

IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN CUIDADORES DE  
NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA  
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, NÁTAGA 2012

EDNA ROCÍO RAMOS NUÑEZ  
LUZ ANGELA ROJAS PRIETO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA  
NEIVA - HUILA  
2012

IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN CUIDADORES DE  
NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA  
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, NÁTAGA 2012

EDNA ROCIO RAMOS NUÑEZ  
LUZ ANGELA ROJAS PRIETO

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Enfermera.

Asesora  
CLAUDIA ANDREA RAMÍREZ PERDOMO  
Enfermera, Especialista en cuidado crítico  
Magíster en Enfermería

UNIVERSIDAD SUR COLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
NEIVA - HUILA  
2012

**Nota de aceptación:**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

-----  
Firma del presidente del jurado

-----  
Firma del jurado

-----  
Firma del jurado

Neiva, 10 de Enero del 2013

## **DEDICATORIA**

*Este trabajo se lo queremos dedicar a Dios por llenarnos de sabiduría, fuerza y voluntad para construir conocimientos.*

*A nuestros padres y hermanos porque siempre estuvieron dispuestos a ofrecernos su apoyo y su amor incondicional.*

Edna Rocío  
Luz Ángela

## **AGRADECIMIENTOS**

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

A todas las personas que contribuyeron al desarrollo de éste, que nos brindaron sus valiosos aportes y nos orientaron en cada etapa de elaboración, lo cual hizo posible su realización.

A Dios por brindarnos su sabiduría para la realización de la investigación.

A nuestros padres por brindarnos su amor y su apoyo incondicional.

A Claudia Andrea Ramírez, Enfermera, Especialista en cuidado crítico, Magíster en Enfermería, por ser nuestra asesora y brindarnos sus conocimientos y tiempo valioso para sacar adelante este proyecto.

A los docentes del Programa de Enfermería del área investigativa por contribuir con sus sugerencias a lo largo de la realización del trabajo.

A nuestros compañeros, por acompañarnos y brindarnos ideas las cuales ayudaron al mejoramiento del trabajo.

A la Comunidad de las veredas el Socorro y la Estrella del municipio de Nataga por su participación activa en el proceso investigativo.

Finalmente le queremos agradecer al Programa de Enfermería y a la USCO quien nos ha permitido formarnos como seres humanos íntegros.

A todos mil gracias...

## CONTENIDO

	Pág.
GLOSARIO	16
INTRODUCCIÓN	17
1. DESCRIPCION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
2. JUSTIFICACIÓN	23
3. OBJETIVOS	26
3.1 OBJETIVO GENERAL	26
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	26
4. MARCO DE REFERENCIA	27
4.1 ESTRATEGIA DE ENSEÑANZA	27
4.2 TIPOS DE ESTRATEGIA DE ENSEÑANZA	28
4.2.1 Tipos de técnicas	30
4.3 CONOCIMIENTOS	30
4.4 ACTITUDES	32
4.5 PRACTICAS	34
4.6 CUIDADORES	35
4.7 CUIDADOS CULTURALES: TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y LA UNIVERSALIDAD	36
4.8 ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	37
4.8.1 Etiología	38
4.8.2 Modo de transmisión	38
4.8.3 Clasificación clínica de la diarrea	39
4.8.3.1 Diarrea simple	39
4.8.3.2 Disentería	39
4.8.3.3 Diarrea persistente	39
4.8.3.4 Diarrea con desnutrición grave (Marasmo o Kwashiorkor)	40

	Pág.	
4.8.3.5	Cólera	40
4.8.4	Factores de riesgo	40
4.8.4.1	Factores demográficos	41
4.8.4.2	Factores de riesgo biológicos	41
4.8.4.3	Factores de riesgo socioeconómico	41
4.8.4.4	Factores de riesgo del comportamiento	42
4.8.4.5	Factores ambientales	42
4.8.4.6	Factores relacionados con los servicios de salud	43
4.8.5	Factores protectores	44
4.8.6	Tratamiento	44
4.8.7	Prevención enfermedad diarreica aguda	45
4.8.7.1	Lactancia materna	45
4.8.7.2	Mejores prácticas de alimentación	46
4.8.7.3	Abastecimiento de agua	46
4.8.7.4	Lavado de las manos	46
4.8.7.5	Inocuidad de los alimentos	46
4.8.7.6	Uso de letrinas y eliminación higiénica de las heces	46
4.8.7.7	Vacunación contra el rotavirus	46
5.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	47
6.	HIPÓTESIS	51
7.	DISEÑO METODOLÓGICO	52
7.1	TIPO DE ESTUDIO	52
7.2	POBLACION	53
7.3	CRITERIO DE INCLUSION	53
7.4	CRITERIOS DE EXCLUSION	53
7.5	UNIDAD DE INFORMACIÓN Y ANALISIS	53
7.6	METODOS Y TECNICAS	54
7.7	INSTRUMENTO	54
7.8	VALIDEZ CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS	54
8.	CONSIDERACIONES ETICAS	56

		Pág.
9.	RESULTADOS	57
9.1	CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRAFICA	57
9.2	CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS CUIDADORES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	65
10.	DISCUSION	80
11.	CONCLUSIONES	88
12.	RECOMENDACIONES	90
	BIBLIOGRAFIA	91
	ANEXOS	95



## LISTA DE TABLAS

		Pág.
<b>Tabla 1</b>	Distribución por Edad de los cuidadores de menores de cinco años, Nátaga 2012	57
<b>Tabla 2</b>	Distribución por Género de los cuidadores de menores de cinco años Nátaga 2012	58
<b>Tabla 3</b>	Distribución según el Parentesco de los cuidadores de menores de cinco años Nátaga 2012	58
<b>Tabla 4</b>	Distribución según Escolaridad de los cuidadores de menores de cinco años, Nátaga 2012	59
<b>Tabla 5</b>	Distribución según ocupación de los cuidadores de menores de cinco años Nátaga 2012	59
<b>Tabla 6</b>	Distribución Servicios públicos con los que cuentan los cuidadores de menores de cinco años Nátaga 2012	60
<b>Tabla 7</b>	Calidad servicios públicos con los que cuentan los cuidadores de menores de cinco años Nátaga 2012	60
<b>Tabla 8</b>	Distribución por Características de las viviendas de los cuidadores de menores de cinco años, Nátaga 2012	61
<b>Tabla 9</b>	Distribución por Número de habitaciones de las viviendas de los cuidadores de menores de cinco años, Nátaga 2012	62
<b>Tabla 10</b>	Distribución Número de personas por habitación de las viviendas de los cuidadores de menores de cinco años, Nátaga 2012	62
<b>Tabla 11</b>	Distribución por Características de los pisos de las viviendas de los cuidadores de menores de cinco años, Nátaga 2012	63
<b>Tabla 12</b>	Distribución por Instalaciones sanitarias de las viviendas de los cuidadores de menores de cinco años, Nátaga 2012	63

	Pág.
<b>Tabla 13</b> Tipo de instalaciones sanitarias de las viviendas de los cuidadores de menores de cinco años, Nátaga 2012	64
<b>Tabla 14</b> Distribución por tiempo que dedica al cuidado de los menores de cinco años, Nátaga 2012	64
<b>Tabla 15</b> Calificación total por variable	72
<b>Tabla 16</b> Calificación general de la prueba	73
<b>Tabla 17</b> Estadísticos de fiabilidad	74
<b>Tabla 18</b> Correlación de Pearson entre el grupo experimental y el de comparación	74
<b>Tabla 19</b> Correlación de Pearson entre los conocimientos	76
<b>Tabla 20</b> Correlación de Pearson en actitudes	77
<b>Tabla 21</b> Correlación de Pearson en prácticas	78
<b>Tabla 22</b> Prueba t student	78

## LISTA DE CUADROS

		Pág.
<b>Cuadro 1</b>	Calificación de conocimientos grupo experimental	65
<b>Cuadro 2</b>	Calificación de los conocimientos grupo de comparación	66
<b>Cuadro 3</b>	Calificación de las actitudes grupo experimental	68
<b>Cuadro 4</b>	Calificación de las actitudes grupo de comparación	69
<b>Cuadro 5</b>	Calificación de prácticas grupo experimental	70
<b>Cuadro 6</b>	Calificación de prácticas grupo de comparación	71

## LISTA DE ANEXOS

		Pág.
<b>Anexo A</b>	Instrumento de recolección de la información	96
<b>Anexo B</b>	Consentimiento informado	100

## RESUMEN

**OBJETIVOS:** Diseñar y aplicar una estrategia educativa sobre prevención y manejo de la enfermedad diarreica aguda (EDA) a los cuidadores de niños menores de cinco en el municipio de Nátaga, 2012.

**METODOS:** se realizó un estudio con un enfoque cuantitativo, con un diseño cuasi-experimental post-prueba en cuidadores de niños menores de 5 años, se tomó 2 muestras por conveniencia en 2 veredas del municipio de Nataga- Huila en el año 2012, para la recolección de la información se utilizó un cuestionario autodilucidado.

**RESULTADOS:** Tanto en el grupo experimental como en el de comparación los participantes se encuentran en etapas entre adolescencia tardía y adulto joven, predominando el género femenino en ambos grupos, prevaleciendo como cuidador principal la madre y la ocupación de ama de casa, el tiempo dedicado al cuidado del menor en su mayoría son 24 horas, la escolaridad fue primaria y bachiller principalmente. La mayoría de los participantes cuentan con los servicios de agua, alcantarillado y energía los cuales son considerados como buenos, en cuanto al servicio de recolección de basura en su mayoría no lo posee, esto debido a que a la zona rural no llega el carro recolector, las viviendas de los cuidadores están construidas de bahareque principalmente con pisos de cemento, y más de 4 habitaciones, estas ocupadas por 2 personas en su mayoría y con instalaciones sanitarias de tipo inodoro. Para la calificación de conocimientos actitudes y practicas se determinaron los siguientes rangos: >4.27 bueno, entre 3.57 y 4.27 regular y <3.57 malo, las calificaciones obtenidas en la pre-prueba fue regular en ambos grupos tanto en cada variable como en la calificación general siendo esta de 3.79 para el grupo experimental y 3.73 para el grupo de comparación. En la post-prueba la única variable que alcanzó una buena calificación buena fue la de actitudes en el grupo experimental, y en la calificación general de la prueba el promedio para el grupo experimental fue de 4.22 y para el grupo de comparación de 3.88.

**CONCLUSION.** La hipótesis planteada se cumplió, pues hubo una mejora significativa en los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores del grupo experimental esto reflejado en las calificaciones obtenidas en la post-prueba, lo que demuestra que las estrategias educativas son un buen recurso para mejorar conocimientos actitudes y prácticas

Palabras claves. Cuidador, conocimientos, actitudes, prácticas, pre-prueba, post-prueba, experimental, comparación.

## ABSTRACT

**OBJECTIVES:** To design and implement an educational strategy on the prevention and management of acute diarrheal disease (ADD) to caregivers of children under five in the town of Nátaga, 2012.

**METHODS:** We conducted a study with a quantitative approach, with a quasi-experimental post-test in caregivers of children under five years, took two convenience samples in two villages in the municipality of Nataga-Huila in 2012, for collecting information is used a questionnaire by themselves.

**RESULTS:** In both the experimental and the comparison participants are in stages between late adolescence and young adult, female gender predominated in both groups, primary caregiver prevail as mother and homemaker occupation, time spent caring the child are mostly 24 hours, the elementary and high school education was mainly. Most participants have the services of water, sewer and energy which are regarded as good, as the garbage collection service mostly has not, that because the rural area does not get the cart collector, carers' homes are built mainly of mud with cement floors, and more than 4 rooms, 2 people are occupied mostly with type sanitary toilet. For qualifying on knowledge, attitudes and practices were determined following ranges:> 4.27 good, 3.57 and 4.27 between regular and <3.57 bad grades in the pre-test was fair for both groups in each variable both as overall rating being that of 3.79 for the experimental group and 3.73 for the comparison group. In the post-test the only variable that achieved a good rating was good attitudes in the experimental group, and the overall test score average for the experimental group was 4.22 and for the comparison group 3.88.

**CONCLUSION:** The hypothesis was fulfilled, as there was a significant improvement in knowledge, attitudes and practices of caregivers in the experimental group this reflected in scores on the post-test, showing that educational strategies are a good resource for improve knowledge, attitudes and practices

**Keywords.** Caregiver, knowledge, attitudes, practices, pre-test, post-test experimental comparison.

## GLOSARIO

**ESTRATEGIA DE ENSEÑANZA:** Las estrategias de enseñanza son los métodos, técnicas, procedimientos y recursos que se planifican de acuerdo con las necesidades de la población a la cual va dirigida y que tiene por objeto hacer más efectivo el proceso de enseñanza-aprendizaje,<sup>1</sup>

**CONOCIMIENTO.** El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o aprendizaje o a través de la introspección.<sup>2</sup>

**ACTITUD.** Idea cargada de emoción que predispone a una clase de acciones para una clase concretas de situaciones sociales.<sup>3</sup>

**PRACTICA.** Acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos<sup>4</sup>,

**EDA.** Deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas.<sup>5</sup>

**CUIDADORES.** Conjunto de personas, que dedican una importante actividad diaria al cuidado de sujetos con dependencias o discapacidades permanentes.<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> Definición de, estrategia de enseñanza [ en línea] Disponible en <<http://portal.educar.org/foros/estrategias-de-ensenanza>> [ citado 06 de marzo de 2012].

<sup>2</sup> Definición de, Conocimiento [en línea] Disponible en < <http://definicion.de/conocimiento/>> [citado 06 de marzo de 2012].

<sup>3</sup> SANCHEZ MORENO, Antonio; RAMOS GARCÍA, Elvira y MARSET CAMPO, Pedro. La actitud participativa en salud: entre la teoría y la práctica.. En: Capítulo 5 actitudes, Universidad de Murcia, 1994. p. 80

<sup>4</sup> Definición de practica [en línea] disponible en <http://definicion.de/practica/>, citado [06-marzo- 2012]

<sup>5</sup> OMS

<sup>6</sup> Definición de cuidador [en línea] disponible en: [http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/cuidados\\_del\\_cuidador\\_rol\\_femenino/Paginas/Cuidador\\_concepto\\_perfil.aspx](http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/cuidados_del_cuidador_rol_femenino/Paginas/Cuidador_concepto_perfil.aspx) [citado 30 de marzo del 2012]



## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades diarreicas provocan anualmente casi dos millones de muertes de menores de cinco años, lo que las coloca en el segundo lugar entre las causas principales de mortalidad infantil a nivel mundial.<sup>7</sup> Estimaciones recientes mencionan que en los países en desarrollo cada niño menor de 5 años experimentará de dos a tres episodios de diarrea por año, lo que puede generar como consecuencias el deteriorar el estado nutricional y graves secuelas que impedirán el desarrollo y crecimiento adecuado del menor.<sup>8</sup>

En Colombia, la Enfermedad Diarreica aguda (EDA), ocupa los primeros lugares de morbimortalidad en población menor de cinco años, especialmente en los municipios menos desarrollados y aquellos en donde las necesidades básicas están insatisfechas. Las tasas de mortalidad por EDA, han disminuido considerablemente, desde 225 a 31,7 por 100 000 habitantes en el período 1981–1995. No obstante, no ha ocurrido lo mismo con la morbilidad, la tendencia es al aumento: de 110 a 113 casos por cada 1000 habitantes entre 1990 y 1996, cifras similares a las registradas a escala mundial,<sup>9</sup> pues cada día se presentan nuevos casos de menores con diarrea.

Dos avances recientes en materia de gestión de las enfermedades diarreicas –las nuevas sales de rehidratación oral que contienen concentraciones más bajas de glucosa y sales y el suministro de suplementos de zinc como parte del tratamiento y las vacunas contra el rotavirus– pueden reducir de manera drástica el número de muertes de niños y niñas<sup>10</sup>. Estos métodos se pueden emplear de manera paralela a las medidas de prevención y al tratamiento con los líquidos adecuados, el amamantamiento, la alimentación constante y el uso selectivo de antibióticos, ayuda a reducir duración y gravedad de los episodios de diarrea, así como la incidencia de la enfermedad.

Las familias y las comunidades desempeñan un papel fundamental en la prevención y manejo de la enfermedad diarreica aguda ya que si estas cuentan

---

<sup>7</sup> Comportamiento de la enfermedad diarreica aguda en el mundo, [en línea] Disponible en < [http://www.unicef.org/spanish/health/index\\_43834.html](http://www.unicef.org/spanish/health/index_43834.html) > [ citado 23 de diciembre de 2012].

<sup>8</sup> Ibid., p.

<sup>9</sup> OSPINA, Juan M, *et al.* Agentes causantes de Diarrea en Niños Menores de 5 Años en Tunja, Colombia. *En:* \_scielo.com, mayo-junio, año 2006.

<sup>10</sup> Comportamiento de la enfermedad diarreica aguda en el mundo, [en línea] Disponible en < [http://www.unicef.org/spanish/health/index\\_43834.html](http://www.unicef.org/spanish/health/index_43834.html) > [ citado 23 de diciembre de 2012].

con los conocimientos necesarios, la información pertinente y las necesidades básicas satisfechas podrán modificar todos aquellos factores que de alguna manera llevan a la presencia de esta enfermedad y a sí mismo a evitar sus posibles complicaciones, debido a esto lo que se quiere lograr con esta investigación es mejorar los conocimientos, las actitudes y las practicas que los cuidadores de niños menores de cinco años tienen frente a esta enfermedad, para así reducir los casos que se presentan a nivel municipal y evitar desenlaces adversos.

## 1. DESCRIPCION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS la enfermedad diarreica es la segunda causa de muerte en niños menores de cinco años<sup>11</sup>. Cada año, se presentan unos dos mil millones de casos de diarrea en todo el mundo. La enfermedad diarreica es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad de la niñez en el mundo, y por lo general es consecuencia a la exposición de alimentos o agua contaminados. En todo el mundo, alrededor de mil millones de personas carecen de acceso a fuentes de agua mejoradas y unos 2500 millones no tienen acceso a instalaciones básicas de saneamiento.<sup>12</sup>

Cada año en las Américas más de 250.000 niños mueren antes de los cinco años por enfermedades que podrían prevenirse fácilmente. Estas muertes ocurren principalmente por diarrea, neumonía, desnutrición, y otras enfermedades prevenibles mediante la vacunación. Estas enfermedades son también la causa de 60 a 80% de las consultas pediátricas en los servicios de salud y de 40 a 50% de las hospitalizaciones de niños menores de cinco años. Esta abrumadora carga de sufrimiento y muerte ocurre en todos los países de América Latina y el Caribe, pero es más seria en países donde las tasas de mortalidad infantil superan 40 muertes por mil nacidos vivos.

La diarrea causada por infecciones es frecuente en países en desarrollo<sup>13</sup>. En Colombia, la enfermedad diarreica aguda ocupa los primeros lugares de morbi-mortalidad en la población de menores de cinco años, especialmente en los municipios con mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas. Las tasas de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en la población menor de cinco años ha disminuido considerablemente entre 1990 y 2001 del 45,4 al 21,5; con un número de defunciones en 1990 de 2.002 casos a 1.023 casos en el 2001.<sup>14</sup>

De acuerdo a los indicadores básicos publicados por el Ministerio de la Protección Social y la OPS, en Colombia en el 2006 se presentaron 500 muertes por

---

<sup>11</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

<sup>12</sup> Ibid ., p.

<sup>13</sup> Ibid ., p.

<sup>14</sup> COLOMBIA. INSTITUTO NACIOANL DE SALUD. Protocolo de vigilancia y control de la mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años. SIVIGILA. Bogota D.C., 2011. p. 4.

enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años, con una tasa de 11,6 x 100.000.<sup>15</sup>

Según la Secretaría de Salud Departamental, en el Huila para el año 2009, se notificaron 22674 casos de Enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años,<sup>16</sup> convirtiéndose esta en la segunda causa de consulta médica; en cuanto a mortalidad se presentó una tasa de 4.95 (n=1) defunciones por cada 100000 nacidos vivos.<sup>17</sup>

Según la misma fuente, el municipio de Nátaga cuenta con una población de 6042 habitantes de los cuales 713 son menores de 5 años, para este grupo durante el 2009 se reportaron 137 casos de EDA.<sup>18</sup>

Por lo anterior, se puede determinar que la enfermedad diarreica es un problema de gran magnitud y es considerada un evento de salud pública, esta problemática ha llevado a que se hayan realizado diversos estudios tanto en el ámbito internacional como nacional, los cuales fueron revisados para el desarrollo de la investigación.

Reyes (1996)<sup>19</sup> realizó un estudio descriptivo transversal en el cual comparó actitudes y practicas entre población urbana y rural de México, tomando como muestra 338 y 300 niños menores de 5 años respectivamente. Concluyendo que era necesario reforzar la educación a la población urbana, ampliar la cobertura de servicios de salud en las zonas rurales y favorecer la calidad de la atención principalmente de médicos de áreas urbanas, ya que estos formularon más medicamentos, por el contrario en la zona rural se implementó la terapia de rehidratación oral.

---

<sup>15</sup> Ibid., p. 4

<sup>16</sup> HUILA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL. Indicadores básicos 2010. Neiva. Enero 2010. p. 31.

<sup>17</sup> Ibid., p. 21.

<sup>18</sup> Ibid., p. 31.

<sup>19</sup> REYES, Hortensia, *et al.* Variaciones urbano-rurales en al atención del niño con enfermedad diarreica aguda en México. En: Salud publica de México, mayo-junio, año 1996, vol. 38, no. 003, p. 157.

Ruiz (2004)<sup>20</sup> realizó un estudio descriptivo retrospectivo con una muestra de 60 pacientes ingresados en el servicio de Guiteras del Hospital Pediátrico Provincial de Camagüey en el que se determinó que la diarrea persistente tiene causa infecciosa destacándose la Shigella y la Giardia Lamblia como los principales agentes infecciosos. Encontró además que la alimentación de tipo artificial, el uso previo de medicamentos como el metronidazol y mal nutrición constituyen factores que se asocian a la diarrea persistente, destacó la importancia de fomentar e intensificar la lactancia materna.

Mendigurre (2005)<sup>21</sup> realizó un estudio de tipo pre experimental en Lima Perú, probó la efectividad de un programa educativo para la prevención de diarreas infantiles en el que participaron 165 madres y cuidadores de niños (n165), concluyendo que el lavado de los alimentos antes de su consumo, la utilización del agua directamente de la red, disponer de un ambiente exclusivo para la preparación de los alimentos, el lavado de manos con agua y jabón antes de preparar los alimentos y antes de su consumo, resultaron los factores de protección y núcleos centrales en la prevención de las diarreas.

Burgoa (2006)<sup>22</sup> realizó un estudio de tipo transversal en la cual empleó una muestra de 79 madres (n79) de Calamarca (La Paz, Bolivia) realizando un muestreo de tipo aleatorio, se evaluaron conocimientos de las madres de menores de 5 años con respecto a los signos de alarma en EDA concluyendo que la falta de reconocimiento de signos de alarma en madres del área rural podría ser un factor determinante de mayor morbilidad y mortalidad infantil.

Cáceres (2005)<sup>23</sup> realizó un estudio de casos y controles en un hospital urbano de Bogotá, Colombia, entre abril de 2000 y febrero de 2001, Se seleccionaron 290 niños menores de 5 años de edad (n290) de uno u otro sexo; de ellos 145 estaban hospitalizados por enfermedad diarreica aguda (EDA) con deshidratación (casos) y 145 tenían diagnóstico de EDA sin signos de deshidratación (testigos) estableció que la calidad inadecuada de las acciones de promoción y prevención en una población con fácil acceso a los servicios de salud favoreció la aparición de casos

---

<sup>20</sup> RUIZ DE VILLA MARTÍNEZ, Yoycet, *et al.* Diarrea Persistente. Principales Causas y Factores Asociados a Nuestro Medio. En: Revista Ciencias Holguin, septiembre 2004, no. 3

<sup>21</sup> MENDIGURRE, Julio, *et al.* Efectividad de un programa de intervención educativa para la disminución de diarreas infantiles en Lima, Perú. En: Revista de Ciencias de la Salud. 2007, vol. 2, p. 1

<sup>22</sup> BURGOA RIVERO, Claudia V. y SALAS MALLEA, Ariel A. Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de 5 años. En: scielo. Julio-septiembre, 2006. p. 7

<sup>23</sup> CACERES, Diana Carolina, *et al.* La enfermedad diarreica aguda: un reto para la salud pública en Colombia. En: Revista Panamericana de Salud Publica [online]. 2005, vol.17, p. 1.

de diarrea con deshidratación y que la infección por rotavirus desempeña un papel importante en la gravedad de la EDA en niños colombianos.

Aragón y otros (2010)<sup>24</sup> desarrollaron un estudio descriptivo con una muestra de 200 (n200) cuidadores en la localidad el Caguan en el municipio de Neiva en el cual evaluaron conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores de menores de 5 años con EDA, evidenciando que el 98.5% obtuvieron una calificación regular en cuanto a conocimientos, en la categoría actitudes obtuvieron una calificación favorable con un 52.5 % de la muestra y con relación a las practicas la calificación regular fue la que predominó.

En los anteriores estudios se evidenció que el desconocimiento de la enfermedad (signos de alarma, factores de riesgo, factores protectores y tratamiento) es uno de los factores más importantes que contribuyen para incrementar la morbimortalidad por EDA en menores de 5 años. Para disminuir esta problemática es necesario llegar a cada uno de los cuidadores ya sea la familia del menor o el personal de salud e intervenir directamente sobre ellos por medio de estrategias educativas que afiancen sus conocimientos y mejoren los hábitos de vida saludable.

Considerando que la profesión de enfermería orienta el cuidado de manera integral, holística y no solo se enfoca en el cuidado de la enfermedad, sino en el cuidado de la salud, se ha planteado el siguiente interrogante:

¿Cuáles son los efectos en las actitudes, conocimientos y prácticas de los cuidadores de niños menores de cinco años, al implementar una estrategia educativa relacionada con la enfermedad diarreica aguda (EDA) en el municipio de Nátaga Huila?

---

<sup>24</sup> ARAGON *et al.* Conocimientos, actitudes y prácticas adoptadas por los cuidadores de los niños menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda del Corregimiento el Caguan. Trabajo de grado Enfermero. Neiva: Universidad Surcolombiana. Facultad de Salud, Programa de enfermería 2010. p. 13.

## 2. JUSTIFICACIÓN

Uno de los principales factores que conllevan a la presencia de la enfermedad diarreica aguda (EDA) en niños menores de 5 años, es la falta de conocimientos por parte de los cuidadores, sus malos hábitos y las deficiencias en cuanto a saneamiento básico. Se puede observar que en gran parte, los factores desencadenantes de la enfermedad son modificables y es por esto que el profesional de Enfermería puede intervenir directamente sobre los cuidadores por medio de diferentes estrategias para mejorar el estilo de vida, y por consiguiente disminuir esta problemática.

Según el esquema de ordenamiento territorial 1999-2007 del municipio de Nátaga destaca que en el sector salud existen deficiencias a nivel institucional pues, sólo se cuenta con un centro de salud, éste no cuenta con los recursos (físicos, humanos y económicos) suficientes para cubrir la demanda que se presenta en este nivel, otros factores se asocian a la condición del medio ambiente, a la calidad y cobertura de los servicios públicos, a la falta de oportunidades para acceder a la educación y a los altos índices de desempleo<sup>25</sup>.

Uno de los principales problemas de Nátaga tanto a nivel urbano como rural es la contaminación y el consumo de aguas contaminadas. En la zona urbana el acueducto tiene una cobertura del 100% de la población, pero el índice de riesgo de la calidad del agua (IRCA) es bajo, lo cual significa que el agua no es apta para el consumo humano, siendo susceptible de mejoramiento<sup>26</sup>. Presenta contaminación especialmente por hongos ya que las fuentes de las que se abastece el acueducto municipal en las cabeceras se contaminan con aguas recibidas de las viviendas rurales y pulpa de café.<sup>27</sup> En cuanto al alcantarillado urbano la cobertura es del 100%, existe una planta de tratamiento de agua residuales, que está removiendo alrededor del 80% de la contaminación; En la zonas rurales hay sistemas sépticos individuales, pero no en todas las viviendas<sup>28</sup>.

La preocupación de generar estrategias que contribuyan a reducir la enfermedad diarreica aguda y todas aquellas enfermedades que afectan a los menores de cinco años obligó a la Organización Mundial de la Salud, a plantearse como meta

---

<sup>25</sup> EOT. Nataga. 1999-2007, p. 37

<sup>26</sup> Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano IRCA [ en línea] Disponible en: [http://www.ibal.gov.co/ibal/Ficha\\_Indicadores.pdf](http://www.ibal.gov.co/ibal/Ficha_Indicadores.pdf) [ citado 03 de abril de 2012]

<sup>27</sup> Op. cit , p.42

<sup>28</sup> Ibíd.,p 42

en los objetivos del desarrollo del milenio, disminuir la mortalidad infantil a dos terceras partes para el año 2015, además a nivel Nacional se han creado estrategias como: IAMI (Institución Amiga de la Mujer y la Infancia) que tiene como objetivo el cuidado materno-infantil desde el momento de la gestación hasta los nueve años del menor, política que se resume en diez pasos; otra estrategia es AIEPI (Atención Integral de las enfermedades prevalentes de la infancia) que tiene como una de sus principales metas la disminución de las enfermedades prevalentes (IRA, EDA, malaria, desnutrición y enfermedades prevenibles por vacunación) de los menores de cinco años.

El Municipio de Nátaga, cuenta con programas orientados a la cobertura de niños menores de 5 años, los cuales son: Control de crecimiento y desarrollo, complementos alimentarios a los niños en estado de desnutrición, vacunación, IAMI (institución amiga de la mujer y la infancia) y AIEPI (atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia)<sup>29</sup> y a pesar de esto la incidencia de la enfermedad diarreica aguda es elevada.

Por lo anteriormente expuesto que se hace necesaria construir una estrategia con la cual se intervenga directamente en los cuidadores, enfatizando en campañas de promoción y prevención, dando a conocer las medidas que contribuyan a minimizar los casos la diarrea infantil, estas son promover la alimentación exclusiva con leche materna, elevar las tasas de administración de suplementos de vitamina A, mejorar las prácticas de higiene, aumentar el uso de fuentes mejoradas de agua potable y de servicios de saneamiento, promover la ingesta de zinc y vacunar a los niños contra el rotavirus.<sup>30</sup>

El estudio es novedoso e interesante ya que en al año 2010 se desarrolló un estudio similar, con un enfoque descriptivo, el cual sugiere orientar estrategias encaminadas a una propuesta para promover actividades educativas útiles tendientes a mejorar los conocimientos de los cuidadores de niños menores de 5 años, reforzando sus prácticas y mejorando sus actitudes, que contribuya a optimizar sus condiciones de vida y las condiciones de salud de los menores.

Estos aspectos competen al quehacer de Enfermería, ya que en la misión del programa se dice que los profesionales deben ser agentes de cambio, constructores de una cultura de salud, de conformidad con la ética, la solidaridad y

---

<sup>29</sup> Nataga,. E.S.E HOSPITAL LUIS ANTONIO MOJICA.

<sup>30</sup>FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA.



la dignidad humana, comprometidos en la solución de problemas, con proyección nacional e internacional.<sup>31</sup>

La formulación de esta estrategia es factible, ya que cuenta con los recursos físicos y financieros, además porque se puede acceder a la población objeto de estudio.

Gracias a la creación de esta estrategia de intervención se va a beneficiar la comunidad e indirectamente la E.S.E del municipio, porque al mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores de niños menores de 5 años se busca disminuir su incidencia, y como es reconocido la mejor opción es la prevención ya que el tratamiento de esta es mucho más costoso y fuera de esto puede traer consecuencias tanto al menor como a su familia y la comunidad en general.

---

<sup>31</sup>ENFERMERIA, misión. Disponible en[[www.usco.edu.co/pagina/enfermeria](http://www.usco.edu.co/pagina/enfermeria)]

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Diseñar y aplicar una estrategia educativa sobre prevención y manejo de la enfermedad diarreica aguda (EDA) a los cuidadores de niños menores de cinco en el municipio de Nátaga, 2012.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la enfermedad diarreica aguda que tienen los cuidadores de niños menores de cinco años antes de aplicar una estrategia educativa.

Diseñar y aplicar una estrategia educativa orientada a la prevención y manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda para los cuidadores de niños menores de 5 años.

Describir los resultados obtenidos en las actitudes, conocimientos y prácticas sobre la enfermedad diarreica aguda, después de implementada la estrategia educativa en los cuidadores de niños menores de cinco años.

Correlacionar los resultados obtenidos durante la pre prueba y pos prueba, entre el grupo experimental y el grupo de comparación.

## 4. MARCO DE REFERENCIA

### 4.1 ESTRATEGIA DE ENSEÑANZA

Es casi un tópico recordar que el término “estrategia” procede del ámbito militar, en el que se entendía como “el arte de proyectar y dirigir grandes movimientos militares” (Gran Enciclopedia Catalana, 1978) y, en este sentido, la actividad del estratega consistía en proyectar, ordenar y dirigir las operaciones militares de tal manera que se consiguiera la victoria.<sup>32</sup>

La estrategia se considera como una guía de las acciones que hay que seguir y que, obviamente, es anterior a la elección de cualquier otro procedimiento para actuar (Nisbet y Shucksmith, 1986; Schmeck, 1988; Nisbet, 1991).<sup>33</sup>

La *estrategia* es un sistema de planificación aplicado a un conjunto articulado de acciones, permite conseguir un objetivo, sirve para obtener determinados resultados. La estrategia es primeramente una guía de acción, en el sentido de que la orienta en la obtención de ciertos resultados. La estrategia da sentido y coordinación a todo lo que se hace para llegar a la meta.<sup>34</sup>

Las estrategias de enseñanza son los métodos, técnicas, procedimientos y recursos que se planifican de acuerdo con las necesidades de la población a la cual va dirigida y que tiene por objeto hacer más efectivo el proceso de enseñanza-aprendizaje,<sup>35</sup> lo que permite que la información que se quiere dar a conocer tenga una mayor receptividad por parte de las personas y poder de alguna manera lograr que los objetivos propuestos se cumplan.

---

<sup>32</sup> MONTSERRAT CASTELLÓ, Mercè Clariana; MONTSERRAT PALMA, Maria L. Las estrategias de aprendizaje: ¿Qué son? ¿Cómo se enmarcan en el currículum? En: Estrategias de enseñanza y aprendizaje. 6 ed. Barcelona: Editorial Graó, 1999. p. 11

<sup>33</sup> *Ibid.*, p. 13

<sup>34</sup> *Ibid.*, p. 8

<sup>35</sup> Definición .de, estrategia de enseñanza [en línea] Disponible en <<http://www.terras.edu.ar/jornadas/119/biblio/79Como-enseñamos-Las-estrategias-entre-la-teoria-y-la-practica.pdf>> [ citado 06 de marzo de 2012].

## 4.2 TIPOS DE ESTRATEGIA DE ENSEÑANZA<sup>36</sup>.

Existen diversos tipos de estrategias entre los que se encuentran:

- **Objetivos:** Enunciado que establece condiciones, tipo de actividad y forma de evaluación del aprendizaje del alumno. Generación de expectativas apropiadas en los alumnos.
- **Resumen:** Síntesis y abstracción de la información relevante de un discurso oral o escrito, enfatiza conceptos clave, principios, términos y argumento central.
- **Organizador previo:** Información de tipo introductorio y contextual. Es elaborado con un nivel superior de abstracción, generalidad e inclusión que la información que se aprenderá. Tiende un puente cognitivo entre la información nueva y previa.
- **Ilustración:** Representación visual de los conceptos, objetos o situaciones de una teoría o tema específico (fotografías, dibujos, esquemas, gráficas, dramatizaciones, etcétera).
- **Analogías:** Proposición que indica que una cosa o evento (concreto y familiar) es semejante a otro (desconocido y abstracto o complejo).
- **Preguntas intercaladas:** Preguntas insertadas en la situación de enseñanza o en un texto. mantienen la atención y favorecen la práctica, la retención y la obtención de información relevante.
- **Pistas tipográficas y discursivas:** Señalamientos que se hacen en un texto o en la situación de enseñanza para enfatizar y/u organizar elementos a relevantes del contenido por aprender.
- **Mapas conceptuales Y redes semánticas:** Representaciones gráficas de esquemas de conocimiento (indican conceptos, proposiciones y explicaciones).

---

<sup>36</sup> Ibid., p.

- Uso de estructuras textuales: Organizaciones retóricas de un discurso oral o escrito, que influyen en su comprensión y recuerdo.

Otros Tipos de estrategias de enseñanza:<sup>37</sup>

- Talleres.
- Técnicas de demostración.
- Técnicas populares (sociodrama, juego de roles, estudio de caso, lluvia de ideas)
- Técnicas vivenciales (prácticas de campo, demostraciones, visitas domiciliarias, convivencias)
- Técnicas visuales y audiovisuales (uso de medios masivos y alternativos de comunicación, uso y producción de material didáctico)

En el curso de educación para la salud, visto en el segundo semestre de la carrera se encuentra el concepto de técnicas educativas las que son definen como: formas de presentación de contenidos para estimular y lograr los objetivos, son herramientas que facilitan el aprendizaje e incrementan la participación activa de los integrantes de un grupo, al utilizarlas se debe tener en cuenta:

- Conocimiento claro y preciso de la técnica.
- Que sea acorde al tema.
- Al terminarla técnica debe hacerse un análisis de lo que se vio, como se sintieron, relacionarlo con la realidad.
- Se debe partir de lo que la gente sabe. Contar con el saber popular, la importancia de no saberlo todo.

---

<sup>37</sup> MONTSERRAT CASTELLÓ, Mercè Clariana; MONTSERRAT PALMA, María L. Las estrategias de aprendizaje: ¿Qué son? ¿Cómo se enmarcan en el currículum? En: Estrategias de enseñanza y aprendizaje. 6 ed. Barcelona: Editorial Graó, 1999. p. 14

#### 4.2.1 Tipos de técnicas<sup>38</sup>. Algunos tipos de técnicas que se encuentran son:

EXPOSITIVA (charlas educativas): expresión oral del contenido por parte del educador.

INTERROGATIVA: preguntas dirigidas por el educador al grupo dando tiempo suficiente para las respuestas.

Mecánica de la pregunta:

- Ser oportuno. dar entonación al grupo.
- Dirigir la pregunta al grupo: dar tiempo para pensar y elaborar la respuesta.
- Dirigir a la persona que corresponderá: escuchar a respuesta dada, reforzarla o corregirla si se ha presentado un error (se debe evitar sugerir la respuesta)

### 4.3 CONOCIMIENTOS

El conocimiento, en su sentido más amplio, es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por sí solos poseen menor valor cualitativo. Significa, en definitiva, la posesión de un modelo de la realidad en la mente. El conocimiento comienza por los sentidos, pasa de estos al entendimiento y termina en la razón. Igual que en el caso del entendimiento, hay un uso meramente formal de la misma, es decir un uso lógico ya que la razón hace abstracción de todo un contenido, pero también hay un uso real. Saber es el conjunto de conocimientos que producen un pensamiento continuo de recuerdos de los conocimientos adquiridos a lo largo del tiempo<sup>39</sup>

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o aprendizaje o a través de la introspección.<sup>40</sup> Para Muñoz Seca y

---

<sup>38</sup> Ibid., p. 23

<sup>39</sup> REYES G. Carlos H *et al.* actitudes, conocimientos y prácticas frente a conductas sexuales en adolescentes y preadolescentes. colegio claretiano. Trabajo de grado Medico, Universidad Surcolombiana, Facultad de salud, Programa de medicina, 2008. p.29

<sup>40</sup> Definición de, Conocimiento [en línea] Disponible en < <http://definicion.de/conocimiento/>> [citado 06 de marzo de 2012].

Riverola (1997) el “conocimiento es la capacidad de resolver un determinado conjunto de problemas con una efectividad determinada”.<sup>41</sup> El conocimiento es personal, en el sentido en que se origina y mantiene gracias a las experiencias vividas por parte de cada individuo y la educación que este reciba a diario. Es el saber que se consigue mediante al experiencia personal, la observación o el estudio.<sup>42</sup>

Según *Davenport y Prusak* definen el conocimiento como “una mezcla fluida de experiencia estructurada, valores, información contextual e interiorización experta que proporciona un marco para la evaluación e incorporación de nuevas experiencias e información acerca del rol del enfermero”<sup>43</sup>.

A través de la historia diferentes autores han identificado como los conocimientos progresan desde el simple contacto con la realidad hasta grandes representaciones conceptuales.

Tipos de conocimientos y su interacción:

- Vulgar: (Sentido común). Espontáneo. No es metódico ni sistemático. Se da por el hecho de vivir.
- Técnico: Se refiere a todo mecanismo que le sirve al hombre para imponerse sobre el medio ambiente. Parte constitutiva de la praxis.
- Simbólico: Arte, Literatura, Cultura.
- Social: Conocimiento del otro. Grupos sociales, clases; busca la interrelación del individuo.

---

<sup>41</sup> MUÑOZ SECA, B.; Riverola, J. (1997), “Gestión del Conocimiento”, Biblioteca IESE de Gestión de Empresas, Universidad de Navarra, Folio, Barcelona. Citado por CARRION, Juan. Gestión del conocimiento.

<sup>42</sup> KERLIGER, F. N. Investigación del comportamiento: McGraw Hill Interamericana. Mexico D.F. 1988

<sup>43</sup> PERDOMO M. Yina Paola *et al*, Actitudes y conocimientos de la población urbana de Neiva mayor de 18 años frente al rol del profesional de enfermería, Trabajo de grado Enfermero, Neiva. Universidad Surcolombiana. Facultad de salud, programa de Enfermería. 2008. P.44

- Político. Conocimiento espontáneo; se manifiesta en todo tipo de sociedad, en rivalidad de clases.
- Religioso: Acepta verdades a través de la fe. Basado más en vivencias que en demostraciones; dogmático.
- Científico: Conocimiento crítico, metódico, sistemático, ordenado, controlado, verificable. Preciso, especializado.
- Filosófico: Conocimiento crítico, lógico, metódico. Busca interpretar la totalidad de la experiencia humana, de lo real<sup>44</sup>.

El conocimiento se define como aquellos saberes empíricos (que es todo aquel que: El hombre adquiere debido a las diversas necesidades que se le presentan en la vida, por instinto y no por el pensamiento fundamentado que se aprende sin ciencia y sin leyes, se le llama también "vulgar" o "popular" y se obtiene por azar, luego de innumerables tentativas cotidianas) y científicos que posee la persona que cuida al menor con enfermedad diarreica aguda sobre: definición, causas, factores de riesgo, tratamiento, prevención y complicaciones.

#### 4.4 ACTITUDES

Fishbein y Ajzen la definen como una predisposición aprendida a responder de una manera conscientemente favorable o desfavorable respecto de un objeto dado. Para Triandis una actitud es una idea cargada de emoción que predispone a una clase de acciones para una clase concretas de situaciones sociales.<sup>45</sup>

En el lenguaje coloquial se recurre al término actitud para señalar que una persona puede tener pensamientos y sentimientos hacia cosas o personas que le gustan o le disgustan, le atraen o le repelen, le producen confianza o

---

<sup>44</sup> GURVITH. Los Marcos Sociales del Conocimiento, Monte Ávila Editores, Caracas P.22 (citado por Hernández P karol Vanesa et al. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS EN EL MANEJO DE RESIDUOS ESPECIALES SEXTO PISO HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANOPERDOMONEIVA 2004)

<sup>45</sup> SANCHEZ MORENO, Antonio; RAMOS GARCÍA, Elvira y MARSET CAMPO, Pedro. La actitud participativa en salud: entre la teoría y la práctica. En: Capítulo 5 actitudes, Universidad de Murcia, 1994. p. 80



desconfianza, etc. Conocemos o creemos conocer las actitudes de las personas porque tienden a reflejarse en su forma de hablar, de actuar y de comportarse y en sus relaciones con los demás<sup>46</sup>.

Una actitud es formulada siempre como una propiedad de la personalidad individual, por más que su génesis se deba a factores sociales. Una actitud es menos duradera que el temperamento, pero más duradera que un motivo o un humor o estado de ánimo. Aunque los principales determinantes de las actitudes se entienden en términos de influencias sociales, tales como normas, roles, valores o creencias, esto no las distingue por completo de otros constructos de personalidad. Dado que se considera que una actitud es un constructo hipotético, ha de ser definida por las propiedades que se le asignan. Veamos tres definiciones distintas de autores diferentes. Una actitud es:

- «Una organización duradera de procesos motivacionales, emocionales, perceptuales y cognitivos con respecto a algún aspecto del mundo del individuo» (Krech y Crutchfield).
- «Una tendencia o predisposición del individuo para evaluar un objeto o el símbolo de ese objeto» (Katz y Stotland).
- «Una predisposición relativamente estable de la conducta en relación con un objeto o sector de la realidad» (Castillejo)<sup>47</sup>.

Componentes<sup>48</sup>. Existen tres tipos de componentes en las actitudes y son: componente cognitivo, componente afectivo y componente conductual. Es posible que en una actitud haya más cantidad de un componente que de otro, algunas están cargadas de componentes afectivos y no requieren más acción que la expresión de los sentimientos.

---

<sup>46</sup> COLL, César; POZO, Juan Ignacio y SARABIA, Bernabé. Los contenidos de la Reforma Enseñanza y aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes, Bogotá, Ediciones Santillana S.A. p143

<sup>47</sup> Ibid., p. 135

<sup>48</sup> PERDOMO M. Yina Paola *et al*, actitudes y conocimientos de la población urbana de Neiva mayor de 18 años frente al rol del profesional de enfermería, trabajo de grado Enfermero. Universidad Surcolombiana, Facultad de Salud, Programa de Enfermería, 2008 p38

- **Componente Cognitivo:** Es el conjunto de datos e información que el sujeto tiene acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación.

- **Componente Afectivo:** Son las sensaciones y sentimientos que un objeto determinado produce en la persona; El sujeto puede experimentar distintas experiencias que pueden ser positivas o negativas.

- **Componente Conductual:** Son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y el individuo que finalmente desencadena en un tipo de comportamiento particular.

Las actitudes no son innatas, sino que se forman a lo largo de la vida. Éstas no son directamente observables, así que han de ser inferidas a partir de la conducta verbal o no verbal del sujeto.

Por otro lado la actitud hacia la participación ciudadana en salud sería una predisposición del individuo, mantenida en el tiempo, a: asistir a reuniones donde se traten temas que tiene que ver con la salud y/o a reclamar si se sienten perjudicados y/o tener hábitos saludables y/o afiliarse a un grupo de voluntariado. etc. No es la conducta misma sino un sentimiento favorable o desfavorable, un estar de acuerdo o en desacuerdo con ello, que le predispone a actuar en ese sentido y que la persona ha ido aprendiendo por la experiencia a lo largo de su vida.<sup>49</sup>

En esta investigación, actitud hace referencia a una predisposición aprendida por parte del cuidador para dar respuesta a decisiones sobre el manejo de la Enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en caso de que se presentara un episodio.

## 4.5 PRACTICAS

La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos<sup>50</sup>, que permite de alguna forma resolver un problema

---

<sup>49</sup> Ibid., p. 81

<sup>50</sup> Definición de practica [en línea] disponible en <http://definicion.de/practica/>, citado [06-marzo- 2012]

Las prácticas en salud son definidas como el conjunto de respuestas con distinto nivel de elaboración y sistematización que los diferentes grupos sociales dan a los problemas planteados por las necesidades y los requerimientos de las enfermedades y la muerte. Estas respuestas se expresan en el modo de producir servicios de atención de salud por parte de efectores específicos. En su desarrollo se establecen relaciones sociales, económicas e institucionales entre los trabajadores de la salud, las instituciones y la población.<sup>51</sup>

En esta investigación, las prácticas son todas aquellas actividades que realiza el cuidador en los niños menores de cinco años para prevenir y tratar la enfermedad diarreica aguda.

#### 4.6 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/as, familiares, personal contratado o voluntario.

Se denominan *cuidadores familiares (o informales)* al conjunto de personas que dedican una importante actividad diaria al cuidado de sujetos con dependencias o discapacidades permanentes.<sup>52</sup> En la actualidad el papel de cuidador no solo se ve delegado a mujeres, sino a todas aquellas personas que disponen de conocimientos necesarios e indispensables y de tiempo no solo para tratar una determinada enfermedad sino también para enseñar buenos hábitos, estos pueden ser padres, abuelos, hermanos, tíos, vecinos etc. Sin distinción de género.<sup>53</sup>

En este caso los cuidadores van a ser todas aquellas personas que mantienen un contacto directo con los niños menores de cinco años que estén encargados de velar por su salud brindándoles las medidas necesarias para evitar la enfermedad diarreica aguda como enseñarle hábitos de higiene (lavado de manos, tomar agua

---

<sup>51</sup> Concepto de Buenas Prácticas en Promoción de la Salud en el Ámbito Escolar y la Estrategia Escuelas Promotoras de la Salud [en línea] disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/prensa/concurso-buenas-practicas/conceptos.pdf>. Citado [06-marzo- 2012].

<sup>52</sup> Definición de cuidador [en línea] disponible en: [http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/cuidados\\_del\\_cuidador\\_rol\\_femenino/Paginas/Cuidador\\_concepto\\_perfil.aspx](http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/cuidados_del_cuidador_rol_femenino/Paginas/Cuidador_concepto_perfil.aspx) > [citado 30 de marzo del 2012]

<sup>53</sup> Ibid ., p.

hervida etc.) o en caso de adquirir la enfermedad seguir el tratamiento adecuado para evitar complicaciones.

#### **4.7 CUIDADOS CULTURALES: TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y LA UNIVERSALIDAD<sup>54</sup>**

Leininger se basó en la disciplina de la antropología y de la Enfermería, definió la Enfermería transcultural como un área principal de la Enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.

La Enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables. Leininger declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejara los distintos tipos de Enfermería, los cuales se definirán y basarán en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas; este saber es imprescindible para la formación y la práctica enfermeras.

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

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

---

<sup>54</sup> Teoría de la transculturalidad [en línea] disponible en: <<http://teoriasalud.blogspot.com/p/madeleine-leininger.html>> [citado 30 de marzo del 2012]

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

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

Leininger, creó la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales enfermeros, que tienen sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen y necesiten de estos profesionales. La cultura representan los modelos de su vida sistematizados y los valores de las personas que influyen en sus decisiones y acciones. Por tanto, la teoría está enfocada para que las enfermeras descubran y adquieran los conocimientos acerca del mundo del paciente y para que estas hagan uso de sus puntos de vistas internos, sus conocimientos y práctica, todo con la ética adecuada.

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

#### **4.8 ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA**

Se define como diarrea la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas.<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup> OMS

Según OMS-OPS se define diarrea como la presencia de tres o más deposiciones anormalmente líquidas en 24 horas, con o sin sangre. Es decir, es un síndrome clínico que se caracteriza por la disminución de la consistencia, aumento en el volumen o aumento de deposiciones (más de tres en 24 horas) que puede o no tener algún grado de deshidratación y que de acuerdo con el agente causal puede estar acompañado de moco y sangre.<sup>56</sup> Generalmente se asocian a otros signos y síntomas como vomito nauseas, fiebre, dolor abdominal y anorexia.<sup>57</sup>

**4.8.1 Etiología.** Esta enfermedad se puede presentar por diversos agentes los cuales pueden ser virus, bacterias o protozoos, cabe resaltar que una de las más frecuentes y fácil de prevenir es la producida por el rotavirus ya que existe la vacuna contra este.

- Virus: Rotavirus (grupo A), adenovirus (serotipos 40,41)
- Bacterias: Shiguela SP, Escherichia Coli enterotoxigenica (ECET), E. Coli enteropatógena (ECEP), E. Coli enterohemorrágica (ECEH), campylobacter jejuni;
- Protozoos: Guardia lamblia, cryptosporidium SP<sup>58</sup>

**4.8.2 Modo de transmisión<sup>59</sup>.** En general la mayoría tienen el mismo modo de transmisión que es el contacto con heces y alimentos (oro-fecal).

**ROTAVIRUS:** La forma primaria es fecal-oral, en bajos títulos del virus en secreciones del conducto respiratorio y otros fluidos corporales. Dado que el virus es estable en el medio ambiente, la transmisión puede ocurrir a través de la ingestión de alimentos contaminados, y mediante contacto con superficies contaminadas.

---

<sup>56</sup> COLOMBIA. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de vigilancia de mortalidad por enfermedad diarreica aguda. p .1

<sup>57</sup> CORREA, José A. *et al.* Fundamentos de pediatría, generalidades y neonatología. Tomo 1, Medellín Colombia 1994 pág. 303

<sup>58</sup> CORREA, José A. *et al.* Fundamentos de pediatría, generalidades y neonatología. Tomo 1, Medellín Colombia 1994. p. 303

<sup>59</sup> Ibid., p. 305

**4.8.3 Clasificación clínica de la diarrea.** Se caracterizan principalmente 3 clasificaciones: diarrea simple (EDA simple), Disentería (diarrea con sangre) y Diarrea persistente.

**4.8.3.1 Diarrea simple.** Representa del 90 al 95% de todos los casos de diarrea y se manifiestan por deposiciones líquidas o semilíquidas, acompañadas de vómito, malestar general, fiebre baja, anorexia e irritabilidad. Aunque por definición diarrea aguda es aquella que tiene una duración no mayor de 14 días, la mayoría de los casos de diarrea simple no pasan de 5 a 7 días, encontrándose que los signos y síntomas empiezan a mejorar alrededor del segundo día de evolución.<sup>60</sup>

**4.8.3.2 Disentería.** Hace referencia a la presencia de deposiciones con sangre (diarreas invasoras). Su frecuencia es de 5 al 10% de todas las diarreas agudas. Clínicamente los pacientes con disentería se ven más enfermos, tóxicos, con fiebre alta, cólicos intensos y tenesmo. En algunos casos se pueden presentar convulsiones o complicaciones más graves.<sup>61</sup>

**4.8.3.3 Diarrea persistente.** La diarrea persistente se inicia en forma aguda y se prolonga más de 14 días. Alrededor del 10% de los casos de diarrea aguda se vuelven persistentes. Esta condición deteriora el estado nutricional y está asociada con mayor mortalidad que la diarrea aguda. Una diarrea tiene mayor riesgo de prolongarse cuando los niños son menores de 6 meses, desnutridos o son alimentados con fórmula o leche fluida.

Entre el 35 al 50% de las muertes por diarrea son debidas a diarrea persistente. La muerte se produce como consecuencia de:

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

Su etiología es multifactorial e incluye desde gérmenes hasta el uso de tratamientos inadecuados durante el episodio diarreico como mal manejo de la

---

<sup>60</sup> Ibid., p. 310

<sup>61</sup> Ibid., p. 310

hidratación, reiteración de la deshidratación, dietas hipocalóricas, ayuno, uso indebido de antibióticos y otras medicaciones o la utilización de soluciones hiperosmolares como jugos y gaseosas.<sup>62</sup>

**4.8.3.4 Diarrea con desnutrición grave (Marasmo o Kwashiorkor).** cuyos principales peligros son la infección diseminada grave, la deshidratación, la insuficiencia cardíaca y las carencias vitamínicas y minerales.<sup>63</sup>

**4.8.3.5 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.

La mayoría de las infecciones por Cólera son leves; en una minoría de casos, se inicia rápidamente la diarrea líquida y vómitos, perdiendo grandes cantidades de agua y electrolitos. El paciente se vuelve sediento, deja de orinar y rápidamente se debilita y deshidrata. Los pacientes con cólera grave a menudo se quejan de cólicos abdominales y calambres en los brazos o las piernas por el desequilibrio hidroelectrolítico asociado a la deshidratación.<sup>64</sup>

**4.8.4 Factores de riesgo<sup>65</sup>.** Existen diversos factores que predisponen al paciente para que se presente la enfermedad, entre estos se encuentran:

---

<sup>62</sup> MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION REPUBLICA DE ARGENTINA. Plan de Abordaje Integral de las Enfermedades Diarreicas Agudas y plan de contingencia de cólera. Guía para el equipo de salud. Enero 2011. Pág. 16

<sup>63</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. "Tratamiento de la diarrea: Manual Clínico para los Servicios de Salud" Washington, D.C.: OPS, © 2008

<sup>64</sup> MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION REPUBLICA DE ARGENTINA. Plan de Abordaje Integral de las Enfermedades Diarreicas Agudas y plan de contingencia de cólera. Guía para el equipo de salud Op. Cit., p. 45

<sup>65</sup> COLOMBIA. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de vigilancia de mortalidad por enfermedad diarreica aguda. p . 15



#### 4.8.4.1 Factores demográficos.

- **Sexo:** es reconocida la labilidad del sexo masculino frente al femenino en el comportamiento de la morbi-mortalidad infantil.

- **Edad:** la enfermedad diarreica aguda es más frecuente en los menores de cinco años y dentro de éste grupo, en menores de un año.

- **Procedencia:** existen diferencias en las muertes por EDA en menores de cinco años que dependen del lugar de origen; usualmente en las zonas rurales y en zonas periurbanas con condiciones deficientes de infraestructura.

#### 4.8.4.2 Factores de riesgo biológicos.

- **Estado nutricional:** es bien conocido el efecto del estado nutricional sobre la morbi- mortalidad infantil. La lactancia materna puede proteger contra las EDA en general mediante un cierto número de mecanismos, incluyendo sustancias antivirales y antibacterianas, por tanto, se recomienda que sea el alimento exclusivo durante los primeros cuatro a seis meses de edad. A los dos meses de edad, la mitad de los niños está recibiendo alimentación complementaria, igual proporción o más está recibiendo biberón y muchos niños son integrados a la alimentación del hogar antes de cumplir el primer año de edad.

**Bajo peso al nacer:** el bajo peso al nacer es un determinante bien conocido en la mortalidad general para infantes y niños menores de cinco años. Dos mecanismos principales vinculan el peso al nacer con la enfermedad diarreica aguda: inmunocompetencia reducida e inmadurez en la función metabólica.

#### 4.8.4.3 Factores de riesgo socioeconómico

- **Ingreso familiar:** un mayor número de muertes ocurre en familias que tienen niveles bajos de ingresos económicos, sobre todo porque impacta directamente en las condiciones de acceso a alimentación adecuada, vivienda, servicios públicos domiciliarios y servicios de salud, entre otros.

- **Educación de los padres:** la menor educación en las madres se asocia con un aumento en el riesgo de hospitalizaciones y en la mortalidad por diarrea. A mayor nivel educativo es menor la mortalidad infantil.

- **Acceso a servicios de salud:** factor determinado por la cobertura del SGSSS, oportunidad en el acceso a los servicios médicos-hospitalarios, el ingreso económico de la familia, y la calidad de la atención ofrecida.

- **Cuidadores de la infancia:** adecuada capacitación de los padres o del cuidador del menor, o instituciones como guarderías y jardines que cumplan con los requisitos adecuados y el personal idóneo para esta labor.

**4.8.4.4 Factores de riesgo del comportamiento.** Los conocimientos, actitudes y prácticas de la población general frente al manejo de la EDA, el uso del suero oral y la automedicación ha mejorado sustancialmente; las acciones de información, educación y capacitación que se realizaron para abordar el problema de la reintroducción del cólera en 1991 permitieron al país fortalecer este conocimiento, sin embargo, aún persisten conductas no apropiadas en su manejo que, sumadas a limitantes de accesibilidad económica y cultural a servicios de salud, tienen como consecuencia que se reporten fallecimientos de niños y niñas por EDA en las casas o camino a una institución hospitalaria por la baja sensibilización de la madre o el cuidador para acceder a los servicios de salud de manera oportuna.

#### **4.8.4.5 Factores ambientales.**

- Condiciones de acceso al agua potable, saneamiento básico y manejo de excretas son algunos de los factores ambientales a revisar.

- **Condiciones de la vivienda:** una de cada cuatro viviendas del área rural tiene piso de tierra o arena, lo cual es un factor de riesgo importante en la presencia de EDA, especialmente por su acompañamiento con presencia de insectos y roedores en la vivienda, hacinamiento, bajo nivel de ingresos y de escolaridad.

- **Hacinamiento:** es una condición presente en grupos poblacionales de área rural y urbana deprimida, más frecuente en municipios receptores de población desplazada y asociada con presencia de bajos ingresos, bajo nivel educativo y bajo nivel de vida.

#### **4.8.4.6 Factores relacionados con los servicios de salud.**

##### **Poblacionales**

- Actitud de la población frente al problema de la diarrea: identificación de la enfermedad Como una patología que de no ser manejada adecuadamente pone en peligro la vida del menor.
- Conceptos culturales bajo los cuales el primer nivel de consulta es la medicina tradicional o la automedicación.
- Identificación de signos de alarma que induzcan a los padres y cuidadores a la búsqueda de atención médica.
- Acceso a los servicios de salud: condiciones de transporte, tiempo requerido para llegar al centro asistencial más cercano, afiliación al sistema de salud, conocimiento de deberes y derechos en el SGSSS, entre otros.

##### **Servicios de salud**

- Capacidad para la atención de niños con EDA: disponibilidad de insumos suficientes y necesarios para la identificación y diagnóstico de la causa de la enfermedad. Capacidad para el manejo de complicaciones. Red de referencia y contrarreferencia, entre otros.
- Calidad de los servicios que son prestados a la población: capacitación del personal que atiende menores con EDA en términos de conocimiento de protocolos, procesos de identificación etiológica, procesos de remisión a niveles de mayor complejidad, educación a padres y cuidadores para la identificación de signos de alarma, y actividades de promoción y prevención y demanda inducida, entre otros.

**4.8.5 Factores protectores<sup>66</sup>.** Así como hay factores que aumentan el riesgo de adquirir la enfermedad hay otros que contribuyen para que no se presente entre estos encontramos:

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- Alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses.
- Medidas higiénicas adecuadas.

**4.8.6 Tratamiento<sup>67</sup>.** El tratamiento de la enfermedad diarreica, en sus lineamientos generales, ha sido establecido por la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) de la organización panamericana de la salud (OPS) y de la organización mundial de la salud (OMS) sus bases fundamentales son:

- Evaluación correcta del paciente.
- Terapia correcta de hidratación (oral o intravenosa)
- Continuación de la alimentación durante la enfermedad
- Empleo de antibióticos solo cuando están indicados
- Recomendación correcta para el manejo efectivo del niño en el hogar
- Administrar suplementos de zinc a los niños con diarrea

• **Plan A: Para tratar la diarrea en el hogar.** Se lleva a cabo en la fase temprana de la enfermedad, cuando no hay presencia de deshidratación. Se debe tener en cuenta tres reglas que son:

**1. DAR MÁS LIQUIDOS DE LO USUAL PARA PREVENIR LA DESHIDRATACIÓN:** El propósito es lograr que el paciente ingiera una cantidad suficiente de líquido,

---

<sup>66</sup> MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION REPUBLICA DE ARGENTINA. Plan de Abordaje Integral de las Enfermedades Diarreicas Agudas y plan de contingencia de cólera. Guía para el equipo de salud Op. Cit., p 10

<sup>67</sup> GÓMEZ, Juan Fernando y QUEVEDO, Augusto. Pautas de tratamiento en pediatría. 4 ed. Bogota D.C.: McGraw-Hill, 2000. P.53

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 están indicadas las gaseosas, los jugos industriales, ni bebidas rehidratantes deportivas.

**2. ALIMENTOS PARA PREVENIR DESNUTRICIÓN:** Continuar la lactancia materna, Si no mama, continuar la leche usual, En mayores de 4 meses que reciben alimentos sólidos dar la dieta corriente. Deben evitarse alimentos con mucha azúcar porque empeoran la diarrea.

**3. REGRESAR A CONTROL O CONSULTAR INMEDIATAMENTE SI NO MEJORA, SIGUE IGUAL, O SI PRESENTA CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES SIGNOS:** Muchas evacuaciones intestinales líquidas, Vómitos a repetición, sed intensa, come o bebe poco, Fiebre, sangre en heces.

**Plan B: Tratamiento de pacientes con deshidratación:** Este plan se utiliza para el tratamiento institucional, de pacientes con enfermedad diarreica y con deshidratación susceptible de ser hidratado por vía oral sin necesidad de ser hospitalizado

**Plan C: Tratamiento de pacientes con deshidratación grave:** 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 puede beber, el tratamiento se continúa con suero oral para terminar de corregir el déficit de líquidos y electrolitos y mantener al paciente hidratado.

#### **4.8.7 Prevención enfermedad diarreica aguda<sup>68</sup>.**

**4.8.7.1 Lactancia materna.** Durante los 6 primeros meses de vida, los lactantes deben ser amamantados *exclusivamente*. Esto significa que el niño sano debe recibir leche materna y *ningún otro alimento ni líquido*, como agua, té, jugo, bebidas de cereales, leche de animales o leche maternizada. La probabilidad de que los niños amamantados exclusivamente padezcan diarrea o de que mueran a

---

<sup>68</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía de atención de la enfermedad diarreica aguda. Op. Cit., p 19

causa de ella es mucho menor que la de los que no lo son o lo son sólo parcialmente.

**4.8.7.2 Mejores prácticas de alimentación.** Las buenas prácticas de alimentación implican la selección de alimentos nutritivos y el uso de prácticas higiénicas cuando se los prepara. La elección de los alimentos complementarios dependerá de las modalidades de alimentación y de los productos agropecuarios, así como de las creencias y las costumbres existentes.

**4.8.7.3 Abastecimiento de agua.** El riesgo de diarrea puede reducirse usando agua lo más limpia posible y protegiéndola de la contaminación.

**4.8.7.4 Lavado de las manos.** Todos los microorganismos patógenos que causan diarrea pueden propagarse por las manos contaminadas con materia fecal. El lavado de las manos requiere el uso de jabón o un sustituto local, como las cenizas o la tierra, y suficiente cantidad de agua para enjuagarlas bien.

**4.8.7.5 Inocuidad de los alimentos.** Los alimentos pueden contaminarse con los agentes patógenos que causan diarrea en todas las etapas de la producción y manipulación, incluso durante el cultivo (mediante el uso de abonos humanos), en los lugares públicos como los mercados, durante la preparación en casa o en los restaurantes y cuando no se conservan refrigerados después de su preparación.

**4.8.7.6 Uso de letrinas y eliminación higiénica de las heces.** Un ambiente insalubre contribuye a la propagación de los microorganismos patógenos diarreicos. Dado que los microorganismos que causan diarrea se excretan por las heces de la persona o el animal infectados, la eliminación higiénica de las heces puede ayudar a interrumpir la propagación de la infección.

**4.8.7.7 Vacunación contra el rotavirus.** La vacuna contra el rotavirus puede disminuir sustancialmente la incidencia y gravedad de las diarreas.

## 5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA	Describe aspectos generales de la persona	Edad	Años cumplidos	Razón
		Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>	Nominal
		Parentesco	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Madre</li> <li>2. Padre</li> <li>3. Hermano(a)</li> <li>4. Tío(a)</li> <li>5. Abuelo(a)</li> <li>6. Otro</li> </ol>	Nominal
		Nivel de escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaria</li> <li>• Bachiller</li> <li>• Técnico</li> <li>• Tecnólogo</li> <li>• Profesional</li> <li>• Ninguno</li> </ul>	Ordinal
		Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ama de casa</li> <li>• Agricultor</li> <li>• Trabajador independiente</li> <li>• Empleado</li> <li>• Desempleado</li> <li>• Estudiante</li> </ul>	Nominal

		Servicios públicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agua potable</li> <li>• Alcantarillado</li> <li>• Energía</li> <li>• Recolección de basuras</li> <li>• Disposición adecuada de excretas</li> </ul>	Nominal
		Características de la vivienda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Madera</li> <li>• Bareque</li> <li>• Material</li> </ul>	Nominal
		Características habitaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número habitaciones</li> <li>• Número de personas por habitación</li> </ul>	Razón
		Características de pisos vivienda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baldosa</li> <li>• Cemento</li> <li>• Tierra</li> <li>• Madera</li> </ul>	Nominal
CONOCIMIENTOS SOBRE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	Datos o información que tiene la comunidad sobre la enfermedad	Concepto	Definición que posee el cuidador sobre la enfermedad diarreica aguda	Ordinal
		Agente causal	Causas de la enfermedad según el cuidador.	Ordinal
		Signos de alarma	Conjunto de síntomas que agravan la enfermedad según el cuidador.	Ordinal
		Tratamiento	Conocimientos del cuidador sobre los medios a utilizar para el manejo de la enfermedad	



		Factores de riesgo	Conocimiento del cuidador sobre los factores que predisponen la aparición de la EDA.	
		Medidas de prevención	Conjunto de conocimiento que posee el cuidador sobre diferentes prácticas que evitan la aparición de la Enfermedad	Ordinal
ACTITUD DE LOS CUIDADORES FRENTE A LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA.	Respuesta favorable o desfavorable del cuidador frente a la enfermedad diarreica aguda.	Actitud del cuidador para prevenir la aparición de la enfermedad diarreica aguda	Tendencias que asume el cuidador para evitar la aparición de la enfermedad	Ordinal
		Actitud del cuidador frente al inicio de la enfermedad diarreica aguda	Reacción del cuidador frente a los primeros síntomas de diarrea.	Ordinal
		Actitud del cuidador frente al tratamiento de la enfermedad	Tendencias que asume el cuidador para llevar a cabo el manejo de la diarrea	Ordinal
		Actitud del cuidador frente a complicaciones de la enfermedad diarreica	Reacción del cuidador ante la aparición de las complicaciones de la diarrea	Ordinal

		Actitud del cuidador en el uso de prácticas tradicionales	Predisposición del cuidador para realizar prácticas populares para el control de la diarrea.	Ordinal
PRACTICAS REALIZADAS POR EL CUIDADOR FRENTE A LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	Acciones que desarrollan los cuidadores al presentarse un evento de enfermedad diarreica aguda.	Lugar de atención	Sitio al que se remite cuando se presenta enfermedad diarreica aguda en un menor	Ordinal
		Suero casero	Forma de preparación del suero por parte del cuidador	Ordinal
		Tratamiento farmacológico	Administración de medicamentos al menor con EDA	Ordinal
		Alimentación	Nutrición administrada al menor cuando presenta la enfermedad	Ordinal
		Prácticas tradicionales	Diferentes prácticas que se realizan al presentarse un evento de EDA	Ordinal
		Medidas preventivas	Acciones que realiza el cuidador para evitar la aparición de la EDA.	Ordinal

## **6. HIPÓTESIS**

La implementación de una estrategia educativa sobre enfermedad diarreica aguda a cuidadores de niños menores de cinco años tendrá influencia en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con la prevención y en manejo de la enfermedad y posibles complicaciones.

## 7. DISEÑO METODOLÓGICO

### 7.1 TIPO DE ESTUDIO

Este estudio se realizó con enfoque cuantitativo, porque permitió examinar los datos de manera científica, o de manera más específicamente en forma numérica, generalmente con ayuda de herramientas del campo de la estadística;<sup>69</sup> con un diseño cuasi-experimental postprueba ya que se comprobó el efecto de un programa de intervención educativa<sup>70</sup> en cuidadores de niños menores de 5 años. Se tuvo un tipo de enmascaramiento simple ciego<sup>71</sup>, ya que la comunidad no tuvo conocimiento del grupo al que pertenecía, si al grupo de comparación o al grupo experimental. Este diseño se representa con el siguiente cuadro:

GRUPO	PRE-TEST	INTERVENCION	POS-TEST
E	01E	X	02E
C	01C	—	02C

E: Grupo Experimental

C: Grupo Comparación

01: Pre-Test

02: Pos-Test

X: Aplicación de estrategia educativa

\_: Aplicación de la estrategia educativa incompleta.

---

<sup>69</sup> Estudio cuantitativo [en línea] disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Investigaci%C3%B3n\\_cuantitativa](http://es.wikipedia.org/wiki/Investigaci%C3%B3n_cuantitativa), [citado el mayo 11 del 2012]

<sup>70</sup> VERGARA IRAETA, Ana Isabel. Diseños de Investigación Experimental en Psicología, pearson educación, Madrid 2002 , pág. 9

<sup>71</sup> Técnicas de enmascaramiento [en línea] disponible en: [http://cv.uoc.edu/UOC/a/moduls/90/90\\_166d/web/main/m4/22d.html](http://cv.uoc.edu/UOC/a/moduls/90/90_166d/web/main/m4/22d.html) [citado el 11 de mayo del 2012]

## **7.2 POBLACION**

Este estudio tomó como población los cuidadores de niños menores de cinco años del municipio de Nátaga – Huila. Se incluyeron todos los cuidadores de menores de 5 años que cumplieron con los criterios de inclusión residentes en las veredas Socorro y Estrella del municipio de Nátaga, inicialmente quedó conformado el grupo experimental por 21 cuidadores de niños menores de 5 años de la vereda El Socorro y el grupo de comparación por 16 cuidadores de menores de 5 años de la vereda La Estrella, en el transcurso de las sesiones educativas hubo cuidadores que desertaron por lo cual al finalizar, el grupo experimental estuvo compuesto por 16 cuidadores y el de comparación por 13.

## **7.3 CRITERIO DE INCLUSION**

Cuidadores de niños menores de cinco años que habiten en una de las veredas Socorro y Estrella del municipio de Nátaga durante el segundo semestre del 2012.

## **7.4 CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Cuidadores de niños mayores de cinco años.
- Cuidadores menores de quince años de edad.
- Cuidadores de niños menores de cinco años que no habite en una de las dos veredas establecidas.
- Cuidador con alguna alteración mental

## **7.5 UNIDAD DE INFORMACIÓN Y ANALISIS**

Para llevar a cabo el ingreso de datos al sistema y el análisis de los resultados se diseñó una matriz a través de una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010 y del programa SPSS versión 15.0 del 2006, en los cuales se incluyeron todos los ítems de la encuesta, y por medio de los mismo se obtuvieron gráficos y tablas que posteriormente fueron analizados. Se utilizaron estadísticos de tendencia central como: media, mediana y moda para los datos como edad e ingresos socioeconómicos. Adicionalmente se determinó la normalidad de la prueba con t de student la cual arrojó como resultado que la prueba no era normal,

posteriormente se correlacionaron las variables conocimientos, actitudes y prácticas con la correlación de Pearson.

## **7.6 METODOS Y TECNICAS**

El método que se utilizó para la recolección de la información fue un cuestionario autodilucidado y en casos especiales como analfabetismo el investigador colaboró con el diligenciamiento. La técnica de medición utilizada para la recolección de la información fue un instrumento con una escala de medición tipo Likert<sup>72</sup> el cual consiste en un conjunto de ítems presentado en forma de afirmaciones o juicios con cinco categorías: totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, desacuerdo y totalmente en desacuerdo ante los cuales el encuestado señaló la categoría con la que más se sentía identificado.

## **7.7 INSTRUMENTO**

Se elaboró un instrumento (Anexo A) en el cual se tuvo en cuenta las variables y los objetivos del estudio. Este consta de 2 partes, con un total de 40 ítems, la primera, la caracterización sociodemográfica con 9 preguntas, la segunda parte evaluaba los conocimientos, actitudes y practicas por medio de la “escala tipo likert”, la cual inicialmente estaba conformada por 31 afirmaciones con cinco (5) opciones de respuesta de la siguiente manera: totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, desacuerdo y totalmente en desacuerdo, cada una de las categorías en la escala obtuvo un puntaje de 5 a 1 respectivamente, después de realizar la validez por expertos el instrumento quedo constituido por 30 ítems.

## **7.8 VALIDEZ CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS**

La validez del instrumento se realizó a través de una revisión por un panel de expertos conformado por cinco docentes del programa de Enfermería de la Universidad Surcolombiana expertos en el tema y en investigación, de los cuales solo se tuvieron en cuenta tres debido a que dos de ellos no calificaron de la forma que se les pedía. Al final de la revisión se decidió agregar a la parte sociodemográfica tres preguntas más y en la escala tipo likert se modificó la redacción y se eliminó una de las preguntas quedando un total de 11 preguntas en

---

<sup>72</sup> Escalas Likert (en línea) disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Escalas\\_Likert](http://es.wikipedia.org/wiki/Escalas_Likert), (citado el 11 de mayo de 2012)

la caracterización sociodemográfica y 30 ítems divididos en 10 para cada una de las categorías (Anexo A).

Para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó la prueba piloto al 10% de la muestra que correspondió a tres (3) cuidadores de niños menores de cinco años del municipio de Oporapa Huila, lugar que posee características similares al sitio donde se desarrolló la investigación. Esta prueba permitió determinar el grado de comprensión de los cuidadores respecto a las preguntas y el tiempo para el diligenciamiento del instrumento, el cual estuvo entre 20 y 25 minutos.

## 8. CONSIDERACIONES ETICAS

El proyecto de investigación se enmarca en la resolución N° 8430 de 1993<sup>73</sup> por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, teniendo en cuenta los artículos 5 y 6 los cuales se fundamentan en el respeto y la dignidad de los sujetos de estudio.

Este estudio se clasificó en la categoría de riesgo mínimo, pues la investigación emplea el registro de datos a través de la encuesta y la evaluación de la estrategia educativa.

El Consentimiento Informado se hizo por escrito (Anexo B), mediante el cual el sujeto de investigación autorizó su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y beneficios, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

También se tuvo en cuenta la ley 911 del 2004<sup>74</sup> en sus artículos 1 y 2, donde se dictan los principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de Enfermería que son: el respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos sin distinción de edad, credo, género, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política. Los principios éticos que orientan la responsabilidad deontológica – profesional de los Enfermeros(as) en Colombia: Beneficencia, No Maleficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad.

Además la ley 266 de 1996<sup>75</sup> “Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones”, teniendo en cuenta los principios de la práctica profesional Beneficencia, no maleficencia, respeto, autonomía, continuidad y calidad.

---

<sup>73</sup> 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.

<sup>74</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. 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. Bogotá D.C. 2004 p. 1-12

<sup>75</sup> COLOMBIA. SENADO DE LA REPÚBLICA. Ley 266 (25 de Enero de 1996). Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C. 1996 p. 1



## 9. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos de las características sociodemográfica con el fin de contextualizar la población a estudio, que corresponde a los 29 cuidadores de niños menores de cinco años de las veredas el Socorro y la Estrella del municipio de Nátaga. Además se muestran los resultados de la correlación de la pre-prueba y la post-prueba de cada uno de los grupos: experimental y comparación en cada una de las categorías: conocimientos, actitudes y prácticas.

### 9.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRAFICA

**Tabla 1.** Distribución por Edad de los cuidadores de menores de cinco años, Nátaga 2012.

	<b>GRUPO EXPERIMENTAL</b>	<b>GRUPO COMPARACION</b>
Media	27	25
Mediana	24	24
Moda	22	24
Desviación estándar	8	4
Rango	25	15
Mínimo	18	17
Máximo	43	32

La tabla 1 muestra que los cuidadores de menores de 5 años se caracterizan por encontrarse en las etapas de adolescencia tardía y adulto joven, con edades comprendidas entre 17 y 24 años, con una media de 27 y una mediana de 24 años para el grupo de comparación y el grupo experimental, en el grupo experimental encontramos una edad mínima de 18 y una máxima de 43 y en el de comparación una mínima de 17 y máxima de 32, según la caracterización de los cuidadores se puede establecer que quienes ejercen el cuidado son personas jóvenes que se encuentran en una etapa productiva que les permite asumir plenamente el cuidado de esta población.

**Tabla 2.** Distribución por Género de los cuidadores de menores de cinco años Nátaga 2012.

	<b>GRUPO EXPERIMENTAL</b>	<b>% GRUPO EXPERIMENTAL</b>	<b>GRUPO COMPARACION</b>	<b>PORCENTAJE GRUPO COMPARACION</b>
Mujer	15	94%	13	100%
Hombre	1	6%	0	0%
<b>TOTAL</b>	16	100%	13	100%

La tabla 2 muestra que en la distribución por género se observó predominio del género femenino en los dos grupos, en el grupo experimental el 94% corresponde al género femenino y 4% al masculino, y en el grupo de comparación el 100% de la población pertenece al género femenino, según Barrera<sup>76</sup> en su estudio evaluación de un programa para fortalecer a los cuidadores familiares de enfermos crónicos, establece que el papel de cuidadores es asumido principalmente por las mujeres, determinando que estas deben asumir múltiples roles a la vez como madres, amas de casa entre otros, teniendo en cuenta que culturalmente es común asumir este tipo de rol.

**Tabla 3.** Distribución según el Parentesco de los cuidadores de menores de cinco años Nátaga 2012.

<b>PARENTESCO</b>	<b>GRUPO EXPERIMENTAL</b>	<b>% GRUPO EXPERIMENTAL</b>	<b>GRUPO COMPARACION</b>	<b>% GRUPO COMPARACION</b>
Madre	14	87.5%	13	100%
Padre	1	6.25%	0	
Tío	1	6.25%	0	
<b>TOTAL</b>	16	100%	13	100%

En la tabla anterior se puede observar que en el grupo experimental el 87.5 % que cumplen con el rol de cuidadores son madres, un 6.25 % está relacionada con el parentesco de padre y tío respectivamente, mientras que en el de comparación el

<sup>76</sup> BARRERA, Lucy. Evaluación de un programa para fortalecer a los cuidadores familiares de enfermos crónicos. Revista de salud pública, vol 8. Bogotá, julio 2006.

100% del rol de cuidador es asumida por la madre, lo que concuerda con la tabla anterior en la distribución por género debido que son las mujeres en su mayoría las encargadas del cuidado de los hijos.

**Tabla 4.** Distribución según Escolaridad de los cuidadores de menores de cinco años, Nátaga 2012.

ESCOLARIDAD	GRUPO EXPERIMENTAL	% GRUPO EXPERIEMNTAL	GRUPO COMPARACION	% GRUPO COMPARACION
Primaria	7	44%	3	23%
Bachillerato	4	25%	7	54%
Técnico	3	19%	2	15%
Tecnológico	0	0%	1	7%
Ninguno	2	12%	0	0%
<b>TOTAL</b>	16	100%	13	100%

Según la tabla 4, el nivel de escolaridad del grupo experimental se encuentra ubicada en la primaria en un 44%, mientras en el grupo de comparación la mayoría realizaron estudios de bachillerato en un 54%; se encontró en menor proporción cuidadores con un grado de escolaridad a nivel técnico y tecnológico, ninguno tenía estudios a nivel universitario y el 12% del grupo experimental no contaba con algún nivel de escolaridad lo que conlleva a limitar las posibilidades de mejorar la calidad de vida de los cuidadores participantes en el estudio.

**Tabla 5.** Distribución según ocupación de los cuidadores de menores de cinco años Nátaga 2012.

OCUPACION	GRUPO EXPERIMENTAL	% GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO COMPARACION	% GRUPO COMPARACION
Ama de casa	13	81%	11	85%
Agricultor	2	12%	0	0%
Trabajador Independiente	0	0%	2	15%
Desempleado	1	7%	0	0%
<b>TOTAL</b>	16	100%	13	100%

La tabla 5 muestra que en los dos grupos la mayoría de cuidadores se dedican a las tareas del hogar, lo que está directamente relacionado con el hecho de que las madres son las encargadas del cuidado del menor. Además el no contar con un nivel de escolaridad alto les impide de alguna manera desempeñar un empleo y al vivir en el área rural es costumbre que el hombre asuma el sustento a su familia. En el grupo experimental 2 cuidadores se dedican a la agricultura uno de los cuales uno es hombre y otra mujer, 1 se encuentra desempleada, en el grupo de comparación se encuentran 2 trabajadores independientes.

**Tabla 6.** Distribución Servicios públicos con los que cuentan los cuidadores de menores de cinco años Nátaga 2012.

SERVICIOS	GRUPO EXPERIMENTAL	% GRUPO EXPERIEMNTAL	GRUPO COMPARACION	% GRUPO COMPARACION
Agua	16	100%	13	100%
Alcantarillado	13	87%	12	92%
Energía	14	88%	12	92%
Recolección de basura	2	12.5%	0	0%
<b>TOTAL</b>	45	287.5%	37	284%

La tabla anterior muestra que 16 de los cuidadores del grupo experimental cuenta con el servicio de agua, 13 con alcantarillado, 14 con energía y solo 2 con la recolección de basuras; en el grupo de comparación todos cuentan con agua, 12 con alcantarillado y energía y ninguno con recolección de basuras lo que se debe a que el carro encargado de la recolección de esta no llega al área rural, además de que las personas utilizan estos sobrantes como abono para los cultivos de sus fincas o la entierran para no verse perjudicados por los olores y microorganismo que esta genera.

**Tabla 7.** Calidad servicios públicos con los que cuentan los cuidadores de menores de cinco años Nátaga 2012.

Calidad	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO COMPARACION			
	B	R	M	NA	B	R	M	NA
Agua	16				11	2		
Alcantarillado	13			3	11	1		1
Energía	14			2	11	1		1
Recolección de basura	2			14				13

<b>TOTAL</b>	45	19	33	4	15
--------------	----	----	----	---	----

La tabla N° 7 muestra que los cuidadores del grupo experimental califican los servicios con lo que cuentan sus viviendas como buenos, el grupo de comparación en su mayoría también le dan la misma calificación solo 4 de ellos consideran que son regulares. A pesar de la calificación obtenida cabe resaltar que el índice de riesgo de la calidad del agua (IRCA) en la localidad es bajo, lo que significa: Agua no apta para consumo humano<sup>77</sup>, esto debido a que presenta contaminación especialmente por hongos ya que las fuentes de las que se abastece el acueducto municipal en las cabeceras se contaminan con aguas recibidas de las viviendas y pulpa de café.<sup>78</sup>

**Tabla 8.** Distribución por Características de las viviendas de los cuidadores de menores de cinco años, Nátaga 2012.

<b>CARACTERÍSTICA</b>	<b>GRUPO EXPERIMENTAL</b>	<b>% GRUPO EXPERIMENTAL</b>	<b>GRUPO COMPARACION</b>	<b>% GRUPO COMPARACION</b>
Madera	0	0%	1	8%
Bahareque	16	100%	9	69%
Material	0	0%	3	23%
<b>TOTAL</b>	16	100%	13	100%

Según la tabla 8 en el grupo experimental la totalidad de las viviendas están construidas de bahareque, en el grupo de comparación 9 de estas están construidas de bahareque, 3 de material y 1 de madera. El hecho de que las viviendas en su mayoría estén construidas en bahareque puede deberse a que este material es más fácil de conseguir en el área rural, es económicamente más rentable pues tiene menor costo y tradicionalmente se han construido de esta manera.

<sup>77</sup> Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano IRCA [ en línea] Disponible en: [http://www.ibal.gov.co/ibal/Ficha\\_Indicadores.pdf](http://www.ibal.gov.co/ibal/Ficha_Indicadores.pdf) [ citado 03 de abril de 2012]

<sup>78</sup>EOT. Nataga. 1999-2007, p.42

**Tabla 9.** Distribución por Número de habitaciones de las viviendas de los cuidadores de menores de cinco años, Nátaga 2012

<b>NUMERO</b>	<b>GRUPO EXPERIMENTAL</b>	<b>% GRUPO EXPERIMENTAL</b>	<b>GRUPO COMPARACION</b>	<b>% GRUPO COMPARACION</b>
Dos	4	25%	3	23%
Tres	6	37.5%	3	23%
Más de cuatro	6	37.5%	7	54%
<b>TOTAL</b>	16	100%	13	100%

La tabla anterior muestra que el 75% de las viviendas de los cuidadores del grupo experimental cuenta con tres y más de cuatro habitaciones, y que el 25% restante tiene tan solo dos; en el grupo de comparación el 54% cuenta con más de cuatro habitaciones y el 46% tiene entre dos y tres. En general las viviendas cuentan con un número grande de habitaciones puesto que la mayoría son familias ampliadas o multinucleares, es decir aquella donde viven miembros de la familia de dos o más generaciones o parientes cercanos, incluso lejanos como ahijados o familiares de amigos, lo que hace necesario un mayor espacio para vivir más cómodamente.

**Tabla 10.** Distribución Número de personas por habitación de las viviendas de los cuidadores de menores de cinco años, Nátaga 2012.

<b>NÚMERO</b>	<b>GRUPO EXPERIMENTAL</b>	<b>% GRUPO EXPERIMENTAL</b>	<b>GRUPO COMPARACION</b>	<b>% GRUPO COMPARACION</b>
	<b>L</b>	<b>L</b>	<b>N</b>	<b>N</b>
Una	0	0%	2	15%
Dos	10	62.5%	7	54%
Tres	6	37.5%	3	23%
Más de Cuatro	0	0%	1	8%
<b>TOTAL</b>	16	100%	13	100%

En la tabla 10 se observa que en el grupo experimental el 62.5% de los cuidadores respondió que duermen 2 personas por habitación y el 37.5 restantes 3 personas

por habitación; en el grupo de comparación también se encontró que el 54% de los cuidadores respondió que duermen 2 personas por habitación y en una menor proporción una, dos y más de cuatro personas por habitación, lo que constituye un factor de riesgo para la presencia de algunas enfermedades que pueden adquirirse y propagarse rápidamente debido al hacinamiento en el que viven las personas, esta es una condición que se presenta en grupos poblacionales del área rural asociada con presencia de bajos ingresos, bajo nivel educativo y bajo nivel de vida, este caso no es la excepción.

**Tabla 11.** Distribución por Características de los pisos de las viviendas de los cuidadores de menores de cinco años, Nátaga 2012.

<b>MATERIAL</b>	<b>GRUPO EXPERIMENTAL</b>	<b>% GRUPO EXPERIEMNTAL</b>	<b>GRUPO COMPARACION</b>	<b>% GRUPO COMPARACION</b>
Baldosa			1	8%
Cemento	12	75%	9	69%
Tierra	2	12.5%	1	8%
Madera	2	12.5%	2	15%
<b>TOTAL</b>	16	100%	13	100%

En la tabla anterior se puede observar que la mayor parte de las viviendas tanto en el grupo experimental 75% y comparación 69% los pisos son de cemento, seguido de madera, tierra y baldosa respectivamente, lo cual puede ser un factor protector ya que al piso de cemento se le puede realizar aseo adecuado, en cuando al porcentaje que posee pisos de madera y tierra existe un mayor riesgo de estar expuesto a microorganismos patógenos y a sufrir enfermedades de manera que aumenta el riesgo de sufrir problemas de la salud de los habitantes de las viviendas.

**Tabla 12.** Distribución por Instalaciones sanitarias de las viviendas de los cuidadores de menores de cinco años, Nátaga 2012

	<b>GRUPO EXPERIMENTAL</b>	<b>% GRUPO EXPERIEMNTAL</b>	<b>GRUPO COMPARACION</b>	<b>% GRUPO COMPARACION</b>
Si	14	88%	12	92%
No	2	12%	1	8%
<b>TOTAL</b>	16	100%	13	100%

Según la tabla 12 el 88% de las viviendas de los cuidadores de menores de cinco años del grupo experimental cuenta con instalaciones sanitarias y el 12% restante no lo tiene, en el grupo de comparación, el 92% de estos también tiene acceso a estas instalaciones, lo que demuestra que el gobierno departamental y municipal se ha preocupado por mejorar las condiciones de vida de las personas por medio de un subsidio que les permite mejorar sus condiciones de asistencia sanitaria.

**Tabla 13.** Tipo de instalaciones sanitarias de las viviendas de los cuidadores de menores de cinco años, Nátaga 2012.

<b>TIPO</b>	<b>GRUPO EXPERIMENTAL</b>	<b>% GRUPO EXPERIEMNTAL</b>	<b>GRUPO COMPARACION</b>	<b>% GRUPO COMPARACION</b>
Inodoro	14	88%	11	85%
Letrina		0%	1	7.5%
Campo abierto	2	12%	1	7.5%
<b>TOTAL</b>	16	100%	13	100%

La tabla 13 muestra que en el grupo experimental el 88% de las viviendas cuenta con instalaciones sanitarias de tipo inodoro y que el 12% restantes no tienen instalaciones sanitarias por lo que deben realizar sus deposiciones a campo abierto, en el grupo de comparación se observa que el 92.5% tienen instalaciones sanitarias y de estos el 85% es de tipo inodoro y el 7.5% letrina, el porcentaje restante que no posee instalaciones sanitarias realiza sus deposiciones a campo abierto, lo que incrementa el riesgo de presencia de diarreas, siendo los niños quienes están más expuestos a adquirirla ya que en sus juegos diarios en los sitios cercanos al depósito de material contaminado, pueden adquirir los microorganismos causantes.

**Tabla 14.** Distribución por tiempo que dedica al cuidado de los menores de cinco años, Nátaga 2012.

<b>HORAS</b>	<b>GRUPO EXPERIMENTAL</b>	<b>% GRUPO EXPERIEMNTAL</b>	<b>GRUPO COMPARACION</b>	<b>% GRUPO COMPARACION</b>
12 horas	2	12%	0	0%
24 horas	14	88%	13	100%
<b>TOTAL</b>	16	100%	13	100%



En la tabla 14 se observa que el 88% y el 100% de los cuidadores del grupo experimental y el de comparación dedican al cuidado del menor las 24 horas del día, esto debido a que, la mayor parte de cuidadores encuestados son madres, amas de casa, por lo cual siempre se encuentran con el menor, el 12% restante del grupo experimental dedican a este cuidado solo 12 horas pues son aquellos que se dedican a la agricultura y no pueden estar presente todo el tiempo con su hijo.

## 9.2 CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS CUIDADORES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Se realizó la calificación del instrumento para determinar si los resultados encontrados estaban en el nivel bueno, regular o malo.

Se determinaron los rangos de calificación los cuales se encuentran de la siguiente manera, >4.27 bueno, entre 3.57 y 4.27 regular y <3.57 malo, encontrándose de este modo con la siguiente calificación.

**Cuadro 1.** Calificación de conocimientos grupo experimental.

CONOCIMIENTOS	PROMEDIO PRE-PRUEBA	PROMEDIO POST-PRUEBA
1. Tener hábitos higiénicos inadecuados como no lavarse las manos, no hervir el agua, consumir alimentos contaminados, etc. causa diarrea	4,88	4,69
2. El no conocer la enfermedad diarreica aguda es un factor de riesgo para la presencia de complicaciones.	4,75	4,68
3. El riesgo de diarrea puede reducirse usando agua potable.	4,19	3,88
4. La diarrea es la deposición, de tres o más veces al día de heces sueltas o líquidas	4,50	4,94
5. La salida de los dientes en los niños, causa diarrea.	1,31	2,31
6. La diarrea es causada por virus, bacterias o parásitos.	4,38	4,94
7. El descuajo es una de las principales causas de diarrea en los niños.	1,81	2,25
8. Un buen tratamiento de la diarrea incluye dar agua pura en grandes cantidades.	3,25	4,44
9. La vacuna contra el rotavirus protege la aparición de diarreas	4,88	4,93
10. Cuando un niño tiene diarrea, se debe suspender la lactancia materna.	3,93	4,81
TOTAL	3,78	4,18

Fuente : SPSS 15.0

En el grupo experimental en la pre-prueba se observó que de los 10 ítems planteados 4 tuvieron una calificación mala, 1 regular y 5 buenas dando como resultado una calificación general de regular con un promedio de 3.78, En la post-prueba los resultados fueron los siguientes: en el grupo experimental las respuestas calificadas como malas fueron 2, regulares 2 y buenas 6, lo que da un promedio de 4,18 lo que evidencia que la aplicación de una estrategia educativa a cuidadores de niños menores de cinco años para prevenir y manejar la diarrea aumentó la calificación de los conocimientos que poseen las personas frente a esta enfermedad.

Al comparar los promedios obtenidos antes y después de la intervención educativa se observa que la calificación general del grupo experimental paso de un 3.78 a 4.18 lo cual nos indica que a pesar de que se mantiene una calificación en el nivel regular existió un aumento en el promedio, es decir que la estrategia educativa produce una modificación del nivel de los conocimientos que las personas poseen frente a la enfermedad y su manejo.

También se puede observar que las preguntas en las que se obtuvo una calificación en el nivel malo en la postprueba son las relacionadas con las creencias populares como las relacionadas con la diarrea ocasionada por la salida de los dientes en los niños y asociar la diarrea con la creencia popular sobre el descuajo, que según ellos es provocado por movimientos bruscos o golpes lo que ocasiona heces líquidas con moco, esto nos indica que las creencias populares se encuentran muy arraigadas en ellos, pues estas han sido transmitidas de generación en generación, siendo difícil cambiar las ideas que se adquieren a través del saber popular.

**Cuadro 2.** Calificación de los conocimientos grupo de comparación.

<b>CONOCIMIENTOS</b>	<b>PROMEDIO PRE-PRUEBA</b>	<b>PROMEDIO POST-PRUEBA</b>
1. Tener hábitos higiénicos inadecuados como no lavarse las manos, no hervir el agua, consumir alimentos contaminados, etc. causa diarrea.	4,69	4,77
2. El no conocer la enfermedad diarreica aguda es un factor de riesgo para la presencia de complicaciones.	4,69	4,69
3. El riesgo de diarrea puede reducirse usando agua potable.	3,77	3,69

4. La diarrea es la deposición, de tres o más veces al día de heces sueltas o líquidas	4,23	4,77
5. La salida de los dientes en los niños, causa diarrea.	2,08	2,00
6. La diarrea es causada por virus, bacterias o parásitos.	4,62	4,62
7. El descuajo es una de las principales causas de diarrea en los niños.	1,69	1,85
8. Un buen tratamiento de la diarrea incluye dar agua pura en grandes cantidades.	2,54	2,62
9. La vacuna contra el rotavirus protege la aparición de diarreas	3,46	3,85
10. Cuando un niño tiene diarrea, se debe suspender la lactancia materna.	4,38	4,62
TOTAL	3,62	3,75

Fuente : SPSS 15.0

En el grupo de comparación las respuestas calificadas como malas fueron 4, regulares 2 y buenas 4, lo cual da como resultado una calificación general en cuanto a conocimientos regular con un promedio de 3.62. En la post-prueba las respuestas calificadas como malas fueron 3, regulares 3 y buenas 4 lo que da un promedio de 3,75,

En este grupo encontramos un promedio inicial de 3.62 y en la postprueba de 3.75, lo cual indica que al grupo al que no se le realizó la intervención educativa, al cual únicamente se le entregó el material educativo sin reforzar cada tema, no presentó cambios considerables en la calificación, lo cual refuerza el concepto de que las estrategias educativas deben ser teórico - prácticas encaminadas a reforzar los conocimientos para producir modificación de estos, ya que la entrega de material no es suficiente para contribuir en mejorar el nivel de conocimientos de los cuidadores de menores de cinco años orientados a disminuir el riesgo de que estos enfermen de diarrea.

**Cuadro 3.** Calificación de las actitudes grupo experimental.

<b>ACTITUDES</b>	<b>PROMEDIO PREPRUEBA</b>	<b>PROMEDIO POS PRUEBA</b>
1. Para evitar la presencia de diarrea usted herviría el agua que consume.	4,94	4,94
2. Si el menor presentara más de tres deposiciones semilíquidas en el día le daría un purgante	4,69	4,63
3. Si el menor presentara diarrea, usted le daría medicamentos sin fórmula para detenerla.	4,25	4,38
4. Si el menor presentara uno de los siguientes síntomas: boca seca, llanto sin lágrimas, fiebre, vómito y ojos hundidos lo llevaría inmediatamente al hospital.	5,00	4,88
5. Para tratar la diarrea del menor, usted seguiría los remedios caseros que le dan sus familiares o vecinos.	2,25	2,88
6. Como medida para el tratamiento de la diarrea usted le daría suero oral.	5,00	4,81
7. Si el menor presentara diarrea, usted lo llevaría donde un sobandero para el tratamiento de esta.	3,63	4,19
8. Para la rehidratación oral en un caso de diarrea, usted utilizaría agua de arroz tostado.	3,81	4,06
9. Usted utilizaría bebidas rehidratantes deportivas (gatorade, red bull, etc.) como tratamiento para la deshidratación.	2,81	4,31
10. Aunque la indicación médica sea de X días, usted continuaría con el tratamiento ordenado solo hasta que desaparezca la diarrea.	3,63	4,50
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>4.36</b>

Fuente : SPSS 15.0

En cuanto a las actitudes encontramos que de los 10 ítems planteados en el grupo experimental se obtuvo la calificación de la siguiente manera mala 2, regular 4 y buena 4, dando como resultado una calificación general de regular con un promedio de 4, en la post-prueba las calificaciones obtenidas fueron las siguientes mala 1, regular 2 y buena 7, dando como resultado un promedio de 4.36 lo que indica una calificación buena en cuanto a actitudes

Al comparar los promedios obtenidos entre pre y post-prueba se observa que se pasó de un promedio de 4 lo cual representa una calificación regular a un 4.36 que equivale a una calificación buena, lo que demuestra que la intervención educativa mejoró las actitudes de los cuidadores frente a esta enfermedad.

**Cuadro 4.** Calificación de las actitudes grupo de comparación

<b>ACTITUDES</b>	<b>PROMEDIO PRE-PRUEBA</b>	<b>PROMEDIO POST-PRUEBA</b>
1. Para evitar la presencia de diarrea usted herviría el agua que consume.	4,23	4,54
2. Si el menor presentara más de tres deposiciones semilíquidas en el día le daría un purgante	3,77	4,08
3. Si el menor presentara diarrea, usted le daría medicamentos sin fórmula para detenerla.	3,85	3,85
4. Si el menor presentara uno de los siguientes síntomas: boca seca, llanto sin lágrimas, fiebre, vómito y ojos hundidos lo llevaría inmediatamente al hospital.	5,00	5,00
5. Para tratar la diarrea del menor, usted seguiría los remedios caseros que le dan sus familiares o vecinos.	2,46	2,46
6. Como medida para el tratamiento de la diarrea usted le daría suero oral.	4,54	4,69
7. Si el menor presentara diarrea, usted lo llevaría donde un sobandero para el tratamiento de esta.	3,38	4,00
8. Para la rehidratación oral en un caso de diarrea, usted utilizaría agua de arroz tostado.	4,08	4,08
9. Usted utilizaría bebidas rehidratantes deportivas (gatorade, red bull, etc.) como tratamiento para la deshidratación.	4,54	4,00
10. Aunque la indicación médica sea de X días, usted continuaría con el tratamiento ordenado solo hasta que desaparezca la diarrea.	3,23	4,15
<b>TOTAL</b>	<b>3,91</b>	<b>4,08</b>

Fuente: SPSS 15.0

En el grupo de comparación las calificaciones obtenidas fueron las siguientes: malas 3, regular 4 y buena 3, con una calificación general de regular con un promedio de 3.91, las calificaciones obtenidas en la post-prueba en el grupo de comparación fueron, malas 1, regulares 6 y buenas 3, con un promedio de 4.08 que equivale a una calificación regular.

Al comparar los promedios entre pre y post-prueba las calificaciones obtenidas fueron las siguientes 3.91 en la pre-prueba que indica una calificación regular y en la postprueba 4.08 que equivale a la misma calificación, es decir no tiene un cambio significativo, lo que indica que las actitudes de este grupo ante la enfermedad no son favorables, la pregunta en la que el grupo de comparación

continúa con una mala calificación es la relacionada con los remedios caseros formulados por familiares o vecinos, pues como ya se nombraba anteriormente las creencias se encuentran arraigadas en la comunidad.

**Cuadro 5.** Calificación de prácticas grupo experimental.

<b>PRACTICAS</b>	<b>PROMEDIO PRE-PRUEBA</b>	<b>PROMEDIO POST-PRUEBA</b>
1. Usted siempre se lava las manos antes de preparar y consumir los alimentos.	5,00	4,94
2. Usted hierve el agua con la que prepara la alimentación del menor.	4,69	4,94
3. Usted no le da suero casero al niño con diarrea porque no sabe la forma de preparación	3,56	4,25
4. Cuando el menor presenta diarrea usted suspende la leche materna.	4,06	4,19
5. Cuando el menor presenta diarrea inmediatamente lo lleva al centro de salud.	2,50	2,44
6. Cuando el niño presenta diarrea se continúa con alimentación normal para prevenir la desnutrición	3,56	4,50
7. Cuando el niño presenta diarrea usted acude al sobador las veces que sea necesario para detener la diarrea.	3,94	3,81
8. Cuando el menor presenta diarrea usted lo lleva a una farmacia y compra los medicamentos que le sugieren allí.	3,81	4,69
9. Para tratar la diarrea usted administra 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.	3,44	4,88
10. Usted utiliza una manilla con un azabache para proteger al niño del mal de ojo.	2,88	3,44
<b>TOTAL</b>	<b>3,74</b>	<b>4,21</b>

Fuente : SPSS 15.0

En el grupo experimental en la pre-prueba, se encontró que una calificación de 5 preguntas como mala, 3 regular y 2 buena, con un promedio de 3.74 indicando una calificación regular. En la post-prueba los resultados fueron los siguientes: mala 2, regular 3 y buena 5, con un promedio de 4,21 que al igual que el anterior indica una calificación regular.

Al realizar la comparación entre la pre y post prueba encontramos que inicialmente obtuvo un promedio de 3.74 y post-prueba 4.21 lo que indica que se mantuvo un nivel de calificación regular, a pesar de esto el promedio mejoro significativamente ya que se encuentra en el límite superior, acercándose a bueno, lo cual significa que, las prácticas presentaron un cambio positivo.

**Cuadro 6.** Calificación de prácticas grupo de comparación.

<b>PRACTICAS</b>	<b>PROMEDIO PRE-PRUEBA</b>	<b>PROMEDIO POST-PRUEBA</b>
1. Usted siempre se lava las manos antes de preparar y consumir los alimentos.	4,77	4,85
2. Usted hierva el agua con la que prepara la alimentación del menor.	4,85	4,85
3. Usted no le da suero casero al niño con diarrea porque no sabe la forma de preparación	3,08	3,69
4. Cuando el menor presenta diarrea usted suspende la leche materna.	4,23	4,54
5. Cuando el menor presenta diarrea inmediatamente lo lleva al centro de salud.	1,77	1,85
6. Cuando el niño presenta diarrea se continua con alimentación normal para prevenir la desnutrición	3,62	3,77
7. Cuando el niño presenta diarrea usted acude al sobador las veces que sea necesario para detener la diarrea.	4,23	4,31
8. Cuando el menor presenta diarrea usted lo lleva a una farmacia y compra los medicamentos que le sugieren allí.	3,46	3,46
9. Para tratar la diarrea usted administra 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.	4,00	4,00
10. Usted utiliza una manilla con un azabache para proteger al niño del mal de ojo.	2,62	2,85
<b>TOTAL PRACTICAS GRUPO COMPARACION</b>	<b>3,67</b>	<b>3,82</b>

Fuente : SPSS 15.0

En la pre-prueba la calificación en el grupo de comparación fue de 4 mala, 4 regular y 2 buena, con un promedio de 3.66 en general equivalente a una calificación regular. Al realizar la comparación entre la pre y post prueba se pasa de un 3.66 a 3.8, persistiendo la calificación regular, es decir que el hecho de dar solo las ayudas educativas (folletos) no ayuda a que los cuidadores mejoren sus prácticas respecto a la enfermedad.

**Tabla 15.** Calificación total por variable.

	<b>PRE-PRUEBA</b>	<b>POST-PRUEBA</b>
Conocimientos experimental	3.78	4.18
Conocimientos comparación	3,62	3,75
Actitudes experimental	4	4.36
Actitudes comparación	3,91	4,08
Practicass experimental	3,74	4,21
Practicass comparación	3,67	3,82

Fuente: SPSS 15.0

Al observar la variable conocimientos, se evidencia que en la pre-prueba el grupo experimental y el de comparación mantienen promedios similares, equivalentes a una calificación regular, en el grupo experimental de los 16 participantes tan solo uno obtuvo una calificación buena, 9 regular y 6 mala, mientras que en el grupo de comparación de los 13 participantes al igual que en el experimental tan solo 1 obtuvo una buena calificación, las personas con calificación regular fueron 4 y mala 8, en la post-prueba se observa un cambio significativo ya que el grupo de comparación mantiene un promedio similar al obtenido en la pre-prueba mientras que el experimental cambió sus conocimientos de forma positiva, esto evidenciado con el aumento en el promedio, en cuanto a las calificaciones individuales en esta variable se encontró que en el grupo experimental 8 presentaron una buena calificación, 7 regular y 1 mala y en el de comparación 1 buena.

En la variable de actitudes frente a la enfermedad se observa que en la pre-prueba tanto en grupo experimental como el de comparación mantienen una calificación en un nivel regular con un promedio de 4 y 3.91 respectivamente, en cuanto a la calificación individual se encontró en el grupo experimental 3, con una calificación buena, 8 regular y 2 mala, y en el de comparación 3 buena, 7 regular y 3 mala. En la post-prueba el grupo experimental pasó de una calificación regular a buena con un promedio de 4.36 mientras que el grupo de comparación se mantiene en el nivel de calificación regular con un promedio de 4.08, en las calificaciones individuales, para el grupo experimental 11 obtuvieron una buena calificación, 4 regular y 1 mala, mientras que en el de comparación 5 buena, 6 regular y 2 mala.

En cuanto a las practicas se observa una calificación regular en la pre-prueba para los 2 grupos con un promedio de 3.74 para el grupo experimental y 3.67 para el de



comparación, las calificaciones individuales fueron las siguientes, en el grupo experimental 1 buena, 8 regular y 7 mala, para el grupo de comparación de los 13 participantes 2 tuvieron una buena calificación, 5 regular y 6 mala. En la post-prueba los 2 grupos se mantienen en el mismo nivel de calificación pero con una diferencia significativa en cuanto a los promedios, siendo de 4.21 para el grupo experimental y 3.82 para el grupo de comparación, y las calificaciones individuales para el grupo experimental 7 participantes obtuvieron una buena calificación, 8 regular y 1 mala, y en el de comparación 1 buena, 10 regular y 2 mala.

**Tabla 16.** Calificación general de la prueba.

	PRE- PRUEBA	POST- PRUEBA
General experimental	3.79	4.22
General comparación	3.73	3.88

Fuente: SPSS 15.0

Al promediar los resultados obtenidos en la prueba se pudo observar que en la pre-prueba tanto el grupo experimental como el de comparación se encuentran en un nivel de calificación regular con un promedio de 3.79 y 3.73 respectivamente, el cual equivale al límite inferior, al observar las calificaciones individuales en cada uno de los grupos, para el experimental ninguno obtuvo una calificación buena, 13 regular y 3 malo, en el de comparación 2 buena, 6 regular y 5 mala, en la post-prueba a pesar de que el grupo experimental no obtuvo el resultado esperado que era en el nivel bueno en las 3 variables, cabe destacar que aumentó el promedio a 4.22, mientras que el grupo de comparación se mantuvo con una calificación similar a la pre-prueba, con un promedio de 3.88, en las calificaciones el grupo experimental paso de no tener ninguna persona con una buena calificación a 7, 8 regular y tan solo una persona con una calificación mala.

Lo anteriormente expuesto afianza el concepto de que una estrategia educativa debe ir acompañada de dinámicas y actividades orientadas a reforzar los conocimientos, generar cambios en las actitudes y prácticas de la población objeto de estudio. En relación con los ítems que continuaron presentando calificaciones malas son los relacionados con las preguntas acordes a los conocimientos y prácticas culturales para las cuales se necesita de mayor intervención y diferentes tipos de estrategias para lograr cambiar ya que estas se encuentran muy arraigadas.

Por otro lado se observó tanto en las variables individuales como en la calificación general que muchas de las personas lograron cambiar sus conocimientos actitudes y prácticas y pasaron de un nivel regular o malo a bueno.

**Tabla 17.** Estadísticos de fiabilidad.

ALFA DE CRONBACH	ALFA DE CRONBACH BASADA EN LOS ELEMENTOS TIPIFICADOS	No. DE ELEMENTOS
.711	.767	59

Fuente : SPSS 15.0

Para verificar la fiabilidad del instrumento se utilizó el Alfa de Cronbach, esta prueba toma valores entre 0 y 1, esto indica que cuanto más se acerque el índice al extremo 1, mejor es la fiabilidad, considerando una fiabilidad respetable a partir de 0,70.<sup>79</sup> En esta investigación el resultado fue de 0.711, lo que demuestra que el instrumento utilizado para el desarrollo de la investigación midió lo que se quería medir, es decir es un instrumento fiable, que hace mediciones estables y consistentes, además de que demuestra la homogeneidad de las preguntas.

**Tabla 18.** Correlación de Pearson entre el grupo experimental y el de comparación.

		PRE-PRUEBA EXPERIMENTAL	PRE-PRUEBA COMPARACIÓN	POST-PRUEBA EXPERIMENTAL	POST-PRUEBA COMPARACIÓN
Pre-prueba experimental	Correlación de Pearson	1	,751(**)	,761(**)	,798(**)
Pre-prueba Comparación	Correlación de Pearson	,751(**)	1	,787(**)	,958(**)
Post-prueba Experimental	Correlación de Pearson	,761(**)	,787(**)	1	,842(**)
Post-prueba Comparación	Correlación de Pearson	,798(**)	,958(**)	,842(**)	1

<sup>79</sup> Interpretación Alfa de Cronbach [en línea] Disponible en < [http://es.wikipedia.org/wiki/Alfa\\_de\\_Cronbach](http://es.wikipedia.org/wiki/Alfa_de_Cronbach) Alfa de Cronbach > [citado 19 de diciembre de 2012].

La tabla muestra la correlación entre los grupos estudiados, para ello se utilizó la correlación de Pearson hallada por medio del programa SPSS versión 15.0, los resultados obtenidos fueron los siguientes: En la pre-prueba, entre el grupo experimental y de comparación la correlación fue de 0.751 lo cual indica una correlación positiva alta debido a que la diferencia de las medias entre estos dos grupos no difiere mucho. Entre el grupo experimental en la pre-prueba y el grupo experimental en la post-prueba la correlación es de 0.761, lo que se considera una correlación positiva ya que se acerca a 1, esto demuestra que la estrategia educativa que se implementó influyó de manera positiva en los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores frente a la diarrea, ya que el rango de las correlaciones va de -1 a 1 y entre más valores cercanos a 1 la correlación es fuerte y directa.

En el grupo de comparación entre la pre-prueba y pos-prueba la correlación es de 0.958, lo cual indica que esta es alta y positiva, debido a que las respuestas dadas tanto antes y después de aplicada la estrategia tuvo un comportamiento similar, debido a que con este grupo no se llevó a cabo la intervención educativa sino que solo se les entregó las ayudas educativas sin enfatizar en ninguna de ellas, lo que demuestra que el hecho de solo entregar la información en folletos a la comunidad sin hacer una explicación ni hacer la demostración de esta, no mejora los conocimientos, las actitudes ni las prácticas frente a la enfermedad, pues la comunidad no le da importancia al hecho de solo entregar la información y muchas veces no lee el folleto, lo guarda e inclusive hasta lo bota si revisarlo una sola vez. Es por esta razón que es de bastante importancia la realización de talleres teórico – prácticos, consecutivos y de este modo llevar la información poco a poco a la comunidad y así poder integrar todo el conocimiento llevando un seguimiento a estos y evaluar el cambio en conocimientos actitudes y prácticas.

**Tabla 19.** Correlación de Pearson entre los conocimientos.

		PRE- PRUEBA EXPERIME NTAL	PRE- PRUEBA COMPARAC IÓN	POST- PRUEBA EXPERIM ENTAL	POST- PRUEBA COMPARAC IÓN
Pre-prueba experimental	Correlación de Pearson	1	,878(**)	,866(**)	,900(**)
	Sig. (bilateral)		,001	,001	,000
Pre-prueba Comparación	Correlación de Pearson	,878(**)	1	,770(**)	,985(**)
	Sig. (bilateral)	,001		,009	,000
Post-prueba Experimental	Correlación de Pearson	,866(**)	,770(**)	1	,820(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,009		,004
Post-prueba Comparación	Correlación de Pearson	,900(**)	,985(**)	,820(**)	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,004	

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Teniendo en cuenta los datos de la tabla anterior se observa entre el grupo de comparación pre-prueba y post-prueba una correlación positiva de 0.985, con una significancia a nivel de 0.01 bilateral, lo cual nos indica que este grupo mantuvo el mismo comportamiento tanto antes de la aplicación de la estrategia educativa como después, las respuestas presentadas siempre estuvieron al mismo nivel, en cuanto al grupo experimental se encuentra una correlación de 0.866, la cual es positiva, con una significancia a nivel de 0.05 bilateral, lo cual nos indica que las respuestas obtenidas antes de la estrategia tuvieron un cambio en la post-prueba, que se refleja en los datos obtenidos en la correlación.

**Tabla 20.** Correlación de Pearson en actitudes.

		PRE-PRUEBA EXPERIMENTAL	POST-PRUEBA EXPERIMENTAL	PRE-PRUEBA COMPARACIÓN	POST-PRUEBA COMPARACIÓN
Pre-prueba Experimental	Correlación de Pearson	1	,645(*)	,860(**)	,831(**)
	Sig. (bilateral)		,044	,001	,003
Post-prueba Experimental	Correlación de Pearson	,645(*)	1	,765(**)	,847(**)
	Sig. (bilateral)	,044		,010	,002
Pre-prueba Comparación	Correlación de Pearson	,860(**)	,765(**)	1	,945(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,010		,000
Post-prueba Comparación	Correlación de Pearson	,831(**)	,847(**)	,945(**)	1
	Sig. (bilateral)	,003	,002	,000	

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Al igual que la tabla anterior de correlación de conocimientos, en esta también se presenta la mayor correlación en el grupo de comparación, siendo para esta variable de 0.945 con una significancia a nivel de 0.01 bilateral, esto relacionado con el comportamiento similar del grupo en cuanto actitudes tanto antes como después de la intervención, por otro lado el grupo experimental que se encuentra con una correlación de 0.645, con una significancia a nivel de 0.05 indica el cambio presentado antes y después de la intervención, es decir las repuestas no fueron las mismas en las 2 pruebas debido a que pasaron de un nivel regular a bueno después de la implementación de la estrategia educativa gracias a que los individuos son más susceptibles a modificar sus actitudes una vez reciben estímulos positivos que son reforzados con educación.

**Tabla 21.** Correlación de Pearson en prácticas.

		PRE-PRUEBA EXPERIMENTAL	POST-PRUEBA EXPERIMENTAL	PRE-PRUEBA COMPARACIÓN	POST-PRUEBA COMPARACIÓN
Pre-prueba experimental	Correlación de Pearson	1	,925(**)	,773(**)	,923(**)
	Sig. (bilateral)		,000	,009	,000
Post-prueba experimental	Correlación de Pearson	,925(**)	1	,818(**)	,980(**)
	Sig. (bilateral)	,000		,004	,000
Pre-prueba comparación	Correlación de Pearson	,773(**)	,818(**)	1	,814(**)
	Sig. (bilateral)	,009	,004		,004
Post-prueba Comparación	Correlación de Pearson	,923(**)	,980(**)	,814(**)	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,004	

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Con respecto a la variable practicas entre la pre y postprueba del grupo experimental encontramos que la correlación es de 0.925 con un nivel de significancia de 0,01, lo que indica que hay una correlación positiva fuerte y que las estrategia educativa logro lo que quería hacer, que era el paso de un nivel regular a un nivel bueno.

**Tabla 22.** Prueba t student.

Prueba de muestras relacionadas								
	Diferencias relacionadas					t	gl	g. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par resprespre - re	29151	,52290	,06751	,42659	,15643	-4,318	59	,000

Se realizó la prueba t para determinar si los dos grupos diferían entre si obteniendo como resultado una significancia menor a 0.05 lo que nos indica la confiabilidad de los resultados obtenidos, con una  $t=-4$ , teniendo en cuenta que el límite superior es de -0,156 estaría y el inferior es de - 0,426, se puede concluir que la media de los grupos son estadísticamente significativos y se establece que las muestras provienen de la misma población, por lo tanto se corrobora lo que se plantea en la hipótesis propuesta en la investigación<sup>80</sup>.

---

<sup>80</sup> VARELA MOLLOU, Jesús y RIAL BOUBETA, Antonio. Estadística práctica para la investigación en ciencias de la salud, 2 ed. España: Netbiblo S. L , 2008. p. 106.

## 10. DISCUSION

Cuando se habla de la definición de cuidador se está haciendo referencia a personas o instituciones que se hacen cargo de personas con algún nivel de dependencia, en general se habla de que en un 85% el papel de cuidador lo asume la mujer, la práctica del cuidado está muy unida a la naturaleza y a la condición femenina incluye elementos de obligación y responsabilidad, y es un trabajo a menudo desvalorizado y, en general, muy poco reconocido. El cuidado informal se caracteriza por algunos rasgos esenciales: se realiza a otros o para otros; no es institucional; no está remunerado; se da gracias a la relación de parentesco<sup>81</sup>.

En la investigación al igual que en la sociedad se encuentra que tanto en el grupo experimental como en el de comparación la mujer es la encargada del cuidado, siendo un porcentaje mínimo el género masculino, ya que se presentó tan solo 1 en el grupo experimental lo que ratifica lo anteriormente escrito, esto debido a que son mujeres madres, que no cuentan con los estudios necesarios para desarrollar otro oficio, además de que viven en la zona rural donde generalmente es el hombre quien se encarga del trabajo pesado, de llevar dinero a su familia y la mujer la que se queda a cargo del hogar y al cuidando de sus hijos.

Esto se relaciona con la investigación de Pezo<sup>82</sup> donde obtiene como resultados que frente a una enfermedad física o mental del familiar, la mujer se responsabiliza de su tratamiento empleando prácticas domésticas, místicas o buscando atención médica rápida y eficaz.

En cuanto al nivel educativo se encontró diferencias entre los grupos ya que en el grupo experimental predomina la primaria siendo muy similar con los resultados reportados por Burgoa donde se encuentra que la mayor parte de las encuestadas tenían un grado de escolaridad primaria (79,8%) y el restante un grado de escolaridad secundaria, por el contrario en el grupo de comparación la mayoría de los cuidadores (54%) terminaron el bachillerato, lo que no influyo para que este grupo mejorara sus conocimientos, actitudes y practicas frente a la diarrea.

---

<sup>81</sup>QUERO, Aurora. Los cuidados no profesionales en el hospital: la mujer cuidadora. Escuela Universitaria de Enfermería Virgen de las Nieves. Granada. España

<sup>82</sup>PEZO SILVA, María Concepción ; NEIDE DE SOUZA, Maguida y COSTA , Stefanelli, La mujer responsable de la salud de la familia



Delgado<sup>83</sup> en su investigación no encontró asociación entre educación materna y conocimientos sobre signos de alarma en EDA, tan solo resalta que el nivel educativo mejora los hábitos de higiene que con el tiempo se hacen necesarios para la prevención de diferentes enfermedades en los niños.

El nivel educativo no se puede tomar como un indicador para determinar el nivel de conocimientos de los cuidadores frente a la diarrea en esta investigación, pues como se mencionó anteriormente en el grupo experimental la mayoría de los cuidadores solo habían terminado la primaria y a pesar de esto mejoraron su puntuación después de haber aplicado la estrategia, por el contrario el grupo de comparación en el cual en su mayoría realizaron estudios a nivel bachiller se mantuvo con la misma calificación sin mostrar mejoría alguna.

Teniendo en cuenta los hallazgos de Gutiérrez<sup>84</sup> en su estudio “intervención educativa para el manejo efectivo de diarrea en el hogar” se evidencia que prevalecen los conocimientos regulares en los cuidadores con respecto a la prevención y manejo de la enfermedad diarreica aguda, su muestra se encontraba con un nivel de escolaridad de bachiller o más, y a pesar de esto los conocimientos fueron deficientes, se concluyó que el grado de escolaridad no influía de manera directa en la adquisición de conocimientos cuando eran sometidos a una estrategia educativa orientada al manejo de la diarrea en el hogar.

Se evidenció en los 2 grupos que la ocupación predominante de los cuidadores encuestados es la de ama de casa, pues son las mujeres en el área rural las que desempeñan esta labor, ya que como es costumbre, las labores del campo son realizadas por el hombre, pues requieren mucho más esfuerzo, esto demuestra y ratifica que además de encargarse de las labores del hogar también cumplen con el papel de cuidadores, pues tienen que estar pendientes del menor las 24 horas del día.

---

<sup>83</sup> DELGADO, Mario Francisco *et al.* Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI. En: Colombia Médica **On-line versión** ISSN 1657-9534, vol.37 no.4 Cali Oct. /Dic. 2006.

<sup>84</sup> GUTIERREZ C., Claudia. Intervención educativa para el manejo efectivo de diarrea en el hogar, En Boletín médico del Hospital Infantil de México, versión impresa ISSN 1665-1146, volumen.61 n.1 México feb. 2004,

Lo mismo se evidenció en la investigación de Aragón<sup>85</sup> en el cual el 73.5% de la muestra eran amas de casa. Esto refleja que la mayoría de los menores están recibiendo los cuidados por parte de su madre y que esta además se desempeña en las labores del hogar, debido a que aún se encuentra arraigado en la cultura el rol asumido por el padre como proveedor y la madre como cuidadora.

La edad predominante en la investigación es de 24 años en los 2 grupos, y la mayoría de participantes se encuentran en el rango de 20 a 30 años, con un promedio de 27 años en el grupo experimental y 25 en el de comparación lo cual nos indica que es una población joven, lo que puede deberse a que como no terminaron sus estudios y no cuentan con los recursos necesarios para desarrollar otro proyecto de vida, escogieron el de ser padre y madre a temprana edad, esto puede convertirse en un factor de riesgo, debido a que no cuentan con la experiencia para asumir el cuidado de una familia aumentando el riesgo al que se ven expuesto los menores que son protegidos por ellos, llevando a complicaciones que se podrían evitar si contaran con todos los conocimientos y recursos necesarios

Al igual que en el estudio de Mendigure<sup>86</sup> en el cual se encontró que el 40% de la muestra estaba en este mismo rango de edad, lo que nos indica que es también una población joven, la cual requiere de apoyo en sus conocimientos para la prevención y el manejo de la enfermedad ya que puede ser un factor de riesgo en el momento de la toma de decisiones frente a la enfermedad como lo menciona Aragón<sup>87</sup> en su investigación.

Se observa que la comunidad cuenta con los servicios en su mayoría y solo en la recolección de basuras existen deficiencias ya que a la comunidad rural no llega este servicio, lo cual es un factor de riesgo, pues la acumulación de basuras y la contaminación de alimentos, ayudan a que la diarrea tenga una mayor incidencia en su presentación. Aunque todos cuentan con el servicio de agua, esta es considerada como no apta para el consumo humano, susceptible a mejoramiento, pues es contaminada principalmente por hongos, ya que las fuentes de las cuales se abastece el acueductos son contaminadas por aguas recibidas de las viviendas y por la pulpa de café que sacan de las fincas, lo que puede convertirse en un foco importante para la transmisión de la enfermedad.

---

<sup>85</sup> ARAGON *et al.* Conocimientos, actitudes y prácticas adoptadas por los cuidadores de los niños menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda del Corregimiento el Caguan. Trabajo de grado Enfermería. Neiva: Universidad Surcolombiana. Facultad de Salud, 2010. p. 13.

<sup>86</sup> MENDIGURE , Julio, *et al.* Efectividad de un programa de intervención educativa para la disminución de diarreas infantiles en lima, Perú. En Revista de Ciencias de la Salud 2:1 2007, p. 1.

<sup>87</sup> ARAGON Op., cit. p. 13

Las casas en su mayoría están construidas de bahareque, pisos de cemento, 2 habitaciones y cuentan con instalaciones sanitarias tipo inodoro. Los pisos de cemento y el hecho de contar con instalaciones sanitarias tipo inodoro son un factor determinante en la posible presencia de diarreas, en este caso actúa como factor protector en la mayor parte de la comunidad ya que al poseer una buena disposición de excretas se disminuye el riesgo de transmisión de la enfermedad al igual que los pisos de cemento ya que se facilita su aseo.

Los conocimientos en ambos grupos se encuentran en un nivel regular lo cual indica un grado de riesgo para la presencia de enfermedad diarreica aguda, a pesar de que se incrementó la calificación en el grupo experimental no se llegó a obtener una calificación en el nivel bueno en conocimientos, pero cabe destacar que inicialmente en el grupo experimental tan solo una persona presentó conocimientos con un nivel bueno, mientras que después de la intervención eran 8 las personas que presentaron este nivel de calificación.

Por el contrario el grupo al cual se le entregó el material educativo tanto antes como después, tuvo solamente una persona con un nivel de conocimientos bueno, mientras que en el grupo experimental los conocimientos mejoraron frente al manejo de la enfermedad, aprendiendo que el agua pura en grandes cantidades no es un tratamiento para la diarrea, sino que debe incluir electrolitos para evitar la deshidratación, estos incluidos en el suero casero el cual se prepara con sal y azúcar y ayuda en la prevención de la deshidratación, y en cuanto a la lactancia materna la necesidad de continuarla ya que esta aporta muchos nutrientes al menor, lo que demuestra que el hecho de hacer talleres teórico prácticos en donde la comunidad participe activamente ayuda a reforzar y mejorar los conocimientos que esta posee sobre cierta enfermedad.

De igual manera se encontró en los dos grupos que las creencias culturales como lo son identificar como causa de la diarrea el descuajo que se considera como una diarrea persistente con moco, provocada por caídas hacia atrás y también por movimientos bruscos para la cual el tratamiento es llevar al menor donde un sobandero y la utilización de una faja; otra creencia es asociar la diarrea con la salida de los dientes, estas creencias persisten aún después de la intervención, lo cual indica que culturalmente se encuentran arraigadas en la comunidad porque son transmitidos de generación en generación.

Lograr cambiar estas concepciones con respecto a las causas de la enfermedad es necesario partir de la teoría de la transculturalidad formulada por Madeleine

Leininger<sup>88</sup> en la cual se 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 culturales y su nivel de evidencia, para reorientar aquellas que pueden poner en peligro la salud del menor y reforzar aquellas que ayuden a mejorar el estado de salud.

Las actitudes inicialmente obtuvieron una calificación regular en ambos grupos, coincidiendo en las respuestas malas en la pregunta relacionada con la utilización de remedios caseros entre los cuales hay algunos como lo son la utilización de suero casero, sopas de cereales que pueden ser favorables, pero también se encuentran los remedios caseros encaminados a las creencias culturales como llevar al menor donde un sobandero, fajarlo, no bañarlo que son actitudes que conllevan a prácticas desfavorables frente a la enfermedad, estas actitudes prevalecen tanto antes como después de la aplicación de la estrategia educativa en ambos grupos, otra evidencia de malas actitudes se encuentra en la utilización de bebidas rehidratantes como gatorade que en el grupo de comparación se mantuvo, pero en el grupo experimental mejoró pasando de un nivel de calificación malo a bueno lo cual permite reconocer que la aplicación de la estrategia educativa contribuye al mejoramiento de la actitud frente a este tipo de tratamiento, entre las actitudes desfavorables también las encontramos en lo relacionado con el cumplimiento farmacológico ya la mayoría respondió que administran el tratamiento solo hasta que pasa la enfermedad sin llevar a cabo el tratamiento completo recomendado por el médico.

En la categoría que determina las actitudes en lo relacionado con las medidas preventivas como hervir el agua, no recurrir a la automedicación, mantener la higiene en el hogar, existe una actitud favorable por parte de los 2 grupos. Esto refuerza la idea de que se debe educar a la comunidad de manera didáctica, en la que ella participe de una manera activa, para mejorar y reforzar sus actitudes, y contribuir en la disminución de los factores de riesgo asociados con la EDA y sus complicaciones mejorando la calidad de vida de los cuidadores y los menores de cinco años.

Después de la aplicación de la estrategia se observa que el nivel de calificación general de esta categoría en el grupo experimental paso de regular a bueno destacando que inicialmente en este grupo de estudio 3 personas presentaron un nivel de calificación bueno y después de la aplicación de la estrategia educativa fueron 11 las personas que obtuvieron este nivel de calificación, lo cual se convierte en un factor protector, tener una actitud favorable influye de manera

---

<sup>88</sup> LENO, Daniel. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural, Hospital Comarcal Ciudad de Coria, Cáceres. En: revista Gazeta de antropología, 2006

positiva frente a la enfermedad diarreica aguda en el menor ya que según la actitud tomada por el cuidador permite asumir un tratamiento adecuado.

Teniendo en cuenta el estudio de Gorter<sup>89</sup> se evidenció que las madres presentan una actitud positiva ante los tratamientos “modernos” a pesar de mantener sus creencias sobre la diarrea, y es por esto que realizan combinaciones de tratamiento tradicionales y uso de rehidratación oral, para lo cual es muy importante que el personal de salud se sensibilice sobre las prácticas tradicionales para tener a una comunicación asertiva, logrando modificar las actitudes inadecuadas y reforzar aquellas que ayudan en el manejo de la enfermedad.

En cuanto a las prácticas antes y después de la intervención se encuentran en un nivel de calificación regular, teniendo en cuenta que en el grupo experimental a pesar de continuar en el mismo nivel, se encontró una mejoría en su promedio. Los cuidadores presentaron buenas prácticas preventivas relacionadas con el lavado de manos, hervir el agua, con respecto al tratamiento las prácticas obtuvieron una calificación mala, en la pre-prueba se identificó desconocimiento en la preparación del suero oral, administración bebidas rehidratantes deportivas, asistir al sobandero para tratar el descuaje o la utilización de un azabache para la prevención del mal de ojo.

Después de aplicar la estrategia educativa, en la pos-prueba el grupo de comparación continuo con el mismo nivel de calificación, mientras que el grupo experimental aumentó el promedio en lo relacionado con las prácticas de tratamiento en casa como la realización del suero casero, la continuación con la nutrición adecuada y administración de líquidos preparados con cereales, a pesar de mejorar sus conocimientos y por consiguiente sus prácticas persistió la calificación malas relacionadas con las prácticas culturales, pues como ya se había mencionado estas se encuentran arraigadas a las personas siendo difícil modificarlas de manera rápida, ya que para esto se necesita de mayor tiempo y acercamiento a la comunidad.

La implementación de una estrategia educativa dinámica, en donde la comunidad participe de forma activa, no solo como receptor de la información sino como el actor principal de las sesiones, realizando actividades y ejercicios sobre el tema a tratar, mejora los conocimientos, las actitudes y las practicas que poseen para

---

<sup>89</sup>GORTER, Anna Cornelia *et al.* Diarrea infantil en la Nicaragua rural: creencias y prácticas de salud tradicionales, disponible en: (<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v119n5p377.pdf>)

prevenir y manejar la enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años, se ha establecido que los conocimientos que se adquieren viendo y haciendo nunca se olvidan, es decir, la implementación de una estrategia educativa es útil, como lo confirma Mendigure (2005)<sup>90</sup> en un estudio de tipo pre experimental en Lima Perú, donde probó la efectividad de un programa educativo para la prevención de diarreas infantiles en el que concluyó, que el lavado de los alimentos antes de su consumo, la utilización del agua directamente de la red, disponer de un ambiente exclusivo para la preparación de los alimentos, el lavado de manos con agua y jabón antes de preparar y consumir los alimentos, son los factores de protección y núcleos centrales en la prevención de las diarreas.

Para la evaluación del instrumento se utilizó el alfa de cronbach la cual arrojó un resultado de 0.711, teniendo en cuenta que una fiabilidad respetable se encuentra por encima de 0.70 se demuestra que el instrumento utilizado para el desarrollo de la investigación midió lo que se quería medir, es decir, fue un instrumento fiable, que hizo mediciones estables y consistentes, además de que demostró la homogeneidad de las preguntas.

Teniendo en cuenta que una correlación entre 0 y 1 es positiva siendo 1 una correlación positiva perfecta que indica una relación directa, y entre 0 y -1 una correlación negativa siendo -1 una correlación negativa perfecta indicando una relación inversa y destacando que un valor de 0 indica que no hay ninguna relación. se evidencia que la correlación en cada una de las variables mantuvo un comportamiento similar, ya que se obtuvo correlaciones positivas, destacándose el grupo de comparación con correlaciones altas: conocimientos 0,985, actitudes 0,945, practicas 0,814 con una significancia bilateral a nivel de 0.01 que indican confiabilidad de los resultados, pues estos valores se acercan a 1, debido a que en este grupo no se presentaron grandes cambios en las respuestas antes y después de aplicado el instrumento, pues a este grupo no se le brindó la estrategia educativa como tal, sino que solo se les entregó un material que contaba con la información, mientras que las correlaciones entre la pre y post-prueba en el grupo experimental fueron más bajas: conocimientos 0,866, actitudes 0,645 y practicas 0,945, lo que se presenta porque las respuestas obtenidas antes y después de aplicado el instrumento tuvieron cambios significativos, debido a que pasaron de un nivel regular a bueno después de la implementación de la estrategia educativa gracias a que los individuos son más susceptibles a modificar sus conocimientos, actitudes y prácticas una vez reciben estímulos positivos que son reforzados con educación lo cual indicó correlaciones positivas moderadas porque se aproximan al 1 pero no lo suficiente, y que la hipótesis planteada para la

---

<sup>90</sup> MENDIGURE, Julio, *et al.* Efectividad de un programa de intervención educativa para la disminución de diarreas infantiles en Lima, Perú. En Revista de Ciencias de la Salud 2:1 2007, p. 1.

investigación si se cumplió, pues se evidencio un cambio considerable en los sujetos de estudio.

.

## 11. CONCLUSIONES

Los principales cuidadores de las veredas el Socorro y La estrella del municipio de Nátaga, pertenecen al género femenino, madres y tenían como principal ocupación la de ama de casa, lo que permite un cuidado directo del menor de cinco años las 24 horas del día.

Tanto en el grupo experimental como en el de comparación los participantes se encuentran en etapas entre adolescencia tardía y adulto joven.

Las viviendas de los cuidadores están construidas de bahareque principalmente con pisos de cemento, y más de 4 habitaciones, estas ocupadas por 2 personas en su mayoría y con instalaciones sanitarias de tipo inodoro.

Los resultados del pre prueba aplicada al grupo experimental y comparación arrojo que ambos grupos se encontraban en el nivel regular en las tres categorías: conocimientos, actitudes y prácticas frente a la enfermedad diarreica aguda.

Los cuidadores de ambos grupos en la categoría de conocimientos presentaron algunas dificultades puesto que contestaron como causa de la diarrea en niños el descuajo y la salida de los dientes lo que demuestra que las creencias están arraigadas a las personas y que no es fácil hacerlos cambiar de parecer.

El número de personas con un nivel de calificación bueno mejoró en el grupo experimental

La hipótesis planteada para la investigación se cumple a cabalidad, pues se evidencia una mejora significativa en los conocimientos y especialmente en las actitudes y prácticas de los cuidadores del grupo experimental lo que se refleja con el aumento de las puntuaciones obtenidas en la post-prueba con relación a la pre-prueba.

Los resultados de la post-prueba en el grupo experimental demuestran que las estrategias educativas son uno de los mejores recursos que se tienen para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de la comunidad frente alguna enfermedad pues al comparar los promedios arrojados por cada uno de los grupos en las pruebas aplicadas es notorio el incremento en ese grupo.



El instrumento utilizado para la recolección de la información mostró fiabilidad ésta indicada con un 0.71 en el alfa de cronbach

Las correlaciones demostraron el cambio significativo entre el grupo experimental y el de comparación, reforzando el concepto de que una estrategia educativa fomenta cambios en actitudes, conocimientos y prácticas.

## 12. RECOMENDACIONES

Realizar una réplica del estudio con una muestra más grande y con un mayor número de sesiones educativas que permita validar los resultados, y con esto se proponga esta estrategia como una herramienta eficaz en el proceso de mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores de niños menores de cinco años.

Capacitar a los cuidadores de niños menores de cinco años en la prevención y manejo adecuado en casa de la Enfermedad diarreica aguda que permita disminuir la presencia de esta y evitar complicaciones.

Fortalecer los programas dirigidos a los niños menores de cinco años que permite el mejoramiento de los conocimientos, actitudes y practicas no solo de la familia del menor sino de la comunidad en general que ayuden a proteger a los niños de la diarrea y de todas aquellas enfermedades que se pueden presentar en esta edad.

Realizar una descripción de las prácticas culturales que pueden conllevar a complicaciones y por medio de la teoría de Madeleine Leininger llegar a la comunidad y por medio de un proceso lograr cambiar estos habitos que se encuentran tan arraigados, sin dejar a un lado los conocimientos y prácticas favorables frente a la enfermedad diarreica aguda

## BIBLIOGRAFIA

ARAGON *et al.* Conocimientos, actitudes y prácticas adoptadas por los cuidadores de los niños menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda del Corregimiento el Caguan. Trabajo de grado Enfermería. Neiva: Universidad Surcolombiana. Facultad de Salud, 2010. p. 13

BURGOA RIVERO, Claudia V. y SALAS MALLEA, Ariel A. Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de 5 años. En: scielo. Julio-septiembre, 2006. p. 7

CACERES, Diana Carolina, *et al.* La enfermedad diarreica aguda: un reto para la salud pública en Colombia. En: Revista Panamericana de Salud Publica [online]. 2005, vol.17, p. 1.

COLL, Cesar *et al.* Los contenidos de la Reforma Enseñanza y aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes, Ediciones Santillana S.A. p 135-143

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 911 (5 octubre 2004). Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica par el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C. 2004 p. 1-12

COLOMBIA. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de vigilancia y control de la mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años. SIVIGILA. Bogota D.C., 2011. p.1- 4-15.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía de atención de la enfermedad diarreica aguda. Bogota D.C.2001 p 19

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.

COLOMBIA. SENADO DE LA REPÚBLICA. Ley 266 (25 de Enero de 1996). Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C. 1996 p. 1

Concepto de Buenas Prácticas en Promoción de la Salud en el Ámbito Escolar y la Estrategia Escuelas Promotoras de la Salud [en línea] disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/prensa/concurso-buenas-practicas/conceptos.pdf> Citado [06-marzo- 2012].

CORREA, José A. *et al.* Fundamentos de pediatría, generalidades y neonatología. Tomo 1, Medellín Colombia 1994 pág. 303-305-310

Definición de, Conocimiento [en línea] Disponible en < <http://definicion.de/conocimiento/>> [citado 06 de marzo de 2012].

Definición de cuidador [en línea] disponible en: [http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/cuidados\\_del\\_cuidador\\_rol\\_femenino/Paginas/Cuidador\\_concepto\\_perfil.aspx](http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/cuidados_del_cuidador_rol_femenino/Paginas/Cuidador_concepto_perfil.aspx) [citado 30 de marzo del 2012]

Definición .de, estrategia de enseñanza [ en línea] Disponible en <> [ citado 06 de marzo de 2012].

Definición de practica [en línea] disponible en <http://definicion.de/practica/>, citado [06-marzo- 2012]

ENFERMERIA, misión. Disponible en[[www.usco.edu.co/pagina/enfermería](http://www.usco.edu.co/pagina/enfermeria)]

EOT. Nataga, 1999-2007, p. 37-42

Estudio cuantitativo [en línea] disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Investigaci%C3%B3n\\_cuantitativa](http://es.wikipedia.org/wiki/Investigaci%C3%B3n_cuantitativa), [citado el mayo 11 del 2012]

FLORES, Gómez, Iván Darío. Guía de atención integral enfermedad diarreica aguda en niños. Universidad de Antioquia Medellín- Colombia pág. 03

## FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA

GÓMEZ, Juan Fernando y QUEVEDO, Augusto. Pautas de tratamiento en pediatría. 4 ed. Bogota D.C.: McGraw-Hill, 2000. P.53

GURVITH. Los Marcos Sociales del Conocimiento, Monte Ávila Editores, Caracas P.22 (citado por Hernandez P karol Vanesa *et al.* Conocimientos, actitudes y practicas en el manejo de residuos especiales sexto piso Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva 2004)

HUILA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL. Indicadores básicos 2010. Neiva. Enero 2010. p. 21-31.

Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano IRCA [ en línea] Disponible en: [http://www.ibal.gov.co/ibal/Ficha\\_Indicadores.pdf](http://www.ibal.gov.co/ibal/Ficha_Indicadores.pdf) [ citado 03 de abril de 2012]

KERLIGER, F. N. Investigación del comportamiento: McGraw Hill Interamericana. Mexico D.F. 1988

MENDIGURE , Julio, *et al.* Efectividad de un programa de intervención educativa para la disminución de diarreas infantiles en lima, Perú. En Revista de Ciencias de la Salud 2:1 2007, p. 1.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION REPUBLICA DE ARGENTINA. Plan de Abordaje Integral de las Enfermedades Diarreicas Agudas y plan de contingencia de cólera. Guía para el equipo de salud. Enero 2011. Pág. 10-16-45.

MONTSERRAT CASTELLÓ, Mercè Clariana; MONTSERRAT PALMA, Maria L. Las estrategias de aprendizaje: ¿Qué son? ¿Cómo se enmarcan en el currículum?.En: Estrategias de enseñanza y aprendizaje. 6 ed. Barcelona: Editorial Graó, 1999. p. 8-11-13.

MUÑOZ SECA, B.; RIVEROLA, J. (1997), “Gestión del Conocimiento”, Biblioteca IESE de Gestión de Empresas, Universidad de Navarra, Folio, Barcelona. Citado por CARRION, Juan. Gestión del conocimiento.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. "Tratamiento de la diarrea: Manual Clínico para los Servicios de Salud" Washington, D.C.: OPS, © 2008

PERDOMO M., Yina Paola *et al*, Actitudes y conocimientos de la población urbana de Neiva mayor de 18 años frente al rol del profesional de enfermería, 2008. P. 38-44-81

REYES G. Carlos H *et al*. Actitudes, conocimientos y prácticas frente a conductas sexuales en adolescentes y preadolescentes Colegio Claretiano. 2008. p.29

REYES, Hortensia, *et al*. Variaciones urbano-rurales en la atención del niño con enfermedad diarreica aguda en México. En: Salud pública de México, mayo-junio, año 1996, vol. 38, no. 003,. p. 157.

RUIZ DE VILLA MARTÍNEZ, Yoycet, *et al*. Diarrea Persistente. Principales Causas y Factores Asociados a Nuestro Medio. En:Revista Ciencias Holguin, septiembre 2004, no. 3

SANCHEZ MORENO, Antonio *et al* La actitud participativa en salud: entre la teoría y la práctica. Capítulo 5: actitudes. Universidad de Murcia, 1994. p. 80-135

Técnicas de enmascaramiento [en línea] disponible en: [http://cv.uoc.edu/UOC/a/moduls/90/90\\_166d/web/main/m4/22d.html](http://cv.uoc.edu/UOC/a/moduls/90/90_166d/web/main/m4/22d.html) [citado el 11 de mayo del 2012]

Teoría de la transculturalidad [en línea] disponible en: <http://teoriasalud.blogspot.com/p/madeleine-leiningner.html> [citado 30 de marzo del 2012]

VERGARA IRAETA, Ana Isabel. Diseños de Investigación Experimental en Psicología, Pearson educación, Madrid 2002 , pág. 9

# ANEXOS

**Anexo A.** Instrumento de recolección de la información.

**IMPLEMENTACION DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN CUIDADORES D ENIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS PARA LA PREVENCION DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, NATAGA 2012**

**OBJETIVO:** Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores de niños menores de cinco en el municipio de Nátaga, con el fin diseñar y aplicar una estrategia educativa sobre prevención de la enfermedad diarreica aguda (EDA).

CÓDIGO: \_\_\_\_\_

Instructivo: el instrumento estará dividido en 2 partes con un total de 40 ítems, la primera será la caracterización sociodemográfica que consta de 9 preguntas las cuales usted contestara marcando una X en la opción que corresponda, en la segunda parte se evaluaran sus conocimientos actitudes y practicas por medio de la “escala tipo likert”, la cual consta de 31 afirmaciones a las que usted responderá de la manera más sincera si está totalmente de acuerdo (TA), de acuerdo (DA), ni de acuerdo ni en desacuerdo (NA/ND),en desacuerdo (ED) y totalmente en desacuerdo (TD).

**CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA**

Edad en años cumplidos:\_\_\_\_\_

Género: Hombre:  Mujer:

Parentesco:

Madre  Padre  Hermano(a)   
Tío(a)  Abuelo(a)  Otro

Nivel de Escolaridad:

Primaria  Bachillerato  Técnico.   
Tecnológico.  Universitario  Ninguno

Ocupación:

Ama de casa  Agricultor  Trabajador independiente   
Desempleado  Estudiante  Empleado



1. Servicios públicos: identifique los servicios que tiene con una X y califíquelos.

SERVICIO PUBLICO	SI/NO	BUENO	REGULAR	MALO
Agua potable				
Alcantarillado				
Energía				
Recolección de basuras				
Disposición adecuada de excretas				

2. Características de la vivienda:

Madera  Bahareque  Material

3. Características habitaciones:

Número habitaciones: \_\_\_\_\_ Número de personas por habitación: \_\_\_\_\_

4. Características de pisos vivienda

Baldosa  Cemento  Tierra  Madera

Instalaciones sanitarias si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Tipo: Inodoro  letrina  A campo abierto

Tiempo que dedica al cuidado del menor (horas) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma Responsable \_\_\_\_\_

<b>CONOCIMIENTOS</b>	<b>TA</b>	<b>DA</b>	<b>NA ND</b>	<b>ED</b>	<b>TD</b>
11.Tener hábitos higiénicos inadecuados como no lavarse las manos, no hervir el agua, consumir alimentos contaminados, etc. causa diarrea.					
12.El no conocer la enfermedad diarreica aguda es un factor de riesgo para la presencia de complicaciones.					
13.El riesgo de diarrea puede reducirse usando agua potable.					
14.La diarrea es la deposición, de tres o más veces al día de heces sueltas o líquidas					
15.La salida de los dientes en los niños, causa diarrea.					
16.La diarrea es causada por virus, bacterias o parásitos.					
17.El descuajo es una de las principales causas de diarrea en los niños.					
18.Un buen tratamiento de la diarrea incluye dar agua pura en grandes cantidades.					
19.La vacuna contra el rotavirus protege la aparición de diarreas					
20.Cuando un niño tiene diarrea, se debe suspender la lactancia materna.					
<b>ACTITUDES</b>	<b>TA</b>	<b>DA</b>	<b>NA ND</b>	<b>ED</b>	<b>TD</b>
21. Para evitar la presencia de diarrea usted herviría el agua que consume.					
22. Si el menor presentara más de tres deposiciones semilíquidas en el día le daría un purgante					
23. Si el menor presentara diarrea, usted le daría medicamentos sin fórmula para detenerla.					
24. Si el menor presentara uno de los siguientes síntomas: boca seca, llanto sin lágrimas, fiebre, vómito y ojos hundidos lo llevaría inmediatamente al hospital.					
25. Para tratar la diarrea del menor, usted seguiría los remedios caseros que le dan sus familiares o vecinos.					
26.Como medida para el tratamiento de la diarrea usted le daría suero oral.					
27.Si el menor presentara diarrea, usted lo llevaría donde un sobandero para el tratamiento de					

esta.					
28. Para la rehidratación oral en un caso de diarrea, usted utilizaría agua de arroz tostado.					
29. Usted utilizaría bebidas rehidratantes deportivas (gatorade, red bull, etc.) como tratamiento para la deshidratación.					
30. Aunque la indicación médica sea de X días, usted continuaría con el tratamiento ordenado solo hasta que desaparezca la diarrea.					
<b>PRACTICAS</b>	<b>TA</b>	<b>DA</b>	<b>NA ND</b>	<b>ED</b>	<b>TD</b>
31. Usted siempre se lava las manos antes de preparar y consumir los alimentos.					

**Anexo B. Consentimiento informado.**

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA

IMPLEMENTACION DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN CUIDADORES DE  
NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS PARA LA PREVENCION DE  
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, NATAGA 2012

FECHA: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ identificado con C.C. No  
\_\_\_\_\_ o quien me representa \_\_\_\_\_

identificado con C.C. No \_\_\_\_\_ en pleno uso de mis facultades mentales y psicológicas acepto participar en el proyecto de investigación "implementación de una estrategia educativa en cuidadores de niños menores de cinco años para la prevención y manejo de enfermedad diarreica aguda, Nátaga 2012", la cual tiene como objetivo principal diseñar y aplicar una estrategia educativa sobre prevención y manejo de la EDA en el Municipio de Nátaga, el cual permitirá valorar conocimientos frente a la enfermedad y mejorarlos por medio de la educación, he sido informado que para tal fin se aplicará una encuesta cuyo propósito es recolectar información y se dará a través del diligenciamiento escrito de un cuestionario.

También he sido informado que dicha investigación no representará ningún tipo de riesgo para mi integridad física, mental ni espiritual y que tengo libertad de retirarme en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen ningún tipo de perjuicios y se me informó que no se dará a conocer mi identidad y que la información será mantenida de manera confidencial.

Por lo anteriormente certifico y autorizo de manera libre y espontánea participar en esta investigación.

Las personas responsables de la investigación son: Luz Ángela Rojas y Edna Rocío Ramos del Programa de Enfermería de la Universidad Surcolombiana. Cualquier duda o queja comunicarse al celular 3204840120 o al 3114974385.

\_\_\_\_\_  
FIRMA PARTICIPANTE  
CC N°

\_\_\_\_\_  
FIRMA INVESTIGADOR  
CC N°