

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA DE POSTGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

LÍNEA: SALUD PÚBLICA

TESIS

**FACTORES SOCIOCULTURALES DE LAS MADRES Y LA
PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS, YURACYACU – CHOTA, 2011.**

Para optar el Grado Académico de
MAESTRO EN CIENCIAS

Presentado por:

HERNÁN TAFUR CORONEL

Asesora:

MG. KATIA MARIBEL PÉREZ CIEZA

Cajamarca, Perú

2017

COPYRIGHT © 2017 by
HERNÁN TAFUR CORONEL
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSTGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALU

LÍNEA: SALUD PÚBLICA

TESIS APROBADA:

**FACTORES SOCIOCULTURALES DE LAS MADRES Y LA
PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS, YURACYACU – CHOTA, 2011.**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentado por:

HERNÁN TAFUR CORONEL

Comité Científico

Mg. Katia Maribel Pérez Cieza
Asesora

Dra. Martha Vicenta Abanto Villar
Presidenta del Comité

MCs. Rosa Delia Yturbe Pajares
Primer Miembro Titular

Dra. Juana Aurelia Ninatanta Ortiz
Segundo Miembro Titular

Cajamarca, Perú
2017

A:

Dios que guía nuestros pasos, a mi madre, mi esposa e hijos, por su inmenso amor y ejemplo de superación que me impulso día a día a seguir adelante, por su infinita bondad, cariño, y apoyo incondicional que han sido la base fundamental para alcanzar hasta hoy las metas trazadas

Tan solo por la educación puede el
hombre llegar a ser hombre.

El hombre no es más que lo que la
educación hace de él.

Immanuel Kant

CONTENIDO

Ítem	Página
AGRADECIMIENTOS.....	vii
LISTA DE TABLAS.....	viii
LISTA DE ABREVIACIONES	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Antecedentes de la investigación.....	7
2.2. Teorías sobre el tema.....	16
2.3. Bases conceptuales.....	19
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....	33
3.1. Definición conceptual de las variables.....	33
3.2. Definición operacional de las variables.....	33
3.3. Operacionalización de las variables.....	34
3.4. Población y muestra.....	39
3.5. Unidad de Análisis.....	39
3.6. Criterios de inclusión y exclusión.....	39
3.7. Tipo y diseño de contrastación de la hipótesis.....	40
3.8. Técnica e instrumento de recolección de datos.....	40
3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	42
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	44
4.1. Factores socioculturales de las madres con niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda.....	44
4.2. Prevención de la enfermedad diarreica aguada que realizan las madres de niños menores de 5 años.....	53
4.3. Factores socioculturales de las madres que se relacionan con la prevención de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.....	62
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
APÉNDICES.....	92

AGRADECIMIENTOS

A la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca, y a cada uno de los docentes de Maestría que compartieron sus experiencias y conocimientos contribuyendo a reorientar y adquirir un nuevo enfoque mi vida profesional y laboral.

A mi asesora quien con motivación constante supo guiar el desarrollo de la presente investigación desde el inicio hasta su culminación.

Al personal del Establecimiento de Salud de Yuracyacu, por brindar facilidades para la obtención de la información registrada referente al tema.

A las madres de los niños menores de 5 años del Centro Poblado de Yuracyacu; quienes voluntariamente participaron proporcionando la información necesaria para la elaboración del presente trabajo.

LISTA DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Factores sociales de las madres con niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda. Yuracyacu – Chota 2011.....	44
Tabla 2. Factores culturales de las madres con niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda. Yuracyacu – Chota 2011.....	50
Tabla 3. Prevención de la enfermedad diarreica aguda que realizan las madres de niños menores de 5 años enfermedades diarreicas agudas. Yuracyacu – Chota 2011.....	53
Tabla 4. Grado de instrucción y su relación con la forma de consumo de agua en madres con niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda Yuracyacu – Chota 2011.....	62
Tabla 5. Grado de instrucción de la madre y su relación con el lavado de manos en niños con enfermedad diarreica aguda. Yuracyacu – Chota, 2011.....	64

Tabla 6. Obtención de agua y formas de consumo en madres con niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda. Yuracyacu - Chota. 2011.....	67
Tabla 7. Obtención de agua y su relación con las formas de almacenamiento, madres de niños con enfermedad diarreica aguda. Yuracyacu – Chota 2011.....	68
Tabla 8. Obtención de agua y su relación con el lavado de manos de los niños de madres de niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda. Yuracyacu – Chota 2011.....	71
Tabla 9. Creencias de la causa de la enfermedad diarreica aguda y su relación con la forma de consumo de agua, en madres con niños menores de 5 años. Yuracyacu – Chota 2011	73
Tabla 10. Creencias de la causa de la enfermedad diarreica aguda y su relación con la forma de almacenamiento de agua en madres con niños menores de 5 años. Yuracyacu – Chota 2011	75

LISTA DE ABREVIACIONES

AIEPI:	Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia.
ATB:	Antibiótico
AVAD:	Años de vida ajustados por discapacidad
CÁRITAS:	Asociación caritativa para la Alemania católica
CEDA:	Control de Enfermedad Diarreica Aguda.
DIRESA:	Dirección Regional de Salud.
DISA:	Dirección Sub Regional de Salud.
EDAS:	Enfermedades Diarreicas Agudas
ENDES:	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
ESSALUD:	El Seguro Social de Salud
GERESA:	Gerencia Regional de Salud.
INEI:	Instituto Nacional de Estadística e Informática.
JAAS:	Junta Administradora de Agua y Saneamiento
MINSA:	Ministerio de Salud
ODM:	Objetivos de Desarrollo del Milenio.
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud.
PRISMA:	Proyecto de Identificación de Oportunidades de Modernización de la Administración del Estado.
SRO:	Sales de Rehidratación Oral.
TIA:	Tasa de Incidencia Acumulada
UNESCO:	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

RESUMEN

La investigación: “Factores socioculturales de las madres y la prevención de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, Yuracyacu – Chota, 2011, tuvo como objetivo determinar y analizar la relación de los factores socioculturales con la prevención de la EDA. De tipo descriptivo, transversal y correlacional; para recolectar los datos se aplicó un cuestionario a 84 madres quienes conformaron su población y muestra. Los resultados más importantes fueron: el grado de instrucción de las madres fue primaria incompleta y completa con 28,6% respectivamente, el 17,9% son analfabetas. Tienen acceso a agua entubada 81%; sus viviendas cuentan con 2 habitaciones 42,9% y las habitan más de 4 personas 53,6%; tienen presencia de animales domésticos como cuyes y perros 57,1%. La creencia que tienen las madres sobre la causa de EDAs, le atribuyen a que el niño ha ingerido algún alimento 40,5%; llevan a sus niños para ser atendidos al establecimiento de salud 76,2% y lo hacen al segundo día de la enfermedad 57,14%; el tratamiento de EDAs primeramente es en domicilio con plantas medicinales 69,4%; almacenan agua en baldes con tapa 46,4% y hierven agua para consumo 61,9%; disponen las excretas en letrina 70,6%, con mantenimiento inadecuado 81%; eliminan las heces del pañal del niño a campo abierto 53,8% ; lavan las manos de sus niños antes de consumir alimentos 76,2% y utilizan jabón 60,7%; corta las uñas de sus niños 76,2% y el 72,6% de madres no lavan los juguetes del niño. Al establecer la contrastación de la hipótesis planteada ningún factor sociocultural se relacionó significativamente con la prevención, se obtuvo un p-valor $>0,05$ para cada una de las variables relacionadas. Por lo tanto no existe relación entre los factores socioculturales de las madres de niños menores de 5 años con la prevención de EDAs. Se concluye que estos factores se encuentran en el estudio pero no tienen correspondencia entre sí, por lo tanto se necesitará trabajar con una población más grande que nos permita visualizar la problemática estudiada de manera más amplia.

PALABRAS CLAVES: Factores socioculturales, prevención de la enfermedad diarreica aguda en el niño

ABSTRACT

Investigation: “Factors the mothers' socioculturales and the prevention of the diarrheal intense disease in younger children of 5 years, Yuracyacu – Chota, 2011, you aimed at determining and to examine the relation of the factors socioculturales with the EDA's prevention. The aforementioned investigation metodológica based his study from a quantitative perspective of descriptive type,, side road and correlacional, the population was conformed for 84 mothers. The technique was the interview, the instrument was a questionnaire structured to obtain information sociocultural and of EDAs's prevention; Experts' validity came true submitting the instrument to revision and evaluation. Finding that the mothers' grade of instruction was primary incomplete and complete with 28.6 % respectively, they are the 17.9 % illiterate. 81 % have access to piped water; His houses have 2 rooms 42.9 % and inhabit them over 4 people 53.6 %; 57.1 % have pets' presence like Guinea pigs and dogs. The belief that the mothers on EDAs's cause have, they attribute it to that the little boy has taken in some food 40.5 %; They take to his children to be once 76.2 % were attended to the establishment of health and 57.14 % make it out the second day of the disease; EDAs's treatment firstly is at domicile with medicinal plants 69.4 %; 46.4 % store water in buckets with a lid and boil water down 61.9 % for consumption; They arrange excrete them at latrine 70.6 %, with inadequate maintenance 81 %; The feces of the diaper of the little boy eliminate 53.8 % with no boundaries given; His children's hands before consuming foodstuff wash 76.2 % and they utilize soap 60.7 %; Cut his children's fingernails 76.2 %. The little boy's toys do not wash the 72.6 %. One comes to an end than does not exist relation between the factors socioculturales of younger children's mothers of 5 years with EDAs's prevention, to establish the contrastation of the presented hypothesis no factor sociocultural related with prevention significantly, it obtained myself one p value 0.05 for each of the related variables.

KEY WORDS: Factors socioculturales, Prevención of the Diarrheal Intense Disease.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), informa que la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), se mantiene como la segunda causa de muerte de niños menores de cinco años (1). En el Mundo causan un promedio de 4,6 millones de muertes infantiles anuales, de los cuales el 70% ocurre por deshidratación, complicación más frecuente y grave de la enfermedad. Los cuadros diarreicos suelen presentarse frecuentemente en la temporada de verano. Estas enfermedades infecciosas son producidas por virus, bacterias, hongos o parásitos, que afectan principalmente a niños menores de cinco años (2). Asimismo la OMS define a la diarrea como la presencia de tres o más deposiciones al día o una frecuencia mayor que la normal, de heces sueltas o líquidas y se transmite por alimentos o agua de consumo contaminado, así como de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente (3).

Las enfermedades diarreicas agudas en el mundo, representan la segunda mayor causa de mortalidad en niños menores de cinco años, además afectan a todos los grupos etarios, pero los más afectados son los niños (3). La incidencia de EDA a nivel mundial, cuestiona en parte los esfuerzos que se han venido implementando en los países que asumieron el compromiso en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, entre ellos

reducir la mortalidad infantil, fijándose como meta reducir en dos terceras partes entre 1990 y 2015 la mortalidad en niños menores de cinco años; en la reunión de evaluación de estos objetivos en la ciudad de New York en setiembre del 2015, se informó que la diarrea aparece como causa de muerte en 16% de los niños en la primera infancia (4). En el Perú, estas enfermedades son más prevalentes en el área rural y en áreas periféricas de las grandes ciudades. En algunas zonas de nuestro país, se ha encontrado que la incidencia de enfermedad diarreica es de 4,38 episodios por niño-año siendo muy superior al promedio mundial (5). En las últimas décadas se ha producido una disminución importante de las muertes por diarrea en niños menores de un año; a pesar de esto la diarrea continúa siendo una de las principales causas de morbimortalidad infantil en nuestro país, presentando distinta frecuencia y gravedad según las diferentes regiones y sectores sociales de nuestra población (6).

Asimismo las EDAs en nuestro país son responsables del 7% de la mortalidad de niños menores de 5 años de edad y son uno de los principales motivos de consulta médica. Del total de hospitalizados por EDA en el año 2010, más de 50% fueron menores de 5 años. Para el año 2011, hasta la semana epidemiológica (SE) 04, el 51% de los episodios de EDAs notificados fueron menores de 5 años, mostrando una tendencia similar al periodo 2010. La morbimortalidad se evitan cuando las madres dominan, cumplen y propician buenas costumbres higiénicas en la familia; los niños por ser una población vulnerable se encuentran expuestos a condiciones desfavorables como deficiente saneamiento ambiental, poca accesibilidad a los servicios de salud, nivel socio económico bajo y condiciones climáticas extremas (7).

En la región Cajamarca en la semana epidemiológica (SE) 19 del año 2012, se notificaron 613 episodios de enfermedades diarreicas agudas, 98% (601) como EDA acuosa y 2% (12) como EDA disintérica. El acumulado de atenciones por EDA en la semana mencionada es de 12,881; el 96.7% (12,456) son acuosas y el restante 3.3% (425) son disintéricas; el total de atenciones significa una disminución de 10,3% en comparación al 2011 al mismo periodo (8).

Chota al igual que Jaén, San Ignacio, Contumazá y Cutervo son las provincias que reportaron las tasas más altas, en comparación a la incidencia acumulada regional. La distribución de EDA por grupos de edad evidencia que se mantienen los patrones en los últimos años; en el 2012, los mayores de 5 años alcanzan el 43.2%, el grupo de 1 a 4 años el 43.8% y los menores de 1 año representan el 13.1% (8).

Esta realidad problemática refleja que la enfermedad diarreica aguda continúa afectando al ser humano en cualquier etapa de su vida, principalmente a los grupos considerados como vulnerables, entre ellos los menores de 5 años de edad y se agrava en caso de poblaciones que carecen de los principales servicios sanitarios como agua de calidad y un buen sistema de eliminación de excretas.

Como este problema es una prioridad sanitaria, el MINSA propone un diagrama de causalidad de las infecciones intestinales. Siendo la EDA una de ellas, se puede observar que se incluye los aspectos socioculturales (salubridad de la vivienda, hacinamiento, acceso a agua potable, contaminación del agua, disposición de excretas, etc) (9) pero no se especifican con claridad. Estos vacíos refuerzan la importancia del presente estudio, considerando que la población es muy diversa culturalmente y su

idiosincrasia y cosmovisión respecto del proceso salud enfermedad puede considerarse como uno de los determinantes importantes de la red causal, así mismo se considera que una proporción significativa de las enfermedades diarreicas se puede prevenir mediante el lavado de manos, acceso al agua potable y a servicios adecuados de saneamiento e higiene, condición que se torna complicada con las coberturas a estos servicios que reporta el Perú, de manera particular Cajamarca en la zona rural, en donde se accede a agua entubada sin tratamiento.

El Estado ha implementado políticas de salud en respuesta a prioridades sanitarias, como las orientadas a prevención y control de las enfermedades diarreicas agudas, que ya tienen más de 30 años de ejecución en el nivel operativo. Sin embargo la realidad nos muestra que la incidencia de este problema sigue aumentando, con el riesgo de que los niños padezcan desnutrición crónica, y que no basta con los esfuerzos realizados si es que no se tiene en cuenta a los aspectos socioculturales como determinante de este grave problema de salud pública.

La presente investigación tuvo como finalidad determinar cómo los factores socioculturales de las madres de la Comunidad de Yuracyacu se relacionan con la prevención que realizan en las enfermedades diarreicas agudas de sus niños menores de 5 años. En la investigación se planteó la siguiente pregunta: ¿Los factores socioculturales de las madres se relacionan con la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de cinco años de Yuracyacu, Chota-2011? e hipótesis: H_1 . Los factores socioculturales: grado de instrucción, salubridad de la vivienda, creencias, costumbres tienen relación con la prevención que realizan las madres en niños menores de 5 años.

El objetivo general del estudio fue: Describir y analizar los factores socioculturales de las madres y su relación con la prevención de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, Yuracyacu – Chota. Los objetivos específicos fueron: Identificar los factores socioculturales de las madres de los niños menores de 5 años; Identificar las medidas de prevención de la enfermedad diarreica aguda que realizan las madres en niños menores de 5 años.

Entre los resultados más importantes tenemos que el grado de instrucción de las madres es bajo, la mayoría tiene acceso a agua entubada, cuentan con viviendas con 2 habitaciones y existe presencia de animales domésticos. Las madres atribuyen que las EDAs en el niño se presentan por ingerir algún alimento, el primer día lo tratan en domicilio con plantas medicinales y al segundo día llevan al niño al establecimiento de salud para su atención, almacenan agua en baldes con tapa y hierven agua para consumo; disponen las excretas en letrina y su mantenimiento es inadecuado; eliminan las heces del pañal del niño a campo abierto; lavan las manos de sus niños antes de consumir alimentos y utilizan jabón; corta las uñas de sus niños y no lavan los juguetes del niño. Al establecer la contrastación de la hipótesis planteada ningún factor sociocultural se relacionó significativamente con la prevención.

Estructuralmente el estudio consta de cinco capítulos. En el capítulo I; se considera la introducción que incluye en forma concreta el contenido de la tesis, información respecto al tema estudiado y algunos resultados obtenidos. En el capítulo II; se desarrolló el marco teórico que está constituido por los antecedentes de la investigación, teorías sobre el tema y bases conceptuales. En el capítulo III; se describe el marco metodológico y los procedimientos para obtener los datos, técnica e instrumento para

la recolección de información. En el capítulo IV; se presentan los resultados obtenidos y la discusión. Finalmente en el capítulo V; las conclusiones y recomendaciones. También se presenta las referencias bibliográficas y los apéndices.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Con la finalidad de sustentar la presente investigación se realizó la revisión de algunos antecedentes socioepidemiológicos y de un conjunto de estudios relacionados al tema y que se describen a continuación:

Las enfermedades diarreicas agudas a finales del siglo XX continúan siendo un problema de salud mundial, a pesar de la reducción de la mortalidad que se ha producido en los últimos 20 años, principalmente con la incorporación de las sales de rehidratación oral y del incremento de la lactancia materna exclusiva. En el mundo todavía existen condiciones de pobreza extrema, mala calidad del agua y deficientes condiciones higiénico-sanitarias que unidas a la desnutrición, mantienen una elevada mortalidad y morbilidad entre los niños menores de 5 años (10).

Respecto del alcance de las enfermedades diarreicas nos indican que son una causa principal de mortalidad y morbilidad en la niñez en el mundo, y por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados. En todo el

mundo, 780 millones de personas carecen de acceso al agua potable, y 2 500 millones a sistemas de saneamiento apropiados. La diarrea causada por infecciones es frecuente en países en desarrollo (11).

La insalubridad de las viviendas de zona rural tiene causas múltiples y vienen hacer las mismas que para la urbe, a saber, la pureza del aire que en ella se respira, la cantidad del agua disponible, la humedad, la aireación, iluminación y el soleamiento de sus distintos pisos. Además describe que los beneficios de la higiene se extienden no solo al individuo o agrupación que la práctica, si no a la ciudad en que aquel o aquella habitan (12).

En países en desarrollo, los niños menores de tres años sufren, en promedio, tres episodios de diarrea al año. Cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermar de enfermedades diarreicas (11).

Existen muchos factores que contribuyen a la alta tasa de incidencia o severidad de la diarrea en lactantes y niños pequeños, especialmente durante el período de ablactancia. Los factores que dependen del comportamiento de las personas incluyen lo siguiente: falla para dar lactancia materna exclusiva los primeros 4 a 6 meses de vida, uso de biberón, consumo de alimentos almacenados a temperatura ambiente varias horas después de haber sido preparados, consumir agua contaminada, no lavarse las manos después de defecar o antes de manipular los alimentos y no depositar las heces en forma segura (13).

El lavado de manos es una de las maneras más efectivas de prevenir enfermedades diarreicas y la neumonía, que juntas son responsables de la mayoría de muertes infantiles. El Ministerio de Salud ha centrado su estrategia en el diseño de programas encaminados a promover un correcto lavado de manos es necesario tener en cuenta las creencias y prácticas culturales que inhiben esta conducta que se quiere fomentar. Así mismo se deben usar canales apropiados de comunicación con la comunidad. El uso de una variedad de canales, entre ellos discusiones, demostraciones, ejercicios de aprendizaje activos, canciones populares, actuación y juegos dirigidos a los encargados del cuidado de los niños, a los niños mismos y a miembros clave de la comunidad; el lavado de manos aumentó de 1 a 82%.

Estrategias de mercadeo con énfasis en salud para el uso del jabón dirigido a maestros, estudiantes, trabajadores de salud y madres tiene impacto (19). Lavarse las manos correctamente consiste en usar agua de chorro, frotamiento vigoroso, usar agentes limpiadores como jabón y en secarse con un paño limpio o al aire libre, luego de entrar en contacto con heces y antes de preparar la comida. Las manos se contaminan durante la defecación, a través de la manipulación de las heces de los niños y al tocar otras manos y superficies contaminadas. La consejería para el lavado de manos (para individuos y grupos) puede reducir en 30% el riesgo de diarrea. Sobre la relación del lavado de manos con la diarrea existe importante evidencia que sostiene que esta práctica tiene impacto en reducir la diarrea (20).

Los niños están también en riesgo de enfermar con diarrea debido a factores ambientales, los cuales no dependen directamente de lo que las personas hacen o dejan de hacer sino del nivel de exposición a los microorganismos causantes de diarrea, los cuales son: la carencia de los servicios de abastecimiento de agua o

sistemas de distribución, carencias de servicios de alcantarillado, la cohabitación con animales que se comportan como reservorios naturales de ciertos enteros patógenos, y la presencia de personas aparentemente sanas pero que excretan en sus heces microorganismos causantes de diarrea.

La ENDES 2012 revela que a nivel nacional más de ocho de cada diez hogares (88,3%) cuentan con saneamiento básico, destacando el incremento de 13.3 puntos porcentuales en el área rural (de 61.0% a 74.3%), respecto a la ENDES 2007. Es el porcentaje de hogares que tienen acceso a agua tratada; entendiéndose como tal, al agua que proviene de la red pública o de aquella que no proviene de la red pública pero que le dan tratamiento al agua antes de beberla: cuando la hierven, la clorifican, la desinfectan solamente o consumen agua embotellada. A nivel nacional, nueve de cada diez hogares (93,9%) tienen acceso a agua tratada, proporción que es mayor en el área urbana (97,1%) que en el área rural (86,4%), esta última se explica por el uso de formas alternativas de desinfección del agua que usan para beber (14).

En un estudio el objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú; estudio observacional, descriptivo de corte transversal. La población fue de 82 madres de niños menores de 5 años. Los resultados fueron que el promedio de edad de las madres fue de 29 años. El 73,1% solo se dedicaban a los quehaceres domésticos (ama de casa), alrededor del 7% tenían estudios superiores culminados y solo el 6% de las viviendas contaban con el servicio de desagüe. El 76% conoció el significado de la palabra diarrea, el 53% creyeron que los parásitos son la

principal causa, el 53% prefirió usar el suero de rehidratación oral (SRO) como principal medida de tratamiento, el 67% acudiría al centro de salud, mientras que un 24% lo haría al curandero. La conclusión es que el conocimiento de las madres sobre el manejo de la diarrea, es regular, la creencia es que se debe de prohibir la lactancia materna, de que los parásitos son principal causa (15).

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de casos con el objetivo de identificar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas acerca de las medidas de prevención de enfermedad diarreica aguda en las madres de niños menores de 5 años, hospitalizados en los servicios de pediatría del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Se hizo una encuesta y una tabla de cotejo a 89 madres durante el período de enero a abril del 2015. Resultados: La edad media de las madres fue de 28.36 años. Predominó el grado Superior (88.76%). En la mayoría de casos (58,4), el nivel de conocimiento fue alto. La gran mayoría de prácticas preventivas fueron buenas (75,3%). Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y prácticas preventivas frente a la enfermedad diarreica aguda ($p < 0,05$). Conclusiones: existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda y las prácticas preventivas (16).

En un estudio de casos y controles, el objetivo conocer el comportamiento de algunos factores de riesgo de las enfermedades diarreicas agudas en el niño, en el Policlínico Comunitario Centro de Camagüey. Fueron 89 niños de dicha área de salud egresados con ese diagnóstico, y el grupo control, por la misma cantidad de niños no egresados por ninguna enfermedad y de la misma área de salud. Se encontraron como resultados más importantes un 97,67 % de niños menores de 1

año, la higiene doméstica no fue buena en el 80,9 % y la personal mala en el 73,03 %. Hubo hacinamiento en el 62,92 %, presentándose en el 45,9 % algún grado de desnutrición. El 32,58 % eran madres menores de 20 años. Se concluyó que todos los factores evaluados se comportaron como factores de riesgo, infiriéndose la importancia de la educación para la Salud (17).

En un estudio cualitativo y cuantitativo en las zonas urbano marginales de Lima; para identificar los factores que actúan como barrera en la contaminación del agua y alimentos; y el enfoque antropológico social para explicar las razones y percepciones de la población. Los resultados del estudio indican que las familias están integradas por un promedio de 5 personas, 93% de mujeres encargadas del hogar tienen en promedio 35 años y el 50.6% tiene al menos un grado de secundaria. El 55% de viviendas tienen piso de arena, 57.3% paredes de madera o tripley y 59% techo de calamina. Usan en promedio 2 habitaciones, las cuales son ocupadas por 3 personas en promedio. El 83% cuentan con letrina y 15.8% usan campo abierto. En condiciones de higiene; el 80% elimina las excretas infantiles a través de la basura. Respecto al lavado de manos, 8.8% de viviendas cuentan con lugar específico para este fin, 50% usa jabón; el 37% lo realiza antes de preparar los alimentos, 13% lo hace antes de comer y 7% lo hace después de defecar. La protección del agua es inadecuada, solo el 49.8% almacena el agua en recipientes limpios y con tapa, los factores que influyen son el tipo de sistema de abastecimiento, la presencia de animales domésticos (18).

Se realizó un estudio en la Universidad de Santiago de República Dominicana, cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de enfermedades diarreicas en niños de

tres a cinco años que ingresaron al servicio de urgencias del Hospital Dr. Arturo Gullón durante el año 2012. Es un estudio descriptivo de diseño transversal de 117 casos de pacientes con enfermedad diarreica aguda de las edades indicadas habiendo obtenido los siguientes resultados: 51,48% fueron varones; 42% tenían tres años, 27,3% cuatro y los restantes cinco. La frecuencia de EDA fue mayor en los de tres años y en 25,74% se pudieron encontrar entamoebacoli, en 11% se encontró giardia lambia y en 9.36% Entamoebahistolítica (21).

En un estudio de tipo observacional, prospectivo de corte trasversal, realizado con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas frente a diarreas de las madres de niños menores de 5 años que acuden al hospital de Vitarte. Se tuvo los siguientes resultados: Se entrevistaron a 50 madres, la edad promedio es de 26.93+-6.6 años. (Con una mínima de 18 y una máxima de 42). Sobre los conocimientos y prevención de la diarrea, el 42% conoció el significado de la palabra diarrea, el 34% indicó al empacho por alimentos y el 22% que los parásitos son la principal causa, el 38% reconoce a la sed aumentada como signo de deshidratación, el 84% suspende la alimentación, el 32% prefirió usar el suero de rehidratación oral (SRO) como principal medida de tratamiento, aunque un 46% admitió que le daría antibióticos, el 32% acudiría al centro de salud, mientras que un 68% esperaría que se recupere solo. Conclusiones: El conocimiento general de las madres sobre diarrea, es malo, persiste la creencia de que se debe suspender la lactancia materna, de que el empacho con los alimentos y los parásitos son principal causa y persiste la idea que debe usarse antibióticos como parte de un tratamiento adecuado (22).

En el estudio conocimientos y prácticas sobre prevención y manejo de enfermedad diarreica aguda, en madres de niños/as de los centros infantiles del buen vivir, Daniel Álvarez y Víctor Emilio Valdivieso MIES, Loja, 2014–2015. El universo 80 madres a quienes se les aplicó una encuesta para la recolección de datos. Los resultados demuestran que la población del estudio, define correctamente la diarrea, pero no tiene conocimientos sobre la prevención de esta enfermedad, en especial los factores de riesgo para desarrollar diarrea y las medidas que disminuyen el peligro de producirse esta patología. Además no existe una práctica adecuada en cuanto a las medidas para el consumo de agua segura; presencia de animales intradomiciliarios; y en el cuidado de los alimentos previo a su ingesta. Sin embargo en el manejo de la diarrea, existen buenas prácticas en cuanto a rehidratación y preparación del suero oral y el suero casero. Se observó que las madres no tienen conocimiento sobre la prevención de la diarrea (23).

En el estudio “Conocimientos y Prácticas sobre Prevención y Manejo de Enfermedad Diarreica Aguda, en Madres de Niños/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir Caritas Felices y Estrellita Iluminando el Futuro MIES Loja, 2014 – 2015” Tuvo como objetivo determinar los conocimientos y prácticas maternas sobre prevención y manejo de la EDA en niños menores de 5 años. Estudio tipo descriptivo, ya que permitió medir los aspectos del fenómeno a investigar, la muestra 72 participantes a quienes se les aplicó una encuesta para valorar el nivel de conocimiento respecto a la prevención y manejo de la EDA. Se determinó que la mayoría de madres conocen sobre el significado de EDA, pero así mismo en sentido contrario desconocen los factores que desencadenan dicha enfermedad, lo cual se refleja en la práctica diaria ya que la mayoría de participantes tiene prácticas

y actitudes erróneas frente al manejo de esta enfermedad en el hogar, frente a una minoría que si conoce y opta medidas adecuadas en cuanto al manejo de la misma (24).

En otro estudio “intervención educativa sobre prevención de enfermedades diarreicas agudas desde el enfoque AIEPI comunitario para madres con niños menores de cinco años del Centro de Educación Inicial Lic. Alfonso Chávez Jara. en noviembre 2010 abril 2011”. Que tuvo como objetivo general implementar una intervención educativa sobre prevención de enfermedades diarreicas agudas desde el enfoque AIEPI comunitario para madres con niños menores de cinco La población 30 madres de familias conclusiones: En cuanto a las características socio demográficas la edad comprendida de las madres de 19 a 25 años nos dio un 67%; estado civil casadas el 64%; ocupación principal quehacer domésticos el 30%; paridad de las madres de 3 a 4 hijos el 87%; cuenta con servicios básicos agua potable en el hogar el 87%; En lo referente al diagnóstico situacional se puede concluir que existe 87% de madres que tienen de 1 a 3 hijos en su familia, y 3 de ellos han sufrido de episodios diarreicos , de los 3 niños 1 actualmente en cada familia tiene diarrea; la fuente principal de abastecimiento de agua es la red pública, el 64% de madres la consumen tal como viene de la red pública, mientras que el 36% de madres prefieren hacerla hervir el tiempo necesario, de este porcentaje el 87% de madres hacen hervir el agua menos de 5 minutos, el 13% de 6 a 8 minutos y el 0% de madres no hace hervir el agua tiempo necesario; El 63% de madres se lavan las manos antes comer, 27% se lavan las manos después de hacer las necesidades y por último las madres carecen de conocimiento sobre la EDA en un 80% (25).

2.2. TEORIAS SOBRE EL TEMA

MODELOS Y TEORÍAS DEL CAMBIO DEL COMPORTAMIENTO EN SALUD:

Estas teorías pueden ayudarnos a comprender la índole de los comportamientos a los que se quiere llegar en una variedad de técnicas, basadas en diferentes disciplinas, que permiten analizar los aspectos humanos y sociales, y diseñar soluciones específicas.

Las teorías que se concentran en las causas de la conducta son: el modelo de la creencia en la salud, la teoría de la acción razonada y la teoría del aprendizaje social.

El modelo de Creencias de Salud, desarrollada por Rosenstock, 1974 - 1977, se encuentra estrechamente identificado con el campo de la educación en salud. Mantiene que el comportamiento de salud es una función tanto del conocimiento como de las actitudes. Específicamente, este modelo enfatiza que la percepción de una persona acerca de su vulnerabilidad a una enfermedad y la eficacia del tratamiento, tendrán influencia sobre sus decisiones en relación con sus comportamientos de salud.

De acuerdo al Modelo de Creencias de Salud: (1) el comportamiento depende de si las personas consideran que son susceptibles a un problema de salud en particular; (2) consideran que se trata de un problema serio;(3) están convencidos de que el tratamiento o las actividades de prevención son eficaces,

y (4) al mismo tiempo consideran que éstos no son costosos; y (5) reciben un incentivo para tomar medidas de salud (26).

Este modelo está dentro de las teorías que asumen que la opción de que una persona elija un curso de acción diferente se basa en la probabilidad subjetiva de que un determinado comportamiento conducirá a un conjunto de resultados esperados, y en la valoración de los resultados de la acción; buscando consecuencias positivas y evitando las negativas.

La teoría de la acción razonada, desarrollada por Fishbein & Ajzen, 1975,1980, enfatiza el rol de la intención personal en la determinación de si ocurrirá o no un comportamiento determinado. La teoría implica que el comportamiento generalmente sigue a la intención y no ocurrirá sin ésta. Las intenciones de las personas también se encuentran influenciadas por otras actitudes frente al comportamiento. La teoría enfatiza además las creencias normativas que la gente pueda albergar, esto es, lo que piensan que otras piensan - en particular, persona influyentes, por ejemplo sus pares – harían en una situación similar (26).

La teoría del aprendizaje social, desarrollada por Bandura, 1977; Rotter, 1954, el comportamiento humano se explica en términos de una teoría dinámica recíproca y de tres vías en la cual los factores personales, las influencias ambientales y el comportamiento interactúan continuamente. Una premisa básica de esta teoría es que las personas aprenden no solamente por medio de su propia experiencia sino también observando las acciones de otros y los resultados de dichas acciones (26). Estos aspectos hacen referencia a la creencia

que una persona tiene acerca de los factores que determinan la salud: considerar que la salud depende del comportamiento propio, de otras personas influyentes o bien de la suerte; implicando en tener un comportamiento saludable o no saludable.

En conclusión se puede decir que el modelo y teorías que se han presentado aportan una sólida base conceptual para el presente estudio; pues analizan la influencia de variables sociodemográficas y variables en salud que intervienen en los comportamientos de las personas respecto a su salud. Por otro lado estas teorías proporcionan algunos elementos fundamentales para comprender los estilos de vida relacionados con la salud y la manera de intervenir sobre ellos.

El cambio de comportamiento para reducir los riesgos de las enfermedades diarreicas agudas con la prevención, va a depender de cómo las madres son susceptibles de percibir que su niño puede enfermar de EDA; percibir si esta enfermedad es grave o no y si las medidas de prevención que tome son importantes y beneficiosas para que la enfermedad no se presente en su niño. Asimismo estas teorías nos permiten explicar que las madres tomaran medidas de prevención frente a las EDAs, si tienen la intención de cumplir ese comportamiento, basadas en creencias (lo que uno cree que es la verdad a cerca de algo) y normas subjetivas (lo que uno piensa que otras personas en la sociedad general o personas que uno conoce, piensan que es un comportamiento aceptable o deseado).

Según el estudio podríamos decir que la madre para actuar frente a la enfermedad que presenta su niño tiene que ver a otras personas como uno mismo

tener éxito en el nuevo comportamiento y tener confianza en sus propias habilidades; así como ver las expectativas de los resultados de sus acciones.

2.3. BASES CONCEPTUALES.

2.3.1 ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA.

“La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) definen 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”.

Se define a la diarrea como “una infección del tracto gastrointestinal causada por patógenos bacterianos, víricos o parasitarios de duración limitada, que en forma secundaria a una alteración en el transporte y absorción de electrolitos y agua, se caracteriza por el incremento en el número de evacuaciones al día y alteración en la consistencia de las heces, acompañado de otros síntomas como vómitos, náuseas, dolor abdominal o fiebre” (23).

2.3.2 ETIOLOGIA.

Entre las principales causas de la Enfermedad Diarreica Aguda se menciona “las Infecciones enterales en un mayor porcentaje, seguido el Rotavirus que es el agente principal en los primeros 4 años de su vida, las bacterias, así como Shigella, Campylobacter jejuni y Escherichia. Coli; en un porcentaje menor constituyen los parásitos; en nuestro medio suele ser por Giardia Lamblia” (23).

La madre o cuidadores deben conocer que la diarrea, es una enfermedad infecciosa o parasitaria del niño o niña, caracterizada por el aumento del número de las deposiciones, cambio en su consistencia, pérdida de líquidos, y complicaciones posteriores (23).

La OMS, indica que como causas relacionadas con las EDAs, se pueden considerar:

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

Malnutrición: Los niños que mueren por diarrea suelen padecer malnutrición subyacente, lo que les hace más vulnerables a las enfermedades diarreicas. A su vez, cada episodio de diarrea empeora su estado nutricional. La diarrea es la segunda mayor causa de malnutrición en niños menores de cinco años.

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

contienen microorganismos capaces de ocasionar enfermedades diarreicas.

Otras causas: Las enfermedades diarreicas pueden también transmitirse de persona a persona, en particular en condiciones de higiene personal deficiente. Los alimentos elaborados o almacenados en condiciones antihigiénicas son otra causa principal de diarrea. Los alimentos pueden contaminarse por el agua de riego, y también pueden ocasionar enfermedades diarreicas el pescado y marisco de aguas contaminadas (27).

2.3.3 TIPOS DE DIARREA.

Según el Ministerio de Salud existen tres tipos de diarrea. Estos son la diarrea acuosa, disentérica y la diarrea persistente:

A. Diarrea Acuosa Aguda: Es el tipo de diarrea más común, cerca del 80% de todos los casos de diarrea que se atienden en los servicios de salud es de este tipo. se caracteriza por heces líquidas que no contienen moco o sangre aunque algunas veces puede tener moco en pequeña cantidad, comienza en forma aguda y cesa al cabo de algunos días si el niño recibe tratamiento apropiado con líquidos y alimentación , la mayoría de los episodios duran menos de 07 días. El mayor peligro de la diarrea acuosa es la deshidratación, que puede ocurrir cuando el agua y sales perdidas en el líquido de la diarrea no son remplazadas completa y prontamente. Cuando la

deshidratación es severa causa la muerte por colapso cardiovascular, también ocurre depleción de potasio y acidosis, porque las heces líquidas tiene un alto contenido en potasio y bicarbonato, la causa más común de este tipo de diarrea es producida por rota virus y *E. colienterotoxigenica* (28).

B. Diarrea Disentérica: Generalmente, si hay sangre visible en las heces, se conoce como disentería o diarrea disentérica. El rastro de sangre es indicativo de una invasión al tejido intestinal. La disentería es causada por un exceso de agua por liberación de la hormona antidiurética de la glándula pituitaria posterior. La disentería es un síntoma de Shigellosis, Entamoeba Histolytica, y Salmonellosis (25).

C. Diarrea Persistente: Se entiende como diarrea persistente (DP), aquel episodio diarreico de más de 14 días de duración, de comienzo agudo y presunta etiología infecciosa, que afecta el estado nutricional y pone al paciente en riesgo sustancial de muerte. Desde el punto de vista operacional es un episodio diarreico que dura 14 días o más (29)

2.3.4 FACTORES SOCIOCULTURALES

Wingoog GM, Diclemente. RJ 2000, afirma que los ambientes sociales, culturales y físicos forman la conducta, por lo tanto las intervenciones no deben enfocarse en el individuo sino en estos ambientes.

2.3.4.1 Factor Cultural.

La cultura es el conjunto de valores, creencias orientadoras, entendimientos y maneras de pensar que son compartidos por los miembros de una organización y que se enseñan a los nuevos miembros. La cultura constituye las normas no escritas e informales de una organización. Denota todas las manifestaciones de la vida social tales como las costumbres, los modales, hábitos de asociación, vestimenta, alimentación y artísticos, que no están únicamente relacionados con el sustento de la vida. Son todas aquellas actividades que dan sentido a la vida. Entre las esferas de la religión, la política, y la economía se da un alto grado de interrelación cultural (30)

La cultura da al hombre la capacidad de reflexionar sobre sí mismo. Es ella la que hace de nosotros seres específicamente humanos, racionales, críticos y éticamente comprometidos. A través de ella discernimos los valores y efectuamos opciones. A través de ella el hombre se expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente nuevas significaciones, y crea obras que lo trascienden. (31)

Características de la Cultura

a. Universalidad. Para que un rasgo se considere “cultural”, es necesario que sea compartido y aceptado por todos o por la mayoría de los miembros de una sociedad. Además cuando se afirma que la mayoría, pero no necesariamente todos los miembros de una

sociedad, los comparten, debe señalarse que quienes no comparten determinados rasgos culturales por lo general no pueden expresarlos, con el riesgo de ser rechazados de manera abierta (32).

b. Naturalidad. La cultura es un tema acerca del cual no se discute y se acepta como natural. Generalmente las personas ni siquiera conocen las razones por las cuales siguen sus normas, reglas o costumbres. En general, la persona sólo se da cuenta de que su forma de actuar no es completamente “natural” cuando se encuentra frente a miembros de otra cultura y observa comportamientos distintos de los suyos (32).

c. Utilidad. Si bien el individuo no tiene una idea completamente clara de las razones de su comportamiento cultural, la cultura en sí es un medio para satisfacer mejor las necesidades de la sociedad. La razón más importante de la existencia de la cultura es la función que cumple como guía de comportamiento adecuado (32).

d. Dinámica. Como la cultura cumple una función estrictamente práctica, cambia conforme cambian las razones que condicionaron su aparición, y cuando dejan de ser necesarias, se convierten en un estorbo para la satisfacción de las necesidades de una parte de la sociedad (32).

e. Producto del aprendizaje. Como característica final de la cultura, cabe señalar que ésta no es innata, sino aprendida mediante la socialización, es decir, las personas no nacen con una cultura, sino que se culturizan en el medio donde se desarrollan.

La cultura no es estática, sino que evoluciona constantemente, integrando las viejas ideas con las nuevas. Un sistema cultural está integrado por tres áreas funcionales (32).

f. Ecología. Es la forma en la que un sistema se adapta a su hábitat. Esta área es definida por la tecnología utilizada para obtener y distribuir los recursos (32).

g. Estructura social. Constituye la manera en que se mantiene el orden de la vida social. Esta área incluye a los grupos domésticos y políticos que dominan en la cultura (32).

h. Ideología. Consiste en las características mentales de una población y su modo de relacionarse con su ambiente y grupos sociales. Esta área gira en torno a la creencia de que los integrantes de una sociedad poseen una perspectiva mundial común, es decir, comparten ciertas ideas sobre los principios de orden y justicia. También comparten un ethos, el cual está integrado por una serie de principios estéticos y morales.

Aunque cada cultura es diferente, cuatro aspectos parecen ser los responsables de gran parte de estas diferencias (32).

- i. Distancia del poder.** Corresponde a la manera en que las relaciones interpersonales se forman cuando se perciben diferencias de poder (32).

- j. Individualismo.** Representa el grado en el que se valora el bienestar del individuo en contraposición a la conveniencia del grupo. Las culturas difieren en la importancia que otorgan al individualismo en comparación al colectivismo. En las culturas colectivistas, las personas subordinan sus metas personales a los objetivos de una comunidad. En contraste, los consumidores que pertenecen a culturas individualistas dan mayor importancia a las metas personales y los individuos cambian su pertenencia a un grupo cuando las exigencias de éste se vuelven demasiado costosas. Mientras que una sociedad colectivista destaca los valores como la autodisciplina y la aceptación de la posición en la vida, las personas que pertenecen a las culturas individualistas enfatizan el disfrute personal, la excitación, la igualdad y la libertad (32).

Creencias y Costumbres.

- a. Creencia.** Es el estado de la mente en el que un individuo tiene como verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa; cuando se objetiva, el contenido de la creencia

contiene una proposición lógica, y puede expresarse mediante un enunciado lingüístico como afirmación.

Como mera actitud mental, que puede ser inconsciente, no es necesario que se formule lingüísticamente como pensamiento; pero como tal actúa en la vida psíquica y en el comportamiento del individuo orientando su inserción y conocimiento del mundo (33).

- b. Costumbre.** Es una práctica social reiterada, uniforme de un grupo social. Usualmente las leyes son codificadas de manera que concuerden con las costumbres de la sociedad que rigen. Modo habitual de proceder o conducirse, también es lo que se hace con más frecuencia. A diferencia del hábito la costumbre no solo abarca a una persona sino también a un pueblo y a una nación (34)

2.3.4.2 Factores Sociales:

Numerosos estudios han demostrado fehacientemente la relación de salud, enfermedad y muerte con variables sociales como son: ingreso económico, educación, alimentación, atención médica, saneamiento ambiental, grupos étnicos y clases sociales entre otros altamente significativos y que conforman las determinantes sociales de la morbimortalidad (35).

Condiciones de salubridad de la vivienda y el nivel de instrucción.

a. Vivienda Saludable. Es aquel espaciofísico que propicia condiciones satisfactorias para la persona y la familia, reduciendo al máximo los factores de riesgo existentes en su contexto geográfico, económico, social y técnico (36).

b. El nivel de instrucción. Se entiende por nivel de instrucción de una persona el que corresponde al grado más avanzado terminado y/o al último año de estudios cursado o terminado a que haya llegado esa persona en el sistema de enseñanza ordinario, especial y de adultos de su Estado o de otro Estado (37).

2.3.5 PREVENCIÓN DE LAS EDAS

La prevención es: “el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control o reducción de los factores de riesgo, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables” (38)

La palabra prevención, del verbo prevenir, es definida como "preparación, disposición que se toma para evitar algún peligro. Queda claro entonces que al utilizar este término nos referimos a una acción de carácter anticipatorio (39).

La prevención es sobre todo, definida como la protección contra los riesgos, las amenazas del ambiente, lo que significa, inevitablemente la acción mancomunada de las Instituciones de Salud, de las comunidades, y de las

personas que más que integrarlas las instituyen. En la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, realizada en Ottawa en 1986 con el patrocinio de la OMS se señala que es necesario facilitar el proceso según el cual se puede movilizar "a la gente para aumentar su control sobre la salud y mejorarla para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente". Para lograr verdaderamente esto es imprescindible comprender que el desarrollo de la salud no se puede reducir a la lucha contra la enfermedad, a las prácticas clínicas tradicionales (39).

Las prácticas de prevención no se pueden quedar entonces amarradas a viejos problemas y esquemas, insistiendo fundamentalmente y apenas en lo que muchos llaman los "comportamientos sanos", que se asocian a diversos aspectos, ámbitos y procesos vitales del ser humano pero vistos muy puntualmente, y además han estado, al menos parcialmente, viciadas de formalismos y deficiencias conceptuales fundamentales. Abrir nuevas perspectivas en este sentido implica la realización de un análisis crítico que pase por el sostén conceptual, técnico e instrumental que han avalado estas prácticas (39).

Las intervenciones más efectivas para prevenir la diarrea infantil a nivel mundial han sido las siguientes: Promoción de la alimentación adecuada, lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y parcial hasta los 2 años de edad, prácticas adecuadas del destete, uso de agua limpia abundante y protegida de la contaminación; higiene personal y doméstica

adecuada, lavado de manos con jabón y uso de letrinas, eliminación adecuada de las heces, especialmente de los pañales con deposiciones, y por último, en algunos países, inmunización contra el sarampión (Mota, H.F.1998). Por otro lado las condiciones sanitarias correctas incluyendo el lavado de manos, la refrigeración y cocción adecuada de alimentos son medidas convencionales de salud que han logrado una reducción importante en la incidencia de la diarrea. Aunque se están probando enfoques inmunológicos en zonas de alto riesgo, es poco seguro poder hallar una solución inmunológica global por la multiplicidad de etiologías responsables de la diarrea.

Lo que indica el programa de Control de Enfermedad Diarreica Aguda con relación a la prevención lo encontramos dentro del plan de tratamiento de las EDAS en la última letra de la sigla ACRE es decir: Evitar nuevos episodios de diarrea, para lo cual recomienda las siguientes acciones:

- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementando hasta los 2 años.
- Consumo de alimentos limpios, frescos y bien cocidos.
- Uso de agua hervida o clorada.
- Lavado de manos antes de preparar los alimentos, después de defecar, antes de comer y dar de comer al bebe.
- Uso adecuado de baños o letrinas.
- Enterrado de la basura o su disposición en recipientes bien protegidos.
- Vacunación contra todas las enfermedades prevenibles y sobre todo contra el sarampión (MINSA, Programa Nacional de CEDA 1996).

Mientras que para la Sociedad Argentina de Pediatría Filial Salta (2014), menciona que la disminución de la morbilidad y mortalidad por diarrea aguda depende de la prevención: Prevención primaria: comprende las medidas a implementar con el fin de evitar que se contraiga la enfermedad. Prevención secundaria: comprende el buen manejo del episodio diarreico en lo referente al sostén o recuperación de la hidratación y la nutrición adecuada. Además: Prevención y Educación Comunitaria: Para que un niño enferme intervienen distintos factores, tanto sociales ambientales como biológicos. Por eso debemos tratar de prevenir la enfermedad diarreica por medio de recursos como los siguientes:

- Educación para la salud y participación de la comunidad en la instalación de medidas de higiene y cuidado.
- Medidas higiénicas como: Lavado de manos antes de preparar alimentos y después de manipular carne cruda, y luego de ir al baño o cambiar los pañales; No bañar a los niños en aguas contaminadas; Cuidar que las piletas de natación privada y pública tengan agua adecuadamente clorada; Asesorar sobre sistemas de provisión de agua segura; el agua de uso y consumo debe ser potable; Ante la duda, agregar dos gotas de lavandina por litro de agua o hervirla cinco minutos; Educación alimentaria con énfasis en: Estimular la práctica del amamantamiento y la higiene en la preparación de alimentos, Lavado de frutas y verduras, Cocción de los alimentos: huevos (consistencia dura); carne bien cocida especialmente la carne picada para ser consumidas, las carnes deben perder el color rosado, Constatar que las hamburguesas estén bien cocidas, No usar el mismo cuchillo, tabla o mesada donde se apoyó

carne cruda para cortar otros alimentos, sin antes lavarlos con agua y detergente, Consumir leche, derivados lácteos y jugos que estén pasteurizados, Conservar alimentos frescos y cocidos en la heladera; Cuidados con respecto a la eliminación de las excretas y tratamiento de residuos.

- Alertar sobre los peligros de la ingesta de medicamentos e infusiones caseras sin indicación médica.
- Evitar el uso de antibióticos y fármacos inhibidores de la motilidad intestinal.
- Educación a la comunidad y en especial a las madres acerca de cómo prevenir e identificar precozmente la diarrea, la detección temprana de la deshidratación y otros signos de alarma (40).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Definición conceptual de las variables

Factores socioculturales

Lo que es normal en el medio ambiente en que vive el enfermo y le crea unos hábitos y una forma de pensar y actuar que él considera normales. Esto cambia de una cultura a otra y de un nivel social a otro (41).

Prevención de EDAS

La prevención es: “el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control o reducción de los factores de riesgo, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables” (38)

3.2 Definición operacional de las variables

Factores socioculturales.

Los factores socioculturales se ha operacionalizado considerando los factores sociales: grado de instrucción, obtención de agua, distribución de la vivienda,

personas que viven en la vivienda, presencia de animales domésticos; y los factores culturales: creencias sobre la enfermedad y costumbres en el tratamiento de las EDAs. (Anexo 1)

Prevención de EDAs:

La prevención de EDAs se ha operacionalizado teniendo en cuenta las medidas de prevención: almacenamiento de agua, consumo de agua, eliminación de basura, eliminación de excretas, mantenimiento de letrina, lavado de manos, insumos para el lavado de manos, lavado de juguetes, cortado de uñas, eliminación de heces del pañal del niño (Anexo 1)

3.3 Operacionalización de las variables

Variable independiente: Factores socioculturales

A. Factores sociales:

Grado de instrucción

- a. Analfabeta.
- b. Primaria completa.
- c. Primaria incompleta
- d. Secundaria completa.
- e. Secundaria incompleta

Obtención del agua

- a. Entubada
- b. Pozo
- c. Acequia
- d. Río

Distribución de la vivienda:

- a. Una sola habitación
- b. Dos habitaciones
- c. Tres habitaciones
- d. Más de tres habitaciones

Personas que viven en la vivienda

- a. Dos personas
- b. Tres personas
- c. Cuatro personas
- d. Más de cuatro personas

Presencia de animales domésticos en la vivienda

- a. Cuyes
- b. Perros
- c. Gatos
- d. Cerdos
- e. Otros

B. Factores culturales:

Creencias sobre la enfermedad.

- a. Susto
- b. Mal ojo
- c. Seno malo
- d. Madre tiene cólera
- e. Madre lava
- f. Sale los dientes.
- g. Cuando gatea
- h. Las comidas

Costumbres

Lugar de atención de la enfermedad diarreica

- a. Establecimiento de salud
- b. Farmacia
- c. Promotor de salud
- d. Curandero
- e. Familiares

Tiempo transcurrido para la atención de EDA

- a. Primer día
- b. Segundo día
- c. Tercer día
- d. Más de tres días

Tratamiento de la EDA en domicilio

- a. Plantas medicinales
- b. Cataplasmas, suero casero
- c. Rituales

C. Prevención de EDA

Almacenamiento de agua.

- a. Ollas con tapa
- b. Baldes con tapa
- c. Baldes sin tapa
- d. Galoneras
- e. Tinas

Consumo de agua

- a. Hervida
- b. Sin hervir

Eliminación de basura

- a. Campo abierto
- b. Lo entierran
- c. Lo queman
- d. Lo utilizan como abono

Disposición de excretas

- a. Letrina
- b. Campo abierto
- c. Pozo ciego
- d. Alrededor de la casa

Mantenimiento de la letrina

- a. Adecuada
- b. Inadecuada

Lavado de manos

- a. Antes de comer
- b. Después que de ir al baño
- c. Después de jugar
- d. En todos los casos anteriores
- e. Ninguno

Insumos para el lavado de manos:

- a. Jabón
- b. Detergente
- c. No usa

Lavado de juguetes del niño

- a. Si
- b. No

Cortado de uñas del niño

- a. Si
- b. No

Eliminación de las heces del pañal del niño

- a. Campo abierto
- b. Letrina
- c. Río
- d. Cerca del pozo

3.4 Población de estudio.

La población estuvo constituida por 84 madres con niños menores de 5 años que fueron atendidas en el establecimiento de salud del Centro Poblado de Yuracyacu, durante el año 2011.

3.5 Unidad de análisis.

Cada una de las madres, que tienen niños menores de 5 años y que han presentado episodios de diarrea, atendidos en el Establecimiento de Salud de Yuracyacu.

3.6 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- ✓ Madres con niños menores de 5 años que presentaron episodios de diarrea registrados en el establecimiento de salud.

- ✓ Madres que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de exclusión:

- ✓ Madres con menos de un año de residencia en la zona de estudio

3.7 Tipo y diseño de la contrastación de la hipótesis

Se trata de una investigación con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal y relacional, porque se usó la recolección de datos para probar la hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico; es decir se buscó observar los fenómenos tal como se dan en su contexto natural. El diseño de investigación es no experimental, porque se realizó sin manipular deliberadamente las variables; y es transversal porque se recolectó los datos en un solo momento (42).

La contrastación de la hipótesis se determinó mediante la prueba de Chi Cuadrado (χ^2) con un intervalo de confianza del 95%, haciendo uso del p – valor; siendo estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$.

3.8 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica de recolección de datos

Se utilizó como técnica la entrevista para aplicar el cuestionario a cada madre en su vivienda, esa relación dialógica permitió obtener información propia de las condiciones socioculturales en las que vive la madre y su niño menor de 5 años.

Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario que contiene preguntas estructuradas, que permitió obtener información sociocultural y de medidas de prevención de EDAs. Estuvo estructurado considerando: datos generales; factores socioculturales de la madre y las medidas de prevención de EDAs que practican. Entre los factores sociales: grado de instrucción, obtención de agua, distribución de la vivienda, personas que viven en la vivienda, presencia de animales domésticos; y los factores culturales: creencias sobre la enfermedad y costumbres en el tratamiento de las EDAs. Entre las medidas de prevención de EDAs: almacenamiento de agua, consumo de agua, eliminación de basura, eliminación de excretas, mantenimiento de letrina, lavado de manos, insumo para el lavado de manos, lavado de juguetes, cortado de uñas, eliminación de heces del pañal del niño.

Para realizar la recolección de datos se obtuvo los registros de atención del establecimiento de salud, con los que se elaboró un marco muestral de todos los niños menores de 5 años que presentaron episodios de EDA, para realizar el respectivo seguimiento en su vivienda en donde se entrevistó a cada madre.

Validación del instrumento

Para validar el cuestionario se aplicó a un grupo de madres de familia cuyas características eran semejantes a la de la muestra en estudio. Es decir para adaptarlo al contexto se realizó una prueba piloto con 25 madres de la comunidad de Cañafisto, quienes eran madres de niños menores de cinco años que tuvieron episodios de EDA y se atendieron en el establecimiento de salud de su jurisdicción.

Se utilizó la validez de criterio, se correlacionó la medición con el criterio externo para lo cual primero se revisó cómo ha sido medida la variable por otros investigadores y con base a ello se elaboró todos los ítems posibles para medir las variables y sus dimensiones; después se consultó a investigadores familiarizados con la variable es decir se utilizó el “juicio de expertos” en el área de de Epidemiología y Promoción para la Salud; para ver si se contó con todos los ítems necesarios.

3.9 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Técnicas de procesamiento de datos

Después de concluida la aplicación del cuestionario y el recojo de la información se codificó manualmente cada una de las variables del instrumento y se ingresó en la matriz de datos para su procesamiento respectivo, para lo cual se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21.0 y la hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010; la presentación de los resultados se realizó en tablas simples y de contingencia para luego realizar el análisis e interpretación de datos.

Análisis de datos

El análisis estadístico de datos se realizó mediante la estadística descriptiva como frecuencia absoluta y relativa; tanto como para la variable factores socioculturales como para las variables de prevención de EDAs, con un intervalo de confianza del 95%. El análisis cuantitativo se realizó considerando los porcentajes más altos y bajo obtenidos en cada variable de estudio.

Para el análisis relacional entre las variables del estudio se utilizó la prueba estadística inferencias del Chi cuadrado con un intervalo de confianza del 95% y un valor $p < 0,05$. Y el análisis y discusión de los mismos se realizó contrastando los resultados con la literatura consultada y las investigaciones previas al presente estudio.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Factores socioculturales de las madres con niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda. Yuracyacu-Chota 2011

Tabla 1. Factores sociales de las madres con niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda. Yuracyacu – Chota 2011

Grado de instrucción	N°	%
Analfabeto	15	17,9
Primaria incompleta	24	28,6
Primaria completa	24	28,6
Secundaria incompleta	12	14,3
Secundaria completa	9	10,7
Obtención de agua	N°	%
Agua entubada	68	81,0
Pozo	13	15,5
Rio	3	3,6
Distribución de la vivienda	N°	%
1 sola habitación	25	29,8
2 habitaciones	36	42,9
3 habitaciones	14	16,7
> 3 habitaciones	9	10,7
Número personas en la vivienda	N°	%
2 personas	2	2,4
3 personas	8	9,5
4 personas	29	34,5
> 4 personas	45	53,6
Presencia de animales domésticos	N°	%
Cuyes/aves de corral	10	11,9
Cuyes / gatos	7	8,3
Cuyes y perros	48	57,1
Cerdos	4	4,8
Todos los anteriores	14	16,7
No tiene	1	1,2
Total	84	100,0

La tabla 1 muestra que la mayoría de madres refieren que cuentan con grado de instrucción de primaria incompleta y completa con un 28,6% respectivamente; y solo 10,7% cuenta con secundaria completa. Sin embargo también se observa que existe un importante porcentaje de 17,9% de madres analfabetas.

Estos datos muestran que existen grandes brechas educativas en la zona rural, siendo más afectadas las mujeres, ya que no acceden a la educación o no culminan sus estudios primarios, peor aún a la posibilidad de culminar sus estudios secundarios; son los varones quienes tienen mayor oportunidad de escolaridad.

También el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 2013, refiere que el resultado de los nuevos roles que adoptaron las mujeres son la mayor educación y el trabajo. En efecto, la madre peruana tiene hoy más años de estudios, gana más dinero y muere menos durante el embarazo y el parto que antaño. Asimismo el Gobierno estima que de las 8'227.700 madres en el Perú, el 30,5% ha estudiado secundaria y el 25,7% ingresó a la universidad. Las mujeres que viven en las ciudades estudian, en promedio, 10,6 años, mientras que las que habitan en zonas rurales lo hacen por 7 años (43).

Así, los datos oficiales del 2014 (INEI, 2015), refieren que 61,5% de las mujeres mayores de 25 años a nivel nacional, tienen secundaria, mientras que en Cajamarca Región en promedio solo 31% de las mujeres de esa edad tienen esa condición educativa, pero cuando se lo compara con los varones la diferencia es muy amplia, ya que 73,1% de estos tienen secundaria y a nivel regional es de 46,3%.

Así mismo en la tabla se observa que el 81% de las familias con niños menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda se abastece de una red de agua entubada; y un mínimo porcentaje de 3.6% se abastece de agua de río.

En base a estos datos, es importante resaltar que, si bien el mayor porcentaje de las madres de niños que presentaron EDA, se abastecen de agua entubada; siendo éste uno de los problemas más graves recurrentes en Cajamarca y que según la Superintendencia Nacional de Servicios de Saneamiento (SUNASS), esta región tiene un déficit de acceso a agua potable de 42,1% después de Puno que tiene un 60,6% de su población sin acceso al agua potable (SUNASS, 2014).

La discusión sobre la calidad del agua y su relación con la prevalencia de EDAS u otras enfermedades gastrointestinales es un tema que constituye parte de las agendas de los gobiernos de turno, sobre todo porque los esfuerzos realizados hasta la fecha no son alentadores. Así tenemos que la estrategia de las Juntas Administrativas de Agua y Saneamiento (JAAS), que tenía como objetivo proveer de agua segura a los pobladores de las comunidades rurales, a la fecha se enfrentan con dificultades por el cambio de las concentraciones de cloro que debe utilizarse en los reservorios de sistemas agua comunitarios, los que tienen un sistema de cloradores al 33%, y el mercado solo oferta cloro al 70%, entonces necesitan dosadores de cloro para esta concentración. Esta situación sin duda es uno de los condicionantes de las elevadas tasas de EDAs, que son sujetas de vigilancia y notificación permanente. En todo el mundo, 780 millones de personas carecen

de acceso al agua potable, y 2 500 millones a sistemas de saneamiento apropiados. La diarrea causada por infecciones es frecuente en países en desarrollo (11)

También la OMS (2002), indica, que la baja calidad del agua sigue siendo una gran amenaza para la salud humana. Las enfermedades diarreicas representan el 4.3% de la carga mundial total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Las observaciones indican que 88% de esa carga se puede atribuir al abastecimiento inseguro de agua y al inadecuado saneamiento e higiene, que afecta principalmente a los niños de los países en desarrollo (44).

La tabla muestra que la mayoría de las viviendas de las madres cuentan con 2 habitaciones (42.9%) y un mínimo porcentaje (10,7%) cuentan con más de 3 habitaciones. El número de personas que habitan en las viviendas es más de 4 (53,6%).

Estos resultados explican la presencia de hacinamiento y precariedad en la infraestructura de las viviendas de la zona rural. Resultados similares a los encontrados en un estudio en Lima donde se encontró que el promedio de habitaciones que tienen las viviendas es de dos y en donde en promedio hay 3 personas por habitación. El 62.2% cuenta con una habitación destinada para cocinar y el 22.3 % tienen electricidad y el 90% cuentan con radio y televisión.

El INEI (2008) reporta que las viviendas de los hogares peruanos muestran también, en promedio dos y tres habitaciones; sin embargo, en los centros poblados rurales y en el área rural 21.7% y 24.9% tienen apenas una habitación en la vivienda; mientras que en las ciudades capitales 41.1% cuenta con más de tres habitaciones, lo que da una idea sobre las

condiciones de hacinamiento del hogar que es un hecho más notorio en la zona rural. Esta misma institución asegura que, las peores condiciones de hacinamiento se observan en la Selva, Sierra Norte y Sierra Sur en donde más del 25% de las viviendas de estos lugares cuentan con tan sólo una habitación.

Otros estudios como el de Henríquez CC y col, mostraron que entre los aspectos socioeconómicos de los niños con enfermedad diarreica aguda se encontraron que el material de las casas es hecho de barro, ubicadas cerca de la carretera y de caña con techo de palma en las casas más alejadas de la comunidad. Y el número de personas por casa tuvo una asociación estadística con los casos de diarrea, a más personas más probabilidad de hallar casos de diarrea. Un interesante descubrimiento fue que en las casas de una habitación hubieron más casos de diarrea (61%) que en los controles (27.7%), habiendo muchas de esas casas en la comunidad (45).

En la tabla se muestra que hay presencia de animales domésticos en la vivienda, en su mayoría (57,1%) cuyes y perros. También muestra que en el 16,7% de viviendas además de cuyes y perros existen otros como: aves de corral, gatos y cerdos.

En relación a estos datos encontrados puede decirse que muestran costumbres propias de la población rural en nuestro país. Además el poblador de ésta zona tiene como ocupación básica la crianza de animales menores, como también criar perros en sus viviendas se ha convertido en una necesidad imperativa con fines de seguridad. Las viviendas del Centro poblado de Yuracyacu están distribuidas con uno o dos ambientes sin considerar otros

espacios para la crianza de animales domésticos, por lo tanto estos transitan libremente por toda la vivienda, además se considera la facilidad para alimentarlos y protegerlos.

Sin embargo, esta práctica de crianza de animales en la vivienda se convierte en foco de infección de enfermedades diarreicas agudas, pues constituyen huéspedes que albergan bacterias y/o parásitos que puedan entrar en contacto con la persona.

Así en un estudio realizado por la Universidad peruana Cayetano Heredia ha demostrado que un niño en edad de gateo entra en contacto con heces de pollo, documentado por la observación directa por trabajadores de campo dentro del hogar, en un promedio de 3.5 veces al día, esto claramente mayor si se considera que la forma de limpiar las heces de animales y humanos en estas viviendas es cubrirlas de tierra o barrerlas, con lo que no se las elimina sino que se les esparce en el suelo (46).

Tabla 2. Factores culturales de las madres con niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda. Yuracyacu – Chota 2011

Creencias sobre la causa de la enfermedad diarreica aguda	N°	%
Susto o mal de ojo o seno malo	5	6,0
Madre lava ropa antes de dar lactar	16	19,0
Salida los dientes	4	4,8
Gatear en el piso	10	11,9
Por algún alimento	34	40,5
Por objeto sucio que lleva a la boca	15	17,9
Lugar de atención de la enfermedad diarreica aguda	N°	%
Establecimiento de salud	64	76,2
Farmacia	9	10,7
Promotor	3	3,6
Curandero	2	2,4
Familiares	6	7,1
Tiempo transcurrido para la atención de EDA	N°	%
Primer día	17	20,4
Segundo día	48	57,14
Tercer día	12	14,29
Más de tres días	7	8,33
Tratamiento de la EDA en domicilio	N°	%
Plantas Medicinales	58	69,04
Cataplasmas, suero casero	13	15,48
Rituales	13	15,48
Total	84	100,0

En la tabla 2 se puede observar que en relación a la creencias que tiene la madre sobre la causa de la enfermedad diarreica aguda que en su mayoría (40.5%) lo atribuye a que ésta se produce cuando el niño ha ingerido algún alimento, y un mínimo porcentaje de 4,8% lo atribuyó a la salida de los dientes del niño.

De acuerdo a los resultados del presente estudio podemos decir que las madres tienen su particular concepción y/o creencia sobre la causa de las EDAs, se trata de aprendizajes transmitidos de generación en generación, dependiendo de una tradición familiar y/o aprendidas por experiencia directa y por relatos de madres a hijas.

Sobre los conocimientos y prevención de la diarrea, el 42% conoció el significado de la palabra diarrea, el 34% indicó al empacho por alimentos y el 22% que los parásitos son la principal causa, el 38% reconoce a la sed aumentada como signo de deshidratación, el 84% suspende la alimentación, el 32% prefirió usar el suero de rehidratación oral (SRO) (22).

Se determinó que la mayoría de madres conocen sobre el significado de EDA, pero así mismo en sentido contrario desconocen los factores que desencadenan dicha enfermedad, lo cual se refleja en la práctica diaria ya que la mayoría de participantes tiene prácticas y actitudes erróneas frente al manejo de esta enfermedad en el hogar, frente a una minoría que si conoce y opta medidas adecuadas en cuanto al manejo de la misma (24).

En la tabla también se observa que 76,2% de madres con niños menores de cinco años que presentaron enfermedad diarreica aguda, atienden la enfermedad de sus niños mayormente en un establecimiento de salud, y un mínimo porcentaje de 2,4% buscan la atención para su

enfermedad en un curandero. La EDA del niño es atendida mayormente (57,14%) al segundo día de presentada la enfermedad. Y el tratamiento de la EDA las madres en su mayoría (69,4%) lo realizan con plantas medicinales.

Estos resultados encontrados muestra las formas que consideran las madres para resolver los problemas de salud de su niño. Y como se observa, la mayoría accede a los servicios de salud, explicable en parte por la relativa cercanía de estos establecimientos en donde se oferta atención con las diferentes Estrategias Sanitarias que ofrece el Ministerio de Salud, como el programa de EDA, el Seguro Integral de Salud (SIS), que permite ofrecer la atención sin costo alguno para la familia.

Sin embargo se observa que también las madres acuden a la farmacia, hecho que da cuenta del problema de automedicación que es muy común en nuestro medio, dada la permisividad de los sistemas de control, contribuyendo además a la aparición de resistencia de algunas enfermedades a determinados medicamentos.

Asimismo las madres de la zona rural tienen redes de soporte constituidos por la familia, y el aprendizaje se produce de padres, tíos, abuelos y con miembros de su propia generación, hermanos y primos. No obstante, un actor de salud en una comunidad es el Promotor de Salud, que también muchas veces brinda atención de salud ya que ha perdido importancia y su rol orientado a lo preventivo promocional. Y, otro personaje que aún tiene presencia en las comunidades rurales son los curanderos, mínimamente buscados por las madres para

resolver el problema de diarreas, estos son personas de avanzada edad y cumplen ciertas características o sabiduría para sanar.

El porcentaje de madres que acuden a los establecimientos de salud para que sus hijos sean atendidos en caso de un episodio de EDA, muestran que se ha producido un gran avance en el proceso de educación sanitaria en la población; aunque otra de las razones que motivan llevar al niño al centro de salud puede estar ligada al beneficio del seguro integral de salud o porque se cuenta con profesionales de salud que le van a solucionar el problema.

4.2. Prevención de la enfermedad diarreica aguda que realizan las madres de niños menores de 5 años

Tabla 3. Medidas de Prevención de la enfermedad diarreica aguda que realizan las madres de niños menores de 5 años. Yuracyacu – Chota 2011

Almacenamiento de agua	N°	%
Ollas con tapa y tinas	2	2,4
Baldes con tapa	39	46,4
Baldes sin tapa	36	42,9
Galonerías	7	8,3
Consumo de agua	N°	%
Hervida	52	61,9
Sin hervir	32	38,1
Eliminación de basura	N°	%
A campo abierto	52	61,9
Lo entierran	3	3,6
Lo queman	13	15,5
Utilizan como abono	16	19,0

Eliminación de excretas	N°	%
Letrina	36	70,6
Campo abierto	15	29,4
Eliminación de excretas del pañal de niño	N°	%
Campo abierto	14	53,8
Letrina	02	7,7
Rio o cerca del pozo	10	38,5
Mantenimiento de letrina	N°	%
Adecuada	5	6,0
Inadecuada	68	81,0
no tiene	11	13,1
Lavado de manos	N°	%
Antes de consumir los alimentos	64	76,2
Antes de alimentos y después de deposiciones	8	9,5
Después de jugar	3	3,6
En todos los casos anteriores	8	9,5
Ninguno	1	1,2
Insumos para lavados de manos	N°	%
Agua y jabón	51	60,7
Detergentes	3	3,6
Solo agua	30	35,7
Cortado de uñas del niño	N°	%
Si	64	76,2
No	20	23,8
Lavado de juguetes	N°	%
Si	23	27,4
No	61	72,6
Total	84	100,0

La tabla 3 muestra que el mayor porcentaje (46,4%) de madres de niños menores de 5 años con EDA, refieren almacenar el agua para consumo en baldes con tapa; 42,9% utilizan baldes sin tapa, en tanto que 2,4% almacenan el agua en ollas con tapa y en tinas respectivamente.

En cuanto a la forma de consumo de agua el 61,9% refiere consumir agua hervida y solo el 38,1% no hierve el agua para consumirla.

Estos datos reflejan el comportamiento de la madres de los niños de las zonas rurales quienes utilizan envases de plástico para almacenar el agua de consumo humano, quizá por su bajo costo para su adquisición y porque no tienen mucho peso para transportar agua desde la fuente de abastecimiento, pero que no siempre tienen la protección apropiada para evitar que el agua se contamine. Sin embargo los recipientes que son pequeños y móviles tienen mayor probabilidad de ser contaminados, más aun cuando no existe una buena protección y están al alcance de los animales domésticos.

En un estudio sobre prácticas de higiene en familias carentes de sistema de agua y desagüe en Lima Metropolitana encontró que el 49.2% de familias usan un recipiente de plástico de aproximadamente 140 litros, el cual por su tamaño generalmente se encuentra fijo en un lugar. El 34% utiliza diferentes tipos de envases movibles más pequeños generalmente baldes, tinas y otros similares. El 24.2% utiliza cilindro que aproximadamente tiene 200 litros de capacidad, el que también se mantiene fijo en lugar. Un 19.8% cuenta con una posa sanitaria de distintos volúmenes de más o menos de 5 cilindros, construida de fierro y ladrillos (47).

Las redes de agua entubada distantes de la vivienda hace que en forma continua las madres utilicen recipientes más pequeños que les permita para trasladar el agua a su domicilio para almacenarla; mientras que en Lima metropolitana que no cuentan con una red de agua

permanente, son abastecidos por cisternas y en tiempo esporádico por lo que utilizan recipientes muchos más grandes y fijos en un lugar. Aunque estos tienen mayor probabilidad de estar protegidos su limpieza es difícil (47).

En cuanto a la forma de consumo de agua las madres en su mayoría consumen agua hervida probablemente por la orientación y consejería permanente que reciben del personal de salud, considerando que el tema de “agua segura” es una de las prioridades para la población de la zona rural. Sin embargo, aún existe un porcentaje considerable de madres que no consumen agua hervida, probablemente por el criterio macroscópico del agua “transparente” que les hace considerar que se trata de agua limpia y apta para consumirla.

Los resultados encontrados en el estudio son diferentes y presentan tendencia a los encontrados por Alfaro. P (2003) quien concluye que la práctica de protección del agua mediante el hervido es una de las pocas pero eficaces medidas que evitan la contaminación y que felizmente está internalizada, ya que en su estudio encontró que 93% refería hervir el agua antes de beberla y un 4.6% lo trataba con lejía y 2.3% no lo hacen ningún tratamiento es decir la consumen cruda (47)

La tabla muestra que la mayoría de madres de niños menores de 5 años con EDAs, eliminan la basura a campo abierto (61.9%), y solo el 3,6% entierran la basura.

Estos datos, no hacen sino confirmar una vez más lo que se conoce de las costumbres en la zona rural, como es la eliminación de los residuos sólidos de todos los orígenes a campo abierto o en sus campos de cultivo; para que a través del tiempo y las condiciones

medioambientales se desintegren paulatinamente o la incineración que es una práctica muy común en comunidades rurales.

Situaciones y resultados parecidos se encontraron en un estudio, realizado en comunidades del distrito Fernando Loes de Loreto, se encontró que la recolección de los residuos de acuerdo a normas ambientales, no existe y estos son vertidos en los alrededores de las comunidades, y luego incinerados propiciando fuentes de contaminación (48).

Ayinuola y Muibi, (2008), afirma que, la gestión adecuada de los residuos sólidos es uno de los problemas que no han podido superar los gobiernos municipales. Sus efectos se aprecian en la contaminación del agua, el aire y la tierra, por no mencionar los peligros para la salud y otros recursos naturales de importancia social y económica. Los daños al medio ambiente en forma de perturbaciones ecológicas resultan en menos biodiversidad, enfermedad y/o la mortalidad de las poblaciones (49).

Y, Collado Madruga y Barberis Cubela (Cuba 2004), agrega que al existir una mala disposición de los residuales y una mala higiene en el hogar, favorece la presencia de vectores, que transportan diferentes microorganismos causantes de las EDAs, contaminando las aguas y los alimentos y favoreciendo la aparición de la enfermedad patología (50).

La tabla también muestra que el 70,6% de madres disponen las excretas en letrina; y en su mayoría eliminan las heces del pañal de su niño a campo abierto con 53,8%. Y el mantenimiento de su letrina en su mayoría es inadecuada con 81,0%.

Estos datos muestran que las madres tienen una buena disposición de excretas por que hacen uso de letrina, lo que favorece las buenas prácticas de higiene y contribuye a no contaminar el ambiente; pero es importante también el mantenimiento de la misma y que resultó inadecuado. En relación a la eliminación de excretas del pañal del niño, las madres los eliminan a campo abierto, usan pañal de tela pero actualmente con frecuencia también utilizan pañales desechables.

Las letrinas en el Perú, se constituyeron en la estrategia más importante en el control de la epidemia del Cólera de 1991, que luego se convirtió en la séptima pandemia (51). Desde este grave evento el Estado adoptó medidas para mejorar las condiciones de saneamiento, sin embargo y como se observa en los resultados obtenidos aún hay una proporción importante de habitantes que no la tiene, observándose un problema adicional, su infraestructura inapropiada, constituye un riesgo de accidentes para los niños que hacen uso. Además por el diseño, no es fácil su mantenimiento, habiéndose convertido en un foco infeccioso.

En un estudio realizado en la Amazonia, en donde el manejo de las excretas en comunidades rurales, concentradas y dispersas, se atendieron con letrinas, siendo la más común, la del modelo VIP (Ventilated Improved Pitlatrines), letrinas de pozo mejoradas y ventiladas, que canaliza la evacuación de los malos olores mediante un tubo de ventilación. Si las letrinas no están bien diseñadas, o bien construidas, o no tienen un mantenimiento adecuado, tienden a concentrar olores ofensivos, generando el rechazo en su uso (52).

UNICEF y la OMS afirman que a nivel mundial, cerca del 88% de las defunciones por diarrea se atribuyen a la mala calidad del agua, el saneamiento inadecuado y la higiene deficiente (53). Aunada a la problemática encontrada “La condición de pobreza extrema en la que viven algunas familias, implica que el contar con una letrina adecuada requiere una inversión adicional que muchas veces no es posible que la hagan, por los gastos que demanda la satisfacción de sus necesidades básicas de sobrevivencia” (54).

Sin embargo, la construcción de letrinas en la zona rural y asentamientos humanos que son parte de las políticas de algunos Organismos No Gubernamentales con modelos y diseños de infraestructura, muchas veces no son aceptadas social ni culturalmente por esta población, conllevando al deterioro y al no uso de la letrina.

Y, el rechazo, mayormente tiene que ver con los olores desagradables que se generan por falta mantenimiento o consecuencia de un mal diseño de la letrina.

También se puede observar en la tabla que 76,2% de madres de niños menores de 5 años que presentaron episodios de enfermedad diarreica aguda, se lavan las manos antes de consumir los alimentos. El 60,7% de madres usa agua y jabón para lavarse las manos. El 76,2% de madres realizan el cortado de uñas a sus niños. El 72,6% madres no lavan los juguetes del niño.

Resulta interesante observar que la mayoría de madres practica el lavado de manos, es una medida de prevención y la única manera de asegurar la adopción de hábitos higiénicos sobre

todo en sus hijos, lo que refleja que la educación sanitaria que imparte el personal del establecimiento de salud u de otras instituciones viene siendo adoptada por la población.

Y, si a esto se asegura la accesibilidad al sistema de aprovisionamiento de agua, se garantiza una práctica permanente, efecto que se verá reflejado en la disminución de las EDAs; tal como se demuestra en un estudio que el 56% de las familias que tienen niños o niñas menores de 5 años refieren que una de las medidas más importantes para evitar la diarrea en niños de esta edad, es el lavado de manos (47).

En un estudio realizado por Kolesar R, y col (2003) acerca de cuándo lavaban las manos de los niños más pequeños en la casa, cerca del doble reportaron lavarse las manos después de ir al baño, incrementándose de 15% a 27% para la encuesta final. Asimismo, lavar las manos de niños pequeños antes de comer mejoró de 33% a 49%. Ambas categorías mostraron un ligero deterioro a través del tiempo en comparación con la primera encuesta de medio término, pero los datos de la encuesta final equivalen a los datos reportados en la segunda encuesta de medio término. Esto es, quizás, una indicación de una nivelación estable del cambio de comportamiento con mejoría significativa sobre la línea basal. El reporte de lavado de manos cuando usaban el baño declinó en las encuestas (55).

En relación al lavado de manos solo con agua, en este estudio, se puede estar mostrando las limitaciones económicas de las madres o la poca importancia del uso del jabón u otros. Lavarse las manos correctamente consiste en usar agua de chorro, frotamiento vigoroso, usar agentes limpiadores como jabón y en secarse con un paño limpio o al aire libre, luego de

entrar en contacto con heces y antes de preparar la comida. Las manos se contaminan durante la defecación, a través de la manipulación de las heces de los niños y al tocar otras manos y superficies contaminadas. La consejería para el lavado de manos (para individuos y grupos) puede reducir en 30% el riesgo de diarrea. Sobre la relación del lavado de manos con la diarrea existe importante evidencia que sostiene que esta práctica tiene impacto en reducir la diarrea (20).

La medida preventiva de cortado de uñas de los niños explica la importancia que tienen las madres de la limpieza total de las manos, porque que las uñas largas acumulan polvo o tierra que puede ser una fuente de infección para los niños.

El lavado de juguetes indica que los juguetes se convierten en transmisores de enfermedad diarreica aguda, por lo que usualmente los niños se encuentran en permanente contacto con los juguetes y estos son llevados a la boca a pesar de haber caído al piso.

Los aspectos antes mencionados pueden sustentarse en la teoría del aprendizaje social siendo una premisa básica de esta teoría es que las personas aprenden no solamente por medio de su propia experiencia sino también observando las acciones de otros y los resultados de dichas acciones (26).

4.3. Factores socioculturales de las madres que se relacionan con la prevención de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.

Tabla 4. Grado de instrucción y su relación con la forma de consumo de agua en madres con niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda Yuracyacu – Chota 2011

Grado de instrucción de la madre	Forma de consumo de agua				Total	
	Hervida		Sin hervir		N°	%
	N°	%	N°	%		
Analfabeto	6	40,0	9	60,0	15	100,0
Primaria completa	15	62,5	9	37,5	24	100,0
Primaria incompleta	16	66,7	8	33,3	24	100,0
Secundaria incompleta	10	83,3	2	16,7	12	100,0
Secundaria completa	5	55,6	4	44,4	9	100,0
Total	52	61,9	32	38,1	84	100,0

$\chi^2 = 5,777$ $P = 0,216$ $C = 0,216$

La presente tabla muestra que del total de madres de niños menores de 5 años con EDA que tienen grado de instrucción secundaria incompleta, el 83,3% refieren consumir agua hervida. De las madres con grado de instrucción analfabeta el 60% refieren consumir agua sin hervir.

Estos datos muestran que son las madres que cuentan con algún grado de instrucción las que tienen actitudes y comportamientos favorables que le permiten tomar en cuenta medidas preventivas en el consumo de agua.

Al establecer la relación estadística mediante la prueba de Chi Cuadrado ($X^2= 5,777$ y $p= 0,216$), se muestra que no existe relación entre la obtención del agua y el grado de instrucción de las madres los niños menores de 5 años con EDA, es decir que no depende del grado de instrucción que tenga la madre para que determine la forma de consumo de agua, hervida o sin hervida para sus niños.

Sin embargo aunque estadísticamente no se demuestra relación entre grado de instrucción y formas de consumo del agua, las proporciones muestran la tendencia de que mientras más grado de instrucción tienen las madres mayor proporción consumen agua hervida en relación al consumo de agua sin hervir.

En este sentido, el Ministerio de Salud en sus Cuadernos de Promoción de la Salud N.º 22, en el análisis que hace tanto la información publicada de manera dispersa como resultado de los censos nacionales y encuestas por muestreo de instituciones públicas o privadas, como las bases de datos de estas mismas fuentes, procesando información inédita hasta el momento, (2007), afirma que “ Los niveles educativos de las personas, que permiten una mayor o menor capacidad adquisitiva y acceso a los recursos necesarios, tienen fuertes implicaciones en la configuración de un entorno saludable, y esto ocurre con el acceso al agua. En el grupo de jefes de hogar y/o sus cónyuges que cuentan con educación superior, 74,5% manifiestan que, en su vivienda, las necesidades mínimas de agua se satisfacen de modo abundante o suficiente, mientras que en el grupo de los que no tienen educación sólo 25,8% puede decir lo mismo, y en el grupo de los que sólo tienen primaria, únicamente 38,7% está en esta situación. La inmensa mayoría de esta población vive con una demanda insatisfecha de agua.

Sólo un poco más de la mitad de los jefes de hogar que tienen educación secundaria manifiesta que satisface en forma abundante o suficiente esta necesidad (56).

Tabla 5. Grado de instrucción de la madre y su relación con el lavado de manos en niños con enfermedad diarreica aguda. Yuracyacu – Chota, 2011

Grado de instrucción de la madre	Lavado de manos										Total	
	Antes de los alimentos		Antes de alimentos y después de deposiciones		Después de jugar		En todos los casos anteriores		Ninguno			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Analfabeto	11	73,3	0	0,0	0	0	4	26,7	0	0	15	100
Primaria incompleta	17	70,8	4	16,7	2	8,3	0	0	1	4,2	24	100
Primaria completa	20	83,3	2	8,3	0	0	2	8,3	0	0	24	100
Secundaria incompleta	9	75,0	1	8,3	1	8,3	1	8,3	0	0	12	100
Secundaria completa	7	77,8	1	11,1	0	0	1	11,1	0	0	9	100
Total	64	76,2	8	9,5	3	3,6	8	9,5	1	1,2	84	100

$\chi^2 = 16,556$ $P = 0,415$ $C = 0,4$

En la presente tabla se puede observar que de las madres con grado de instrucción primaria completa el 83,3% refieren realizar el lavado de manos de sus niños antes de consumir sus alimentos. Y de las madres analfabetas el 73,3% mencionan que lavan las manos a sus niños antes de consumir sus alimentos; pero el 26,7% de ellas lavan las manos de sus niños en todos los momentos considerados críticos.

Estos resultados dan a conocer que las madres aun no teniendo mayor grado de instrucción, identifican como el momento de lavado de manos antes de que sus niños consuman sus alimentos, sin embargo las madres analfabetas además de identificar este momento, identifica también otros momentos que considera importante para el lavado de manos, los llamados momentos críticos: después de usar el baño, después de limpiar las heces de un niño (o después de cualquier otro contacto con excretas humanas, incluidas las de los bebés y niños), y antes de manipular alimentos. Las manos son las principales portadoras de gérmenes que causan enfermedades. Es importante asegurar que las personas tengan facilidades para lavarse las manos en esos momentos críticos. Existen soluciones simples, de bajo costo que están dentro de las posibilidades financieras y tecnológicas de todas las comunidades, aún de las más pobres.

Al establecer la relación estadística mediante la prueba de Chi Cuadrado ($X^2= 16,56$ y $p= 0,415$), se muestra que no existe relación entre el grado de instrucción de la madre y el momento de lavado de manos, es decir que no depende del grado de instrucción de la madre para elegir el momento en que se debe realizar el lavado de manos a sus niños.

Lavarse las manos con agua y jabón previene enfermedades como la diarrea y la neumonía, que causan la muerte de más de 3,5 millones de niños menores de 5 años en el mundo cada año. Los niños y niñas menores de 5 años sufren enfermedades diarreicas de manera desproporcionada y más de 3,5 millones de ellos mueren cada año en el mundo debido a enfermedades relacionadas con la diarrea y la neumonía. El acto de lavarse las manos con jabón puede reducir la incidencia de las tasas de diarrea entre niños menores de 5 años a casi

50 por ciento y las infecciones respiratorias a cerca de 25 por ciento (57).

Los niños y escolares son los principales destinatarios del Día Mundial del Lavado de Manos. Las niñas y niños que actúan como agentes de cambio, llevan a sus hogares y comunidades las buenas prácticas de higiene que aprenden en la escuela. Su activa participación y las intervenciones culturalmente sensibles basadas en la comunidad buscan asegurar un cambio de comportamiento sostenido (57).

Lavarse las manos con agua y jabón puede reducir en un 50% las diarreas infantiles y en un 25% las infecciones respiratorias. El lavado de manos con jabón, especialmente en los momentos críticos, es decir, después de usar el inodoro y antes de comer o preparar una comida, es una intervención clave y costo-efectiva que salva vidas. Además, el lavado de manos es una de las 16 prácticas familiares claves para fomentar el crecimiento y desarrollo saludable de los niños menores de 5 años promovidas por la OMS y Unicef. Según datos las muertes de niños menores de cinco años se redujeron en 600.000 niños con respecto a 2008, cuando tuvo lugar la primera celebración del día de lavado de manos, que pasó de realizarse en algunas ciudades y a convertirse en un movimiento mundial (58).

Tabla 6. Obtención de agua y formas de consumo en madres con niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda. Yuracyacu - Chota. 2011

Obtención del agua	Formas de consumo de agua				Total	
	Hervida		Sin hervir		N°	%
	N°	%	N°	%		
Agua entubada	45	66,2	23	33,8	68	100,0
Pozo	7	53,8	6	46,2	13	100,0
Rio	0	0,0	3	100,0	3	100,0
Total	52	61,9	32	38,1	84	100,0

X² = 5,759 P = 0,056 C = 0,25

La presente tabla muestra que de las madres de niños menores de 5 años con EDA, refieren que obtienen el agua de una red entubada el 66,2% reportan consumir agua hervida. De las madres que refieren obtener el agua del río, ninguna consume agua hervida. Sin embargo se puede observar que existen porcentajes considerables de madres que obtienen el agua y no la hierven para consumirla.

Estos datos muestran que las madres obtienen el agua dependiendo de la fuente a la que tienen acceso, pero no todas consumen el agua hervida, a pesar de que ésta acción es una práctica preventiva para que su niño no enferme de EDAs. Cabe destacar que tanto el agua entubada como la de pozo al no ser agua tratada, contienen una serie de elementos químicos y microbiológicos y probablemente residuos sólidos visibles que muestran una contaminación objetiva del agua.

Al establecer la relación estadística mediante la prueba de Chi Cuadrado ($X^2= 5,759$ y $p= 0,056$), se muestra que no existe relación entre la obtención del agua y la forma de consumo del agua, es decir que no depende de la forma de obtención de agua para que determinen hervir o no hervir el agua antes de consumirla.

Sin embargo en un estudio relacionado al nuestro, se encontró que la fuente principal de abastecimiento de agua es la red pública, el 64% de madres la consumen tal como viene de la red pública, mientras que el 36% de madres prefieren hacerla hervir el tiempo necesario, de este porcentaje el 87% de madres hacen hervir el agua menos de 5 minutos, el 13% de 6 a 8 minutos y el 0% de madres no hace hervir el agua tiempo necesario (25).

Tabla 7. Obtención de agua y su relación con las formas de almacenamiento, madres de niños con enfermedad diarreica aguda. Yuracyacu – Chota 2011

Obtención del agua	Formas de almacenar el agua									
	ollas						Galoneras		Total	
	con tapa o tinas		baldes con tapa		baldes sin tapa					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Agua entubada	2	3,0	28	41,2	32	47,1	6	8,8	68	100,0
Pozo	0	0,0	10	76,9	2	15,4	1	7,7	13	100,0
Rio	0	0,0	1	33,3	2	66,7	0	0,0	3	100,0
Total	1	1,2	39	46,4	36	42,9	7	8,3	84	100,0

$$Ch^2 = 6,831 \quad P = 0,555 \quad C = 0,274$$

En la presente tabla se observa que de las madres que obtienen el agua de pozo, el 76,9% reportan utilizar como recipiente para almacenar el agua los baldes con tapa. De la madres que refieren obtener agua del río, el 66,7% almacenan el agua en baldes sin tapa. También se observa que de las madres que obtienen agua de red entubada, el 47,1% almacenan el agua en baldes sin tapa y el 41,2 % en baldes con tapa.

Estos datos muestran que son las madres que obtienen el agua de pozo las que tiene más cuidado en almacenar el agua pues el mayor porcentaje de ellas utilizan baldes con tapa, posiblemente presentan esta conducta porque al estar expuesta el agua al ambiente sin protección existe mayor probabilidad de contaminación ya sea por ingreso de vectores o por otros compuestos que pueden caer dentro del recipiente. Fueron la mayoría madres que obtienen agua de río, quienes utilizan para almacenar el agua los baldes sin tapa, estos recipientes sin protección exponen a mayor contaminación el agua almacenada.

Los datos encontrados del porcentaje de madres que utilizan baldes con tapa se relacionan con los hallados por Alfaro P, quien en su estudio refiere que los recipientes que son pequeños y móviles tienen mayor probabilidad de ser contaminados más aun cuando no existe una buena protección y están al alcance de los animales domésticos. Tienen la mayor probabilidad de estar protegidos los recipientes grandes. Encontró que el 49.8% de familias utilizaron recipientes limpios y con tapa. Las tapas eran propias del recipiente y otras eran acondicionadas, utilizando plástico, trozos de madera entre otros (47).

Al establecer la relación estadística mediante la prueba de Chi Cuadrado ($X^2= 6,831$ y $p= 0,555$), se muestra que no existe relación entre la obtención del agua y la forma de almacenamiento del agua que realizan las madres, es decir que no depende de la forma de obtención de agua para que las madres almacenen el agua en recipientes con tapa o sin tapa, como ollas, baldes, tinas, galoneras.

En otros estudios relacionados al nuestro, se encontró que la protección del agua es inadecuada, solo el 49.8% almacena el agua en recipientes limpios y con tapa, los factores que influyen son el tipo de sistema de abastecimiento, la presencia de animales domésticos (18). Asimismo a nivel nacional, nueve de cada diez hogares (93,9%) tienen acceso a agua tratada, proporción que es mayor en el área urbana (97,1%) que en el área rural (86,4%), esta última se explica por el uso de formas alternativas de desinfección del agua que usan para beber (14).

Tabla 8. Obtención de agua y su relación con el lavado de manos de los niños de madres de niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda. Yuracyacu – Chota 2011

Obtención de agua	Lavado de manos										Total	
	Antes de los alimentos		Antes de alimentos y después de deposiciones		Después que juegan		En todos los casos anteriores		Ninguno			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
agua entubada	51	75,0	7	10,3	2	2,9	8	11,8	0	0,0	68	100,0
pozo	11	84,6	0	0,0	1	7,7	0	0,0	1	7,7	13	100,0
Rio	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0
Total	64	76,2	8	9,5	3	3,6	8	9,5	1	1,2	84	100,0
$X^2 = 11,380$		$P = 0,181$				$C = 0,345$						

En la presente tabla se muestra que del total de madres que refieren obtener el agua de una red entubada lavan las manos de sus niños mayormente (75,0%) antes de consumir los alimentos y en un porcentaje mínimo (2,9%), lavan las manos de sus niños después de jugar.

De las madres que refieren obtener el agua de pozo el 84,6% lavan las manos de sus niños antes de consumir los alimentos y el 7,7% les lavan las manos después de jugar. De las madres que obtienen el agua del río el 66,7% lavan las manos de sus niños antes de que consuman sus alimentos y el 33,3% antes de consumir sus alimentos y después de hacer deposiciones.

Al establecer la relación estadística mediante la prueba de Chi Cuadrado ($X^2= 11,380$ y $p= 0,181$), se muestra que no existe relación entre la obtención del agua y el lavado de manos de los niños, es decir que no depende de la forma de obtención de agua con que cuentan las madres para que lave las manos a sus niños en un momento determinado.

Otros fueron los resultados encontrados en un estudio cuanti-cualitativo de prácticas de higiene en familias carentes de sistema de agua y desagüe en Lima Metropolitana donde se concluyó que los entrevistados tuvieron una actitud positiva para el lavado de manos en relación a los momentos críticos; se encontró que el 75% menciona antes de preparar los alimentos, 48,8% antes de comer y el 51.4% después defecar. Sin embargo en las observaciones realizadas de 35 casos observados durante la preparación de alimentos, 37% se lavaron las manos antes de realizar esta actividad; de 45 casos observados antes de comer o antes de dar de comer a niños y niñas, 13% se lavaron las manos. En cuanto al momento en que los niños y niñas, indican practicar el lavado de manos, (aquellos que pueden dar información) estos indican que lo hacen: cuando juegan, cuando “agarran dinero”, o van a comer, cuando hacen ejercicio en el colegio, después de ir al baño. Es necesario resaltar que los niños identifican como momento importante para el lavado manos, después de jugar (47).

Lo que difiere de los resultados encontrados en la presente investigación, porque los niños de las madres que tienen diferentes formas de obtención del agua presentan mínimos porcentajes respecto al lavado de manos después de jugar y mayormente se identifica como un momento más importante para el lavado de manos hacerlos antes de consumir los alimentos.

Sin embargo las madres que tienen la posibilidad de proveerse de agua entubada en su vivienda y las que acceden al agua de pozo tendrían mayores posibilidades para acondicionar un espacio exclusivo para el lavado de manos, y realizarlo en los diferentes momentos críticos; lo que no sucedería con las madres que tienen a la fuente de abastecimiento de agua alejada de la vivienda como la de los ríos. Respecto al lavado de manos, 8.8% de viviendas cuentan con lugar específico para este fin, 50% usa jabón; el 37% lo realiza antes de preparar los alimentos, 13% lo hace antes de comer (18).

Tabla 9. Creencias de la causa de la enfermedad diarreica aguda y su relación con la forma de consumo de agua, en madres con niños menores de 5 años. Yuracyacu – Chota 2011

Creencias de la causa de la enfermedad diarreica aguda	Forma de consumo de agua				Total	
	Hervida		Sin hervir		N°	%
	N°	%	N°	%		
Susto	1	50,0	1	50,0	2	100,0
Mal ojo	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Seno malo	1	50,0	1	50,0	2	100,0
Madre lava ropa antes dar lactar	11	68,8	5	31,3	16	100,0
Sale dientes	2	50,0	2	50,0	4	100,0
Gatea en el piso	9	90,0	1	10,0	10	100,0
Por algún alimento	18	52,9	16	47,1	34	100,0
Por llevar objeto sucio a la boca	10	66,7	5	33,3	15	100,0
Total	52	61,9	32	38,1	15	100,0

Ch² = 7,073 P = 0,421 C = 0,279

En la tabla se observa que del total de madres que tienen como creencia que la causa de la EDA es porque el niño “gatea en el piso”, el 90% reporta que da agua hervida a sus niños. De las madres que tienen la creencia de que la causa de la EDA, es el “susto”, el 50% da de consumir a sus niños agua hervida al igual que las que creen que la EDA se presenta por que le “salen los dientes” al niño o por el “seno malo” con el mismo porcentaje. De las madres que tienen la creencia de que la causa de la EDA es el “mal de ojo”, el 100% refiere dar de consumir a sus niños agua sin hervir.

Referente a los datos encontrados se puede decir que cuando se presentan problemas de salud, en este caso EDAs en niños, las madres lo relacionan con sus creencias o con situaciones míticas, religiosas. Esta situación que se repite en todas las culturas del mundo, ha sido explicado científicamente a partir del Modelo de Creencias en Salud, que fue uno de los primeros modelos que adaptó la teoría de las ciencias del comportamiento a los problemas de salud, y sigue siendo uno de los marcos conceptuales más ampliamente reconocidos del comportamiento relacionado con la salud. Este modelo explicaba en términos de cuatro ideas que representan la amenaza percibida y los beneficios netos: susceptibilidad percibida, gravedad percibida, beneficios percibidos y barreras percibidas. Según se planteó, estos conceptos explicarían la "disposición de actuar" de las personas (26). Al establecer la relación estadística mediante la prueba de Chi Cuadrado ($X^2= 7,73$ y $p= 0,421$), se muestra que no existe relación entre la creencia de la causa de la EDA y la forma de consumo de agua que las madres brindan a sus niños, es decir que no depende de la creencia que tengan las madres sobre la causa de la EDA para determinar la forma de consumo de agua en sus niños, ya sea agua hervida o agua sin hervir.

Tabla 10. Creencias de la causa de la enfermedad diarreica aguda y su relación con la forma de almacenamiento de agua en madres con niños menores de 5 años. Yuracyacu – Chota 2011

Creencias de la causa de la enfermedad diarreica aguda	Forma de almacenamiento de agua								Total	
	Balde u ollas con tapa		Balde sin tapa		Galonerías		Tinas		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Susto	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
Mal ojo	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Seno malo	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
Madre lava ropa antes de dar lactar	6	37,5	8	50,0	1	6,3	1	6,3	16	100,0
Sale los dientes	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0
Gatea en el piso	3	30,0	7	70,0	0	0,0	0	0,0	10	100,0
Por algún alimento	19	55,8	11	32,4	4	11,8	0	0,0	34	100,0
Por llevar objeto sucio a la boca	8	53,3	5	33,3	2	13,3	0	0,0	15	100,0
Total	40	47,6	36	42,9	7	8,3	1	1,2	84	100,0

$$\chi^2 = 18,571 \quad P = 0,911 \quad C = 0,426$$

La tabla muestra que de las madres que tiene como creencia que la causa de la EDA en sus niños es el susto, el 100% reporta utilizar para almacenamiento de agua baldes con tapa u ollas con tapa. De las madres que tiene como creencia que la causa de la EDA es el mal de ojo, el 100% refiere que almacena agua el agua en baldes sin tapa. Y de las madres que tienen como creencia que la causa de la EDA es el seno malo, el 100% mencionan que almacenan el agua en baldes sin tapa.

Referente a estos datos se puede decir que las madres actúan de acuerdo a sus creencias y las medidas preventivas que adopten dependerá de sus conductas y experiencias, tal como se plantea en los modelos de comportamiento en salud.

En un estudio se encontró que los beneficios de la higiene se extienden no solo al individuo o agrupación que la practica, si no a la ciudad en que aquel o aquella habitan (12). También en una investigación encontraron que la protección del agua es inadecuada, solo el 49.8% almacena el agua en recipientes limpios y con tapa, los factores que influyen son el tipo de sistema de abastecimiento (18).

Al establecer la relación estadística mediante la prueba de Chi Cuadrado ($X^2= 18,571$ y $p= 0,911$), se muestra que no existe relación entre la creencia de la causa de la EDA y la forma de almacenamiento de agua que realizan las madres, es decir que no depende de la creencia que tengan las madres sobre la causa de la EDA para determinar la forma de almacenamiento del agua que obtienen.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

Teniendo en cuenta los objetivos planteados y los resultados encontrados en la presente investigación se concluye que:

1. En relación a los factores sociales de las madres de los niños menores de 5 años de Yuracyacu, el grado de instrucción es bajo pues la mayoría alcanzaron primaria incompleta y completa, y un porcentaje importante son analfabetas. La mayoría tiene acceso a una red de agua entubada; sus viviendas cuentan con 2 habitaciones y las habitan más de 4 personas; y más de la mitad de las viviendas cuenta con la presencia de animales domésticos como cuyes y perros.
2. En relación a los factores culturales: la creencia que tienen las madres sobre la causa de las EDAs, la mayoría lo atribuye a que el niño ha ingerido algún alimento. Las madres llevan a sus niños para ser atendidos en el establecimiento de salud y lo hacen al segundo

día de presentada la enfermedad. Siendo el tratamiento de las EDAs primeramente en su domicilio con plantas medicinales.

3. La mayoría de madres almacenan el agua en baldes con tapa y hierve el agua para dar de consumir a sus niños; disponen las excretas en letrina y el mantenimiento de esta es mayormente inadecuada; eliminan las heces del pañal de su niño a campo abierto. Lavan las manos de sus niños antes de que consuman sus alimentos y utilizan jabón para el lavado de manos; realizan el cortado de uñas de sus niños y mayormente no lavan los juguetes del niño.
4. Las madres de los niños menores de 5 años con EDA, que tienen grado de instrucción secundaria incompleta dan de consumir a sus niños agua hervida y las madres analfabetas les dan agua sin hervir. Las que tienen grado de instrucción primaria completa lavan las manos de sus niños antes de consumir sus alimentos, mientras que las madres analfabetas lo hacen en todos los momentos críticos. Las madres que obtienen el agua entubada dan de consumir agua hervida a sus niños y las que obtienen agua de río les dan agua sin hervir. Las madres que obtienen agua de pozo almacenan el agua en baldes con tapa y las que obtienen agua del río en baldes sin tapa. Las madres que obtienen agua de pozo lavan las manos de sus niños antes de consumir sus alimentos. Las madres que tienen la creencia que la causa de la EDA es el susto almacenan el agua en baldes con tapa u ollas con tapa.
5. Al contrastar la hipótesis planteada se concluye que no existe relación directa y significativa entre los factores socioculturales de las madres de niños menores de 5 años

y la prevención de las EDAs, es decir se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula. Ya que los estos factores se encuentran en el estudio pero no tienen correspondencia entre sí, por lo tanto se necesitará trabajar con una población más grande que nos permita visualizar la problemática estudiada de manera más amplia.

RECOMENDACIONES

A los gobiernos locales de la provincia de Chota:

1. Implementar proyectos de inversión pública de agua y saneamiento en las comunidades utilizando tecnologías adecuadas que permitan el uso y mantenimiento adecuado por la población.
2. Implementar programas de capacitación dirigido a JAAS para contribuir a una adecuada gestión de los sistemas de agua y saneamiento básico en las comunidades rurales.

A la Dirección Sub Regional de Salud de Chota:

3. Promover comportamientos saludables en las familias teniendo en cuenta un abordaje intercultural en la prevención de la enfermedad diarreica aguda.
4. Implementar acciones de información, educación y comunicación adecuándose a las concepciones del proceso de salud – enfermedad que aún tienen las madres de la zona rural y que se han transmitido de generación en generación.
5. Promover la vigilancia del consumo de agua segura y de un adecuado saneamiento ambiental en las diferentes comunidades rurales del distrito.

A los estudiantes de la Escuela de Post Grado:

6. Plantear estudios en la misma línea de investigación de enfermedades prevalentes de la infancia que permitan dar solución a ésta problemática de salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Olivera Ruiz R. Nivel de Conocimiento Sobre Enfermedad Diarreica Aguda en Madres de Niños Menores de 5 Años en el Hospital Vitarte 2015. TESIS [Para Optar El Título Profesional De Médico Cirujano]. Lima: Universidad Ricardo Palma, Medicina Humana; 2015.
2. MINSA. Campaña de Prevención de Enfermedades diarreicas Agudas y Prevención del Cólera. Documento Tecnico. Lima: Dirección General de Epidemiología (DGE), Plan de Estrategia Publicitaria del MINSA; 2015.
3. J Jhonnell AEACyEVAA. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú. Revista Clínica de Medicina de Familia. 2013 Febrero; 6(1).
4. Zárate-Ardila C, Rondón ÁMP, Sternberg ÁMR, Meerbeke AVV. Determinantes Sociales Enfermedad Diarreica Aguda en Niños Menores de 5 Años en Paises en Desarrollo. 2010..
5. Guillén A. Enfermedad Diarreica: Un Problema Recurrente de Salud Pública. Peru Med Exp Salud Publica. 2011 Julio-Agosto; 28(1).

6. Reichenbach JA. Promoción de conductas saludables en enfermedades prevalentes de la madre y el niño. 2014..
7. Jhonnell A, Eduardo AC, Esmilsinia V AA. Conocimiento de las Madres sobre la Diarrea y su Prevencion en un Asentamiento Humano de la Provincia de ica, Peru. Scielo. 2013 Febrero; 6(1).
8. Cajamarca DRdS. Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). Boletín Epidemiológico. 2012 Mayo;(19).
9. MINSA INdS. Diagrama de Causalidad de Infecciones Intestinales. 1997..
10. Pediatría RC. Descriptores DeCS: DIARREA INFANTIL/diagnóstico; DIARREA INFANTIL/tratamiento; PARASITOSIS INTESTINALES. Revista Cubana de Pediatría. 2000 Abril_Junio; 72(2).
11. OMS. Centro de prensa de la OMS. [Online].; 2013 [cited 2016 Noviembre 25]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>.
12. Buj AB. La Vivienda Salubre. El Saneamiento de Poblaciones (1908) En La Obra del Ingeniero Militar Eduardo Gallego Ramos. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. 2003 Agosto; 7(146).
13. Rickards KN. Nivel de Conocimiento y Prácticas de Prevención Frente a La Enfermedad Diarreica Aguda Hospital Central Fuerza Aérea del Perú 2015. TESIS[

- Para Optar el Título de Especialista en Pediatría]. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Post Grado de Medicina Humana; 2015.
14. Dirección Regional dSA. Scribd. [Online].; 2016 [cited 2016 Noviembre 25. Available from: <https://es.scribd.com/doc/305502787/Plan-anual-reduccion-de-la-anemia>.
 15. J. Jhonnell Alarco EACEVAA. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú. Revista Clínica de Medicina de Familia. 2013 Febrero; 6(1).
 16. Rickards KN. Nivel de Conocimiento y Prácticas de Prevención Frente a la Enfermedad Diarreica Aguda Hospital Central Fuerza Aérea del Perú 2015. TESIS[Para optar el Título de Especialista en Pediatría]. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Medicina Humana; 2015.
 17. Cisneros FH, Salceda ZR, Herrera IF, Cánovas NT. ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN EL NIÑO: COMPORTAMIENTO DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO.. Rev Cubana Med Gen Integr 2000.. 2000 Abril; 16(2).
 18. Fernández PA. Estudio cuanti-cualitativo de prácticas de higiene en familias carentes de sistema de agua y desagüe en Lima Metropolitana Perú 2003. Tesis [Para optar el grado académico de Doctor en Medicina]. Lima: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, Facultad de Medicina Humana; 2009.

19. Salud Md. Plan Nacional Para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País, Periodo 2014 – 2016. Documento Técnico. Lima: Instituto Nacional de Salud (Perú), Promoción de la Salud; 2014-2016.
20. Social MdDeI. Intervenciones Efectivas Basadas en Evidencia Para Prevenir la Desnutrición Infantil en el Perú. In Social MdDeI. Intervenciones Afectivas en Nutricion. Lima; 2012. p. 13.
21. Guerrero Y, Dariste H. Enfermedad Diarreica en Niños de 3 a 5 Años Ingresados en el Area de Urgencias del Hospital Infantil Dr. Arturo Grullon Durante el Año 2012. Monografía[para optar por el título Doctor en Medicina]. Santiago de los Caballeros República Dominicana: Universidad Tecnológica de Santiago UTESA, Medicina; 2012.
22. Sarzo RRE. Nivel de Conocimiento de las Madres Sobre Medidas Preventivas Frente a Diarreas Hospital de Vitarte 2015. Tesis[Para Optar Al Título Especialista En Pediatría]. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Medicina Humana; 2015.
23. Carmen ELL. Conocimientos y prácticas sobre prevención y manejo de enfermedad diarreica aguda, en madres de niños/as de los centros infantiles del buen vivir, Daniel Álvarez y Víctor Emilio Valdivieso Mies, Loja, 2014–2015. TESIS[Previo a la Obtención del Título de Licenciada en Enfermería]. Loja - Ecuador: Universidad Nacional de Loja, Área de Salud Humana; 2015.

24. Espinosa VdCE. Conocimientos y Prácticas sobre Prevención y Manejo de Enfermedad Diarreica Aguda, en Madres de Niños/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir Caritas Felices y Estrellita Iluminando el Futuro MIES Loja, 2014 –2015. TESIS [Previa a la Obtención del Título de Licenciada en Enfermería]. Loja: Universidad Nacional de Loja, Área de salud humana; 2015.
25. Miryam Paola CQ. Intervención educativa sobre prevención de enfermedades diarreicas agudas desde el enfoque AIEPI comunitario para madres con niños menores de cinco años del centro de educacion inicial lic. Alfonso Chávez Jara. Noviembre 2010 abril 2011”. TESIS[Previo la obtención del título de Licenciada en promoción y cuidados de la salud]. Riobamba – Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Salud Pública; 2011.
26. Instituto dDdRH. bvsde.paho. [Online].; 2003 [cited 2016 Noviembre 30. Available from:www.bvsde.paho.org/cursoa_edusan/modulo1/ES-M01-L07-Comportamiento.pdf.
27. OMS. Centro de prensa de la OMS. [Online].; 2013 [cited 2016 Noviembre 27. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>.
28. Huallpa MLQ. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Madres con Niños Menores de 5 Años con Casos de Eda de la Comunidad de Yuncaypata Que Acuden al Centro de Salud de Wanchaq de Enero – Septiembre Cusco 2012. Proyecto de Investigacion. Cusco: Ministerio de Salud; 2011.

29. Eduardo Sagaró MD. Diarrea Persistente. Colombia Médica. 2007 Enero-Marzo; 38(1).
30. CISE. Sociología de la Desviación CISE. [Online]. [cited 2016 11 14. Available from: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.criminologia.org.es/aportaciones/primeror/sociologia.pdf>.
31. Declaración de México Sobre Las Políticas Culturales. In Conferencia mundial sobre las políticas culturales México D.F., 26 de julio - 6 de agosto de 1982; 1982; México. p. 6.
32. Amorós E. eumed.net Enciclopedia Virtual. [Online].; 2008 [cited 2016 Octubre 29. Available from: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2008c/419/caracteristicas%20de%20la%20cultura.htm>.
33. Guerrero TV. Creencias, costumbres y valores. [Online].; 2013 [cited 2016 Octubre 29. Available from: <http://es.slideshare.net/upiitatrujillo/creencias-costumbres-y-valores>.
34. Derecho Ed. ConocimientosWeb.net. [Online].; 2016 [cited 2016 Octubre 29. Available from: <http://www.conocimientosweb.net/portal/dic11.html>.
35. Zamora MAdT, Cordero MEA. Morbimortalidad por EDA y su relación con algunos factores sociales políticos y económicos en las Américas. Revista de Ciencias Médicas La Habana 2004. 2004 Junio; 10(2).

36. Zapata MA, Ramírez MEF, Corimanya MM, Franco GR, Alcedo LS, Laos RT. Programa de Familias y Viviendas Saludables. Documento Tecnico. lima: MINSA , Dirección General de Promoción de la salud. Lima: Ministerio de Salud, 2006.; 2006.
37. Organización de las Naciones Unidas para la Educación ICylC. Portal UNESCO. [Online].; 2010 [cited 2016 Noviembre 20. Available from: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID%3D13136&URL_DO%3DDO_PRINTPAGE&URL_SECTION%3D201.html.
38. Z JEH, Duvaltier I, G WGG. Límites de los programas de promoción y prevención. Una perspectiva psicoanalítica. IATREIA "Revista Medica Universidad de Antioquia". 2003 Junio; 16(2).
39. Ros BZ. Psicología Online. [Online]. [cited 2016 Noviembre 20. Available from: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/>.
40. Salta SAdPF. Normas de Diarrea Aguda Para Primer Nivel de Atencion..
41. Solandi JQ. Factores Socioculturales que Influyen en las Enfermedades Diarreicas en Niños de la Comunidad Santa María del Cayapas. TESIS[Previo A la Obtención del Título de Licenciada en Enfermería]. Esmeraldas: Pontificia Universidad Católica del Ecuador- Sede Esmeraldas, Escuela de Enfermería; 2016.
42. Roberto HS. Metodología de la Investigacion. sexta ed. Interamericana Editores SADCV, editor. Mexico: McGraw-Hill; 2014.

43. PÉREZ CIEZA KdR. “Calidad de atención en el control prenatal en gestantes. Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2015”. TESIS[Para optar el título profesional de Licenciada en enfermería]. Chota: Universidad Nacional de Cajamarca, Enfermería ; 2015.
44. OMS. Agua, saneamiento y salud (ASS). [Online].; 2015 [cited 2016 Diciembre 11 [www.cofemersimir.gob.mx/expediente/14291/mir/38640/anexo/1556435]. Available from: http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/burden/es/.
45. Henríquez C, César GA, Carlos B, Luis GH, Eduardo EZ, Juan SR, et al. Incidencia y factores de riesgo para adquirir diarrea aguda en una comunidad rural de la selva peruana. Revista Medica Herediana. 2002 Abril; 13(2).
46. Alberto FM, Nora S. IRC. [Online].; 1990 [cited 2016 Diciembre 22 [Realizado en Lima - Ica]. Available from: <http://www.ircwash.org/node/33229>.
47. Paúl AF. Estudio cuanti-cualitativo de prácticas de higiene en familias carentes de sistema de agua y desagüe en lima metropolitana Perú 2003. TESIS[para optar el grado académico de Doctor en Medicina]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Medicina Humana; 2003.
48. YLENIA MILAGROS MV. Caracterización de Residuos Sólidos de Tres Comunidades en la Cuenca del Yanayacu Zona de Amortiguamiento del Área de Conservación Regional Comunal Tamshiyacu Tahuayo, Distrito de Fernando Lores – Región Loreto. TESIS[Para Optar el Título Profesional de ingeniero en gestión

- ambiental]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Ingenieria en Gestion Ambiental; 2014.
49. Paúl A T, Quetzall iA, Ojeda S. Apreciación Social Sobre la Problemática de los Residuos en Comunidades Rurales de Ensenada, México. <http://www.redisa.uji.es/artSim2013/CaracterizacionDeResiduosSolidos/Composicion%20Residuos%20Zonas%20Rurales.pdf>.
50. Ana María CM, Ana Esperanza BC, Juan AV, José F LA. Condiciones de vida y morbilidad en niños y adolescentes en el municipio La Habana Vieja. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2004 Septiembre - Diciembre; 43(3).
51. Ciro MV, Carlos SR, Edén GR, Jimmy Jesús SC. Historia del cólera en el Perú en 1991. *Acta Médica Peruana*. 2010 Julio_Setiembre; 27(3).
52. La Nota de Campo ha sido elaborada a partir del estudio de tesis de grado y trabajo de campo de Gabriel López de la Facultad de Ingeniería Ambiental de la Universidad Nacional de Ingeniería. WSP "programa de agua y saneamiento". [Online].; 2004 [cited 2016 Diciembre 18. Available from: https://www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/NC_Control_Letrinas.pdf.
53. UNICEF. UNICEFArgentina. [Online].; 2009 [cited 2016 Diciembre 18. Available from: https://www.unicef.org/argentina/spanish/media_16148.htm.

54. Ruth Mery MC. monografias.com. [Online].; 2010 [cited 2016 Diciembre 18. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos82/saneamiento-sostenible-villa-maria-del-triunfo/saneamiento-sostenible-villa-maria-del-triunfo2.shtml>.
55. Robert K, Eckhard K, Marco PT, Candida G, Victoria C, May P. Combinando Cambios de Comportamiento en Higiene con Agua y Saneamiento: Monitoreo de Progreso en Hato Mayor, República Dominicana. 2003. Este informe de seguimiento es una actualización del Reporte de la Actividad del EHP(ENVIRONMENTAL HEALTH PROJECT) (AR) 120, del mismo título, publicado en julio del 2003.
56. Miguel Ramos RC. La educación como determinante social de la salud en el Perú. Rocio Moscoso ed. Peru BNd, editor. Lima: EDIT.& COMERS. CARTOLAN E. I. R.L; 2007.
57. OMS O. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2016 [cited 2017 Enero 5. Available from: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=762:dia-mundial-lavado-manos&Itemid=227.
58. OPS O. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2012 [cited 2017 Enero 31. Available from: http://www.paho.org/Arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1051:lavarse-manos-agua-jabon-reduce-50percent-diarreas-infantiles-25percent-infecciones-respiratorias&catid=333:arg03-salud-familiar-y-comunitaria&Itemid=227.

ANEXO 1

CUESTIONARIO

El presente cuestionario sobre. “Factores Socioculturales de las madres y la prevención de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 05 años, Yuracyacu –Chota, 2011”, nos permitirá obtener resultados fidedignos y consistentes en el trabajo de investigación a ejecutar como alumno de la Maestría en salud Pública de la E:P:G de la UNC. Sede –Chota. Por lo que solicito a Usted, sea verás en sus respuestas.

A. Factores sociales:

¿Hasta qué grado estudio Usted?

- a. Analfabeta. ()
- b. Primaria completa. ()
- c. Primaria incompleta ()
- d. Secundaria completa. ()
- e. Secundaria incompleta. ()

¿De dónde obtiene usted el agua?

- a. Entubada ()
- b. Pozo. ()
- c. Acequia. ()
- d. Río. ()

¿Con cuántas habitaciones cuenta su vivienda?

- a. Una sola habitación. ()
- b. Dos habitaciones. ()
- c. Tres habitaciones. ()
- d. Más de tres habitaciones. ()

¿Cuántas personas viven en su casa?

- a. Dos personas. ()
- b. Tres personas. ()
- c. Cuatro personas. ()
- d. Más de cuatro personas. ()

¿Qué animales cría usted en su vivienda?

- a. Cuyes. ()
- b. Perros. ()
- c. Gatos. ()
- d. Cerdos. ()
- e. Otros. ()

B. Factores culturales:

¿Por qué cree que se presenta las diarreas en sus niños?

- a. Susto. ()
- b. Mal ojo. ()
- c. Seno malo. ()
- d. Madre tiene cólera. ()
- e. Madre lava. ()
- f. Sale los dientes. ()
- g. Cuando gatea. ()
- h. Las comidas. ()

¿Cuándo su niño se enferma con diarrea a qué lugar lo lleva Usted para que lo atiendan?

- a. Establecimiento de salud. ()
- b. Farmacia. ()
- c. Promotor de salud. ()
- d. Curandero. ()
- e. Familiares. ()

¿Cuándo se enferma de diarrea su niño a los cuántos días lo lleva para que lo atiendan?

- a. Primer día. ()
- b. Segundo día. ()
- c. Tercer día. ()
- d. Más de tres días. ()

¿Cuándo su niño se enferma de diarrea con qué lo cura en su domicilio?

- a. Plantas medicinales. ()
- b. Cataplasmas, suero casero. ()
- c. Rituales. ()

C. Prevención de EDA

¿Cómo almacena usted el agua en su vivienda?

- a. Ollas con tapa. ()
- b. Baldes con tapa. ()
- c. Baldes sin tapa. ()
- d. Galonearas. ()
- e. Tinas. ()

¿Cómo consumen ustedes el agua?

- a. Hervida. ()
- b. Sin hervir. ()

¿Cómo eliminan la basura?

- a. Campo abierto. ()
- b. Lo entierran. ()
- c. Lo queman. ()
- d. Lo utilizan como abono. ()

¿Dónde hacen sus deposiciones ustedes?

- a. Letrina. ()
- b. Campo abierto. ()
- c. Pozo ciego. ()
- d. Alrededor de la casa. ()

¿Cómo es el mantenimiento de su letrina?

- a. Adecuada. ()
- b. Inadecuada ()

¿En qué momento se lavan las manos?

- a. Antes de comer. ()
- b. Después que de ir al baño. ()
- c. Después de jugar. ()
- d. En todos los casos anteriores.()
- e. Ninguno. ()

¿Qué insumo utilizan para lavarse las manos?

- a. Jabón. ()
- b. Detergente. ()
- c. No usa. ()

¿Lava usted los juguetes de su niño?

- a. Si. ()
- b. No. ()

¿Usted se corta las uñas?

- a. Si. ()
- b. No. ()

¿Dónde elimina Usted las heces del pañal de su niño?

- a. Campo abierto. ()
- b. Letrina. ()
- c. Río. ()
- d. Cerca del pozo. ()

Muchas gracias.