIVA, JULIO – SEPTIEMBRE
2010**



OBJETIVO: Describir conocimientos, actitudes y prácticas adoptadas por los cuidadores de los niños menores de cinco años con Enfermedad Diarreica Aguda del corregimiento el Caguán, Neiva, 2010.

Marca con una X la opción que considere.

1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

1.1 GÉNERO: F ___ M ___

1.2 EDAD: _____

1.3 PARENTESCO CON EL MENOR DE CINCO AÑOS:

- a. Madre ___
- b. Padre ___
- c. Hermano (a) ___
- d. Tío (a) ___
- e. Abuelo (a) ___

1.4 NIVEL EDUCATIVO:

- a. Sin formación académica ___
- b. Básica primaria incompleta ___
- c. Básica primaria completa ___
- d. Secundaria incompleta ___
- e. Secundaria completa ___
- f. Educación Técnica ___
- g. Educación Superior ___

1.5 ESTRATO SOCIOECONOMICO:

- a. Uno ___
- b. Dos ___
- c. Tres ___
- d. Cuatro ___
- e. Cinco ___
- f. Seis ___

1.6 OCUPACIÓN:

- a. Ama de casa ___
- b. Desempleado (a) ___
- c. Empleado (a) ___
- d. Trabajador independiente ___
- e. Estudiante ___

A continuación se presenta una serie de preguntas de las cuales usted deberá marcar con una X, de la forma más sincera posible, si está **Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, En desacuerdo, Totalmente en desacuerdo**, aquella que esté más acorde a sus conocimientos, actitudes y practicas frente al manejo de la diarrea en los niños menores de cinco años.

CONOCIMIENTO: conjunto de saberes adquiridos sobre la Diarrea en los niños menores de cinco años.	
1. La diarrea se define como la presencia de 3 o más deposiciones, más líquidas de lo normal en un día (24 horas).	5. Totalmente de acuerdo____ 4. De acuerdo____ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo____ 2. En desacuerdo____ 1. Totalmente en desacuerdo____
2. La diarrea es estar suelto del estómago, sin importar las veces en que se vaya al baño.	5. Totalmente de acuerdo____ 4. De acuerdo____ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo____ 2. En desacuerdo____ 1. Totalmente en desacuerdo____
3. La diarrea puede ser causada por bacterias, virus, parásitos, medicamentos o alimentos contaminados.	5. Totalmente de acuerdo____ 4. De acuerdo____ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo____ 2. En desacuerdo____ 1. Totalmente en desacuerdo____
4. La diarrea puede ser causada por el mal de ojo.	5. Totalmente de acuerdo____ 4. De acuerdo____ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo____ 2. En desacuerdo____ 1. Totalmente en desacuerdo____
5. La llenura y pesadez estomacal causan diarrea.	5. Totalmente de acuerdo____ 4. De acuerdo____ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo____ 2. En desacuerdo____ 1. Totalmente en desacuerdo____
6. La diarrea puede ser causada porque el niño esta descuajado.	5. Totalmente de acuerdo____ 4. De acuerdo____ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo____ 2. En desacuerdo____ 1. Totalmente en desacuerdo____
7. La salida de los dientes es una causa de diarrea.	5. Totalmente de acuerdo____ 4. De acuerdo____ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo____ 2. En desacuerdo____ 1. Totalmente en desacuerdo____
8. Una de las causas de la diarrea es el golpe de calor.	5. Totalmente de acuerdo____ 4. De acuerdo____ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo____ 2. En desacuerdo____ 1. Totalmente en desacuerdo____
9. La diarrea puede ser causada por tomar agua cruda o no tratada.	5. Totalmente de acuerdo____ 4. De acuerdo____ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo____ 2. En desacuerdo____ 1. Totalmente en desacuerdo____
10. Mientras el niño tenga diarrea se continúa con una alimentación normal.	5. Totalmente de acuerdo____ 4. De acuerdo____ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo____ 2. En desacuerdo____ 1. Totalmente en desacuerdo____
11. El suero oral se prepara con un litro de agua, dos cucharadas soperas de azúcar, media cucharada de sal, media cucharada de bicarbonato y el zumo de medio limón.	5. Totalmente de acuerdo____ 4. De acuerdo____ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo____ 2. En desacuerdo____ 1. Totalmente en desacuerdo____
12. El suero oral ayuda a prevenir la deshidratación.	5. Totalmente de acuerdo____ 4. De acuerdo____ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo____ 2. En desacuerdo____ 1. Totalmente en desacuerdo____

<p>13. Los remedios caseros que se pueden usar en la diarrea son el agua de arroz y los sueros caseros.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>14. Los remedios que se pueden usar durante la diarrea son la leche de magnesia con limón y purgantes.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>15. Al niño con diarrea se le deben dar alimentos enlatados, bebidas gaseosas, vegetales, alimentos grasosos y fritos.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>16. Los signos de peligro de la diarrea son vómito, poca actividad física, diarrea con sangre, no consumo de líquidos, muchas evacuaciones.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>17. Las complicaciones de la diarrea son deshidratación y desnutrición por pérdida de líquidos.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>18. Los signos de deshidratación son llanto sin lágrimas, boca seca, mollera y ojos hundidos, niño irritable.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>19. Cuando un niño se encuentra deshidratado, no acepta comida, presenta más de dos evacuaciones por hora, fiebre y vómito debe ser llevado a un centro de salud.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>20. El lavado de manos y de alimentos <u>NO</u> disminuye los riesgos de contraer la diarrea.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>21. Mantener bien tapados los alimentos y eliminar adecuadamente las excretas son medidas higiénicas que previenen la diarrea.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>ACTITUDES: conjunto de creencias, sentimientos y tendencias que dan lugar a un determinado comportamiento hacia la Diarrea en los niños menores de cinco años.</p>
<p>22. Ante el inicio de un cuadro de diarrea usted le daría suero de rehidratación oral inmediatamente y después lo llevaría al puesto de salud.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>23. Si se presenta un cuadro de diarrea usted esperaría la mejoría espontánea antes de buscar ayuda.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>24. Si el niño llegara a presentar diarrea, usted esperaría a que aparezcan signos de deshidratación como fiebre, vómito, sed más de lo común, boca seca, ojos hundidos,</p>

<p>orina en poca cantidad, para después si llevarlo al centro de salud.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>25. Si el niño presentara diarrea usted le suspendería la leche materna.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>26. Ante la presencia de diarrea en el menor, usted le daría medicamentos sin fórmula médica o que tiene en la casa para detenerla.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>27. Si usted acude a un centro de salud por la presencia de diarrea en el niño, usted cumpliría con el tratamiento médico hasta que no presente más diarrea, aunque la orden médica le indique que debe ser por más días.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>28. Para tratar la diarrea usted usaría el remedio casero que le ha recomendado la vecina.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>29. Si el niño presenta diarrea, usted lo llevaría donde el curandero, sobador o hierbatero para que lo oriente en remedios caseros que pueda utilizar.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>PRACTICAS: definida como la acción que se desarrolla con base en conocimientos ya adquiridos para el manejo de la Diarrea en los niños menores de cinco años.</p>
<p>30. Si el menor presenta diarrea, usted lo frotaría con ajo y/o ruda para quitarle los parásitos.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>31. Cuando el niño presenta diarrea, y no sabe como tratarla, usted lo lleva al centro de salud inmediatamente.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>32. Cuando el niño tiene diarrea usted lo lleva a la droguería más cercana y le compra los medicamentos que le sugieren en la farmacia.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>33. Si el niño presenta diarrea usted le da suero casero para reponer líquidos.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>34. Usted no le da suero casero al niño porque no sabe como prepararlo.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>35. Usted le da suero casero al niño con diarrea después de cada evacuación y cada vez que el niño le pida líquidos.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>

<p>36. Si el niño presenta vómito usted no le sigue dando suero oral y lo lleva al puesto de salud inmediatamente.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>37. Cuando el niño presenta diarrea usted le limpia el estómago con purgas.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>38. Cuando el niño presenta diarrea usted le hace baños con hierbas.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>39. Ante un episodio de diarrea usted está pendiente y atento ante signos como: fiebre, vómito, sed más de lo común, boca seca, ojos hundidos y orina en poca cantidad.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>40. Usted se lava las manos antes de preparar los alimentos y antes de dar de comer al niño.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>41. A un niño con diarrea usted le da alimentos grasosos.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>42. A un niño con diarrea usted le da jugos ácidos (naranja, limón o mandarina).</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>43. Cuando el menor tiene diarrea usted le da bebidas a base de cereales cocinados en agua, sopas, agua de arroz, de trigo, de maíz, de sorgo, avena o cebada.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>44. Cuando el niño tiene diarrea usted lo lleva al sobador las veces que sea necesario.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>45. Usted mantiene fajado al niño, cuando tiene diarrea.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>
<p>46. Cuando el niño tiene diarrea usted le coloca un azabache para protegerlo del mal de ojo.</p> <p>5. Totalmente de acuerdo___ 4. De acuerdo___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo___ 2. En desacuerdo___ 1. Totalmente en desacuerdo___</p>

ANEXO B. Consentimiento informado



**CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ identificado con documento de identidad No. _____ de _____, en uso de mis facultades mentales y psicológicas, he recibido información sobre el proyecto de investigación “Conocimientos, actitudes y prácticas adoptadas por los cuidadores de los niños menores de cinco años del corregimiento el Caguán. Neiva, agosto - septiembre 2010”; y de su objetivo, el cual es: Describir y correlacionar los conocimientos, actitudes y prácticas adoptadas por los cuidadores de los niños menores de cinco años con Enfermedad Diarreica Aguda del corregimiento el Caguán.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en diligenciar el cuestionario que comprende la identificación de características sociodemográficas y los conocimientos, actitudes y prácticas que poseo acerca del cuidado de niños menores de cinco años con diarrea, a los cuales he aceptado mi participación como parte de la muestra.

Acepto que no seré sometido a condiciones discriminatorias ni juzgado por mis opiniones y a ser tratado con respeto de mi dignidad humana; la información recolectada solo se referirá a la pertinente para la realización del estudio y el logro de los objetivos propuestos. Conozco que los datos obtenidos, informes y conclusiones de la investigación serán utilizados estrictamente con fines únicamente investigativos y académicos, respetando la autonomía, la libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento, la seguridad que no se me identificará por mi nombre y respetándome el derecho de la dignidad.

PARTICIPANTE

INVESTIGADOR

RESPONSABLES DE LA INVESTIGACIÓN

Wilmer Andrés Aragón Gómez	3124230812
Nathaly Barrera Dussán	3138109291
Mayerly Barrera Dussán	3123508478
Stefanny Díaz Cabrera	3133082589
Derly Bibiana Pérez Sánchez	3177386146
Alexander Rivera Cuéllar	3118229505

CORREO ELECTRÓNICO: manas.enf@gmail.com

Anexo C. Aprobación comité ética

FACULTAD DE SALUD
COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN
NCS-028

Neiva, 21 de julio de 2010

Estudiantes

WILMER ANDRES ARAGON GOMEZ
MAYERLY BARRERA DUSSAN
NATHALY BARRERA DUSSAN
STEFANNY DIAZ CABRERA
DERLY BIBIANA PEREZ
ALEXANDER RIVERA CUELLAR

Programa de Enfermería
Ciudad

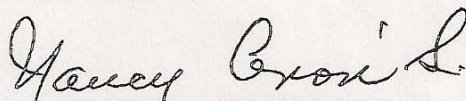
Cordial saludo,

El comité de Ética en Investigación de la Facultad de Salud en sesión del 13 de Julio de 2010 y según consta en el acta No. 06 de la fecha, se permite informar que el proyecto **"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS ADOPTADAS POR LOS CUIDADORES DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA DEL CORREGIMIENTO EL CAGUAN. NEIVA, JULIO – SEPTIEMBRE 2010"** Fue aprobado.

Con el fin de hacer seguimiento a cada protocolo aprobado, el comité solicita a los investigadores informen acerca de:

- Cualquier anomalía acontecimiento adverso grave o inesperado durante el desarrollo de la investigación, en un plazo máximo de 15 días.
- Cualquier otra contingencia que ponga en riesgo a los pacientes a raíz de la investigación, modificaciones del protocolo, suspensión del ensayo y sus causas, en un plazo de 15 días.
- Informe final de la investigación en un plazo máximo de un mes después de terminada la investigación.

Atentamente,


NANCY GERON SOLARTE
Secretaria

Elaboró: Yolima R.