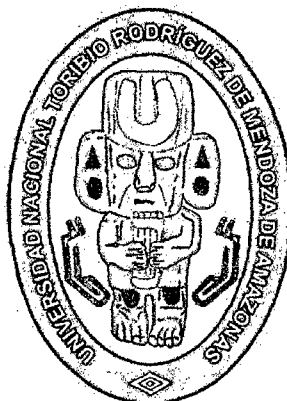


**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LAS
ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS CON NIÑOS MENORES
DE 5 AÑOS EN EL ASENTAMIENTO HUMANO PEDRO CASTRO
ALVA CHACHAPOYAS - 2015”.**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA

Autor :Br. Marco Antonio Arista Mestanza.

Asesor : Mg. C. Wilfredo Amaro Cáceres

CHACHAPOYAS – PERÚ

2016

DEDICATORIA

A Dios, por darme fortaleza en todos los momentos de mi formación profesional.

A mi familia y en especial a mis padres, quienes me apoyaron en todo momento.

A todos mis amigos de la facultad por compartir momentos inolvidables en las aulas universitarias.

A los docentes y personal administrativo de la escuela de Enfermería, así como de la universidad por sus enseñanzas y su apoyo en mi formación profesional.

AGRADECIMIENTO.

A todas las madres de familia del AA.HH Pedro Castro Alva quienes con su colaboración incondicional hicieron realidad esta investigación.

Al presidente del AA.HH. Pedro Castro Alva por brindarnos las facilidades y la venia para la ejecución de la investigación.

Al Mg. Wilfredo Amaro Cáceres, asesor de esta tesis, por su valioso tiempo en el proceso de revisión, asimismo por sus sugerencias y la motivación constante en el camino de la investigación.

A los estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería por brindarme su apoyo en el proceso de recolección de datos.

A todos los que directamente o indirectamente colaboraron en la ejecución de la presente investigación, un agradecimiento sincero.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

PHD. Jorge Luis Maicelo Quintana

Rector

Dr. Oscar Andrés Gamarra Torres

Vicerrector Académico

Dra. Maria Nelly Lujan Espinoza

Vicerrectora de Investigación

Dr. Policarpio Chauca Valqui

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Mg.C. Wilfredo Amaro Cáceres.

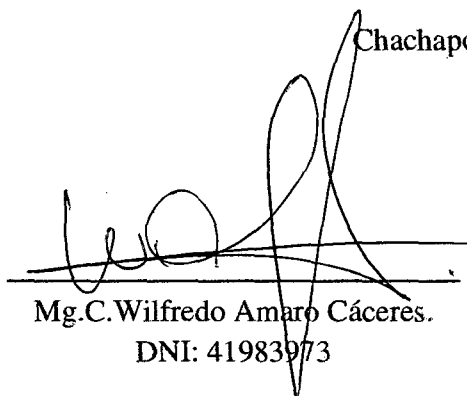
Director de la escuela profesional de Enfermería

DECLARACIÓN JURADA

Yo, Wilfredo Amaro Cáceres, con DNI N° 41983973, domiciliado en Jr. Hermosura 1050, de la ciudad de Chachapoyas, docente auxiliar a tiempo completo en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, doy visto bueno al informe de tesis titulado: **“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL ASENTAMIENTO HUMANO PEDRO CASTRO ALVA CHACHAPOYAS - 2015”**; elaborado por el bachiller de enfermería **ARISTA MESTANZA MARCO ANTONIO**.

Para lo cual firmo en conformidad.


Chachapoyas, 29 de marzo del 2016




Mg.C. Wilfredo Amaro Cáceres.
DNI: 41983973

JURADO DE TESIS

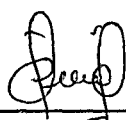
(Resolución Decanatural N° 035-2016-UNTRM-VRAC/F.E)



Dr. EDWIN GONZALES PACO.
Presidente



Dr. POLICARPIO CHAUCA VALQUI.
Secretario



Mg. OSCAR PIZARRO SALAZAR.
Vocal

ÍNDICE

	pág.
Dedicatoria	I
Agradecimiento	II
Autoridades universitarias	III
Visto bueno de la asesora	IV
Jurado de tesis	V
Índice	VI
Resumen	X
Abstract	XI
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO II. OBJETIVOS	17
CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO	18
CAPÍTULO IV. MATERIAL Y MÉTODOS	42
4.1. Tipo y diseño de investigación	42
4.2. Universo, población y muestra.	43
4.4. Método, técnica e instrumento de recolección de datos	46
4.7. Análisis de datos	47
CAPÍTULO V. RESULTADOS	48
CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN	51
CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES	56
CAPÍTULO VIII. RECOMENDACIONES	57
CAPÍTULO IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	61

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01: Nivel de conocimientos en general sobre las enfermedades diarreicas agudas en las madres con niños menores de 5 años del HH. AA Pedro Castro Alva, Chachapoyas. 2015.	49
Tabla 02: Nivel de conocimientos según dimensiones de: definición, medidas preventivas y tratamiento sobre las enfermedades diarreicas agudas en las madres con niños menores de 5 años del HH. AA Pedro Castro Alva, Chachapoyas. 2015.	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 01: Nivel de conocimientos en general sobre las enfermedades diarreicas agudas en las madres con niños menores de 5 años del HH. AA Pedro Castro Alva, Chachapoyas. 2015.	49
Gráfico 02: Nivel de conocimientos según dimensiones de: definición, medidas preventivas y tratamiento sobre las enfermedades diarreicas agudas en las madres con niños menores de 5 años del HH. AA Pedro Castro Alva, Chachapoyas. 2015.	50

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 01: Operacionalización de variables.	63
Anexo 02: Matriz de consistencia.	65
Anexo 03: Instrumentos de recolección de datos.	67
Anexo 04: Validez y confiabilidad del instrumento.	70
Anexo 05: Matriz de respuesta de los profesionales consultados sobre el instrumento de medición.	71
Anexo 06: La validez del instrumento de medición mediante la prueba binomial y de la Z de Gauss.	72
Anexo 07: Edad y nivel de conocimientos de las madres con niños menores de 5 años del AA. HH Pedro Castro Alva Chachapoyas 2015.	76
Anexo 08: Estado civil y nivel de conocimientos de las madres con niños menores de 5 años del AA. HH Pedro Castro Alva Chachapoyas 2015.	77
Anexo 09: Procedencia y nivel de conocimientos de las madres con niños menores de 5 años del AA. HH Pedro Castro Alva Chachapoyas. 2015.	78
Anexo 10: Número de hijos y nivel de conocimientos de las madres con niños menores de 5 años del AA. HH Pedro Castro Alva Chachapoyas. 2015.	79
Anexo 11: Religión y nivel de conocimientos de las madres con niños menores de 5 años del AA. HH Pedro Castro Alva Chachapoyas 2015.	80
Anexo12 Grado de instrucción y nivel de conocimientos de las madres con niños menores de 5 años del AA. HH Pedro Castro Alva Chachapoyas. 2015.	81

RESUMEN

El presente estudio es de nivel descriptivo, de tipo observacional, transversal, prospectivo con enfoque cuantitativo, se realizó con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos de las madres con niños menores de 5 años sobre enfermedad diarreica aguda en el AA. HH Pedro Castro Alva. La muestra estuvo conformada por 162 madres con niños menores de 5 años. Para la recolección de datos se utilizó la técnica del cuestionario, y un instrumento ya validado denominado nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas. Cuyos valores de validez: fueron de acuerdo a decisión estadística $VC=5.4125 > VT= 1.6449$ y la confiabilidad según la fórmula: $Splith - Halves = 0.812201$. Los resultados evidencian que en el conocimiento general de las madres se observa que el 100% de madres, el 76% tienen un nivel de conocimiento regular, el 18% tienen un nivel de conocimiento bueno y el 6% tiene un nivel de conocimiento deficiente, en cuanto a las dimensiones: definición el 76% tiene un conocimiento regular, en medidas preventivas el 59% tiene un conocimiento regular y en tratamiento tienen un 78% de conocimientos regular. Conclusión: la mayoría de las madres tienen un conocimiento regular que requieren de intervención educativa por parte de los trabajadores de salud del AA. HH Pedro Castro Alva teniendo que poner mayor énfasis en estrategias preventivo - promocionales y teorías de enfermería en mejora de una calidad de vida de la familia y el niño.

Palabras claves: Madres, diarrea, enfermedad diarreica aguda, conocimiento.

ABSTRACT

This study is descriptive, observational, cross-sectional, prospective type with quantitative approach level, was held in order to determine the level of knowledge of mothers with children under 5 years on acute diarrheal disease in AA HH Pedro Castro Alva. The sample was conformed by 162 mothers with children under 5 years old. The questionnaire technique, and an already validated instrument called a level of knowledge of mothers of acute diarrhoeal diseases was used to collect data. Valid values: were according to statistical decision $VC = 5.4125 > VT = 1.6449$ and reliability according to the formula: $Splith - Halves = 0.812201$. The results show that in general knowledge of mothers is observed that 100% of mothers, 76 per cent have a regular knowledge level, 18% have a good knowledge level and 6% has a level of poor knowledge in terms of dimensions: 76% definition has a regular knowledge, in preventive measures 59% has a regular knowledge and treatment have a 78% knowledge regular. Conclusion: the majority of mothers have a regular knowledge requiring educational intervention by the AA HH Pedro Castro Alva health workers having to put greater emphasis on strategies preventive - promotional and theories of nursing in improvement of quality of life of the family and the child.

Keywords: Mothers, diarrhea, acute diarrhea disease, knowledge.

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades diarreicas agudas continúan siendo uno de los problemas de salud pública más importantes en el mundo, por lo general en los países en vías de desarrollo ya que las condiciones de salubridad no son las óptimas para garantizar la salud de las personas por lo que su incremento de su incidencia, continúan siendo catalogada como uno de los problemas principales del planeta que actualmente, en el mundo las enfermedades diarreicas son las causas principales de enfermedad y muerte en los niños menores de 5 años constituyendo así unas primeras causas de morbimortalidad infantil y de consulta ambulatoria, en el mundo particularmente asociadas a condiciones de pobreza, carencia de los servicios básicos, falta de información y bajo nivel de conocimiento de la poblaciones maternas que inciden de manera directa en la salud del menor. (OMS, 2012)

Ante este problema de prevalencia mundial se han desarrollado trabajos de investigación donde se pone en evidencia el bajo nivel de conocimiento materno sobre diarreas, así en Cuba en el 2001 en la región de Palma de Soriano, en el 2009 en la Habana, en el 2004 en el hospital Infantil en México, en un hospital de Popayán, Colombia de ha desarrollado estudios similares y en el Perú el 2013 se realizó un estudio en un asentamiento humano del departamento de Ica donde se concluye que el conocimiento materno en el manejo de la diarrea, es regular, continua la creencia de prohibir la lactancia materna, de que son los parásitos la causa principal y que debe usarse antibióticos para un tratamiento adecuado. (Marriner, T. 2007).

Aun con la presencia, y difusión de los servicios de salud en la población, no se consigue del todo la atención precoz y oportuna de los casos de diarrea, siendo el desconocimiento de los padres el causal de demora y por ende de mayor complicaciones en la población menor de 5 años, lo cual se ha evidenciado la asistencia a centros de atención tradicional (curanderos u otros) o inicio de terapéutica sin evaluación médica y que además puede resultar toxica por lo que estos hechos se pueden prevenir con el conocimiento materno adecuado sobre aspectos relacionados a diarrea, signos de peligro y las medidas precoces a seguir.(Francis, A. 2012).

Según la organización panamericana de la salud considera que 88% de las enfermedades diarreicas es producto de un abastecimiento de agua no potable, saneamiento e higiene deficientes, falta de conocimiento de las personas en el manejo de las mismas y que estos se ven reflejados en la salud del infante y si se corrigieran estos factores, habría una reducción entre 21% y 32% de la morbilidad por diarrea, además de las medidas de higiene, la educación sobre el tema en el manejo de la salud como la insistencia en el hábito de lavarse las manos pueden reducir el número de casos de diarrea en hasta 45%. Casi todas las muertes se observan en menores de 5 años y ocurren en países en desarrollo donde la mayor letalidad se asocia con factores socioeconómicos, culturales y educativos siendo esta última la más importante en la disminución de las enfermedades diarreicas. (OPS, 2010)

Se calcula que más de 75% de la población desconoce temas relacionados a la salud, esto se acentúa más en las zonas rurales y urbano marginales donde el acceso a la información es limitado. Como se sabe el conocimiento es la piedra angular en la que descansa la ciencia y la tecnología de cada tipo de sociedad, su acertada comprensión depende de la concepción del mundo que tenga, además las ventajas del conocimiento en el campo de salud son positivas para los usuarios y para el personal de salud y en general para el mismo sistema de salud. (Hidalgo, M. 2007)

Según el Informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia cada año mueren en el mundo más de 3,5 millones de niños antes de cumplir cinco años como consecuencia de diarrea ya que constituye un gran problema de salud pública, en la mayoría de los países en desarrollo es importante la causa de morbimortalidad durante la infancia, especialmente por su relación con la desnutrición, pobreza y los bajos niveles educativos de los padres, los altos costos que implica para los sistemas de salud por su alta demanda de atenciones ambulatorias y hospitalarias siendo uno de los principales problemas que se asocian con la mayor gravedad de las enfermedades en los niños menores de cinco años es la falta de conocimiento de los padres para brindar un cuidado adecuado del menor y así reconocer los signos de peligro que indican cuando a un niño se le debe atender en un centro de salud de manera inmediata y oportuna. (UNICEF, 2008).

La enfermedad diarreica constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial no sólo por ser una de las principales causas de muerte en la niñez, también está reconocido como la enfermedad infecciosa de mayores efectos nutricionales a temprana edad, siendo el conocimiento un factor preponderante para disminuir las enfermedades diarreicas agudas y así mejorar la salud de los niños. (Arca, J. C. 2005).

Uno de los factores que intervienen para la prevalencia de enfermedades diarreicas agudas es el desconocimiento y la desinformación por parte de la población joven y adulta, en Latinoamérica y especialmente en la países Amazónicos se ha incrementado la incidencia de estas enfermedades entéricas, en estos países las acciones de educación para la salud como la información, comunicación y educación son reducidas y llevadas a cabo de forma improvisada, lo que genera en la población susceptible el desconocimiento de las causas y factores que conllevan a la trasmisión de las EDAS, así como las consecuencias de la enfermedad. (Hernández, 2006).

A nivel nacional en el Perú la enfermedad diarreica aguda, también se vale de la desinformación para continuar su reinado en el mundo de la confusión. Dicha confusión, es consecuencia de la falta de una adecuada información con respecto a las EDAS. (Alfonso, 2008).

La enfermedad diarreica aguda afecta principalmente a la población Infantil en nuestro país, Su presencia aún es notoria entre las principales causas de morbilidad, especialmente en los ámbitos geográficos de población en situación de pobreza y donde los niveles de información son bajos por lo que se estima que los niños tienen entre 10 y 12 episodios de diarrea por año. (Moran, A. 2002).

Durante el último quinquenio se registraron tasas de incidencia que varían entre 2000 y 2500 casos. Como consecuencia de lo anterior, es de suponer que las enfermedades diarreicas producen todavía un alto porcentaje de uso de las camas hospitalarias, motivo por el cual siguen considerándose como una pesada carga presupuestal de los hospitales, en el Perú, el 54% de la población es considerada

pobre y el 24,4% extremadamente pobre y un porcentaje de este último grupo no cuenta con los servicios básicos, y sobre todo el desconocimiento de la mayoría de las personas , haciéndole vulnerable a las enfermedades diarreicas agudas(Guillen, A. 2011).

Las enfermedades diarreicas agudas representan el segundo motivo de consulta general en infantes y la tercera causa de mortalidad de menores de 5 años, el número de casos varía de acuerdo a los sectores, definitivamente vemos más casos en el ámbito rural y marginal debido a la carencia de recursos, escasa información y bajos conocimientos que ocasiona el incremento de las enfermedades diarreicas agudas en nuestro medio. (Bazabe, 2009).

En el periodo 2007-2010 la diarrea en menores de 36 meses de edad a nivel nacional se ha incrementado en 1,5 puntos porcentuales (de 17,4% en el 2007 a 18,9% en el 2010). Por región natural, la selva es la que presenta la mayor proporción de diarrea con un 28,1%, seguido de la costa con el 17,3%, siendo la región sierra con el 17,0% la que presenta el menor porcentaje. De acuerdo al nivel de educación de la madre, se observa que a mayor nivel educativo menor es la proporción de episodios de diarrea en sus niños (14,0% en las niñas y niños de madres con educación superior y 20,6% en madres con educación primaria o sin nivel educativo). Respecto al agua que consumen las niñas y niños el porcentaje de diarrea es más bajo cuando es tratada con cloro residual o es hervida y de red pública (16,9% en cada caso). (MINSa, 2010).

En la región Amazonas, a pesar de esfuerzos de los gobiernos locales en la redistribución de personal de salud, quienes tienen la labor de diseñar los medios y estrategias que permiten trabajar con la población en beneficio de los mismos y grupos más vulnerables haciendo frente ciertos factores de diferentes rangos e índoles que truncan la efectividad de la labor en su totalidad siendo los casos de diarrea una piedra que apaña la calidad de vida de los niños. Según datos estadísticos de la DIRESA, los casos de diarrea en el año 2010 fueron un total de 12583 episodios de diarrea en niños menores de cinco años de edad entre casos de enfermedad diarreica no complicada y complicada, en las que también se destaca la escasa información que reciben las familias. Por lo que se podría considerar las acciones diversas de la educación para la salud ya que permiten al individuo,

familia y comunidad adquirir conocimientos que le facilitaran mantener un estado de salud óptimo para lograr nuevos estilos de vida y fomentar el cuidado de la población infantil. (DIRESA, 2011).

En el ámbito local se hace necesario e indispensable analizar los últimos reportes del NOVAFIS que indican que en los últimos años hemos tenido un considerable incremento de un total de 56 casos en el año 2010 en comparación con el año 2011 que se reportó 64 casos y el 2012 se reportó 71 casos de las enfermedades diarreicas agudas del Puesto de Salud Pedro Castro Alva. (NOVAFIS, Amazonas. 2011).

Siendo así la población de Pedro Castro Alva afrontan con la problemática de las atenciones recurrentes y frecuentes y de altas demandas de las enfermedades diarreicas agudas por lo que constituye un problema de salud social que todavía es preocupante a pesar de las intervenciones y políticas en salud que plantea el estado para reducir los índice de morbi-mortalidad infantil en los menores de 5 años. Por consiguiente las madres no escapan de la realidad y en las conversaciones informales que se tuvo, se puede apreciar que muchas de ellas desconocen sobre lo que es la diarrea ,la causas, forma de contagio y tratamiento de estas , por lo que se ve condicionada por diferentes factores que dificultan erradicarla como la falta de higiene personal, deficiente servicios básicos, poca información y bajo nivel educativo de las madres puesto que es la responsable principal de impartir la información adecuada para mantener un estilo de vida saludable en la familia. Por lo que todos estos hechos se pueden prevenir con el conocimiento materno adecuado sobre aspectos relacionados a diarrea, signos de peligro, medidas precoces de prevención y tratamiento que permitan disminuir considerablemente las enfermedades diarreicas agudas que ocasionan el deterioro de la salud infantil. Por todo lo descrito anteriormente se formuló la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas con niños menores de 5 años del Asentamiento Humano Pedro Castro Alva Chachapoyas 2015?

II. OBJETIVOS

General:

- Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas con niños menores de 5 años del asentamiento humano Pedro Castro Alva Chachapoyas 2015.

Específicos:

- Caracterizar la población objeto de estudio.
- Identificar el nivel de conocimiento de las madres en función a las dimensiones de: definición, medidas de prevención y tratamientos en niños menores de 5 años de edad con (EDA).

III. MARCO TEORICO

3.1. Antecedentes del problema.

Antecedentes internacionales.

A Castillo, M., Andrade, G. (2013). Ecuador. En su tesis de investigación cuyo objetivo era determinar los conocimientos y prácticas maternas para prevenir la deshidratación en niños menores de 2 años con diarrea. Sus resultados que obtuvieron de dicha investigación fueron que el (43.3%) de las madres tienen un bajo nivel de conocimiento y el (30.8%) tiene un nivel de conocimiento alto y el (19.9%) de las madres tienen un conocimiento regular. En sus opiniones, los profesionales manifiestan que el personal de salud deberá insistir en la empoderar a las madres en talleres demostrativas sobre higiene personal, manejo de alimentos y reconocer los signos de alarma y manejo inicial de los signos de deshidratación para así garantizar un crecimiento y desarrollo sano del niño.

Alarco, T (2011).Nicaragua. En un diseño observacional, descriptivo de corte transversal, participaron 82 madres de niños menores de 5 años y se evaluó el nivel de conocimiento sobre la diarrea y su prevención a través de un cuestionario elaborado por expertos en el tema y validado en la misma población, antes de su aplicación. En los resultados respecto a los conocimientos y prevención de la diarrea, el 76% tenía un concepto sobre diarrea, el 53% situó a los parásitos como la causa principal, el 53% usa el suero de rehidratación oral (SRO) como medida principal de tratamiento, aunque un 23% admitió usaría antibióticos, el 67% acudiría al centro médico, y un 24% a un curandero. Se concluye que el conocimiento materno es regular, aún existe la creencia de suspender la lactancia materna, de que los parásitos son la causa principal y que se tiene que indicar antibióticos como parte de un adecuado tratamiento.

Aragon; A. (2010).Colombia con un trabajo de investigación titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas adoptadas por los cuidadores de los niños menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda del corregimiento el Caguan. Neiva, julio – septiembre 2010” se encontró que del total de participantes, el 98,5% recibieron una calificación regular en los conocimientos y el 1,5% obtuvieron una calificación mala en esta categoría. Ninguno de los cuidadores

obtuvo una calificación buena en los conocimientos. La actitud de los cuidadores de los niños menores de 5 años con EDA mostró una calificación favorable en el 52,5% de la muestra. Siendo el sexo masculino un predominio importante del 63% de esta enfermedad y un 63% de los niños no recibe lactancia materna y el 75% que la mayoría de las madres refieren no tener un conocimiento adecuado sobre los signos y síntomas de la diarrea por lo cual los investigadores concluyen que las enfermedades diarreicas constituyen un problema de salud pública importante en el mundo debido a los factores asociados como la falta de información sobre la importancia de la vacuna rotavirus y la falta de cumplimiento de la lactancia materna exclusiva que por ende afecta el crecimiento y desarrollo del niño.

Antecedentes nacionales:

Espinoza, S. (2015) .Perú. En su tesis de investigación cuyo objetivo fue, determinar el nivel conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas frente a las diarreas agudas lo cual se determinó que, el 42% conoció el significado de la palabra diarrea, el 34% indico 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. En la conclusión del investigador nos dice que 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, no se reconoce signos de deshidratación adecuadamente y persiste la idea que debe usarse antibióticos como parte de un tratamiento adecuado.

Tacunan, A. (2015) .Tacna-Perú. En la investigación comparativa sobre nivel de conocimiento sobre conocimiento, prácticas y actitudes de las madres con niños menores de 5 años se encontró los siguientes resultados donde se observa que las madres con buen nivel de conocimiento sobre Enfermedades Diarreicas Agudas atendidas en el Centro de Salud San Francisco predomina con 43,45% frente a las madres del C. S. Ciudad Nueva (27,55%), sin embargo, este último, las que califican con muy buen nivel de conocimiento, supera (37,76%). Las madres del

C.S. de Ciudad Nueva de niños menores de 5 años presentaron altos porcentajes de buena y muy buena actitud favorable a los cuidados en un episodio de diarrea y muy consecuente se tiene a las madres C. S. San Francisco con un 76,55% y 73,47% para las madres atendidas en el C. S. Ciudad Nueva.

Se determinó que la buena práctica sobre Enfermedades Diarreicas Agudas predominó (37,76%) en las madres atendidas del C. S. Ciudad Nueva, esto fue mejor que las madres atendidas en el C. S. San Francisco, donde alcanzaron el buen nivel de prácticas fue el menos frecuente con 36,55%.dres atendidas en el C. S. San Francisco (16,55%).

Arca, V. (2005) .Perú. En su investigación sobre las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años de la sierra y la selva concluye que él 65% de los niños sufre episodios de diarreas durante su primer año de vida y que 70% de las que más frecuente presentan son las de sexo femenino y que el 80% de estas corresponde a madres con un nivel socioeconómico bajo. Por lo que en su conclusión expresa que las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de morbimortalidad en los niños menores de cinco años, siendo esto más alarmante en la sierra y selva del Perú los cuales los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales, relacionado con la falta de información de las madres para el cuidado del menor y sus bajos recursos económicos son los que condicionan la salud del niño para su desarrollo.

Antecedentes locales:

No se han encontrado trabajos que guarden relación con el objeto de estudio.

3.2. Base Teórica.

ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS.

1.1. Definición.

Según OMS define diarrea como la presencia de 3 o más deposiciones líquidas en 24 horas, Es decir, es un síndrome clínico que se caracteriza por la disminución en la consistencia, aumento en el volumen y/o frecuencia en las

deposiciones que puede o no tener algún grado de deshidratación y que de acuerdo con el agente causal puede estar acompañado de moco y sangre por lo que la diarrea es un evento que se inicia de forma aguda, la cual puede prolongarse por muchos días convirtiéndose en una diarrea persistente. La diarrea es un mecanismo de defensa o de respuesta del organismo frente a un agente agresor. “Se entiende por diarrea al aumento en el número y cambio en la apariencia y consistencia de las deposiciones”. (OMS, 2010)

Según la OPS define la diarrea aguda es el aumento de las evacuaciones de más de 3 veces al día, aumentando el volumen y la fluidez de las deposiciones en comparación a lo habitual para un niño o niña en particular, con pérdida de agua y electrolitos y cuya duración es menos de 14 días, número de deposiciones hechas por una persona en un día depende de variadas circunstancias como son las características de la alimentación, la edad del paciente, el momento biológico y el momento patológico, las costumbres, el clima, para citar algunas cuando se dice que una persona tiene diarrea se entiende que sus evacuaciones son blandas y contienen más agua de lo normal. (OPS, 2010)

La diarrea también es todo proceso mórbido, cualquiera que sea su causa que tiene entre sus síntomas más importantes las diarreas y puede acompañarse o no de trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido básico por lo que el número de las evacuaciones intestinales hechas en un día varía según la dieta y la edad de la persona.

1.2. Epidemiología y etiología de la diarrea.

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

muerdes infantiles en el Perú. La enfermedad diarreica es también un contribuyente importante del problema de la malnutrición infantil esto ocurre principalmente por disminución de ingesta de alimentos durante y después de la diarrea y, en menor medida por absorción reducida de nutrientes; también refleja la demanda incrementada de nutrientes que ocurre durante las infecciones. (MINSa, 2012)

La enfermedad diarreica es de naturaleza fundamentalmente infecciosa lo cual el último decenio además de los conocimientos entero patógenos (salmonella, shiguella, cholerae, campylobacter y *E. coli*) se ha reconocido a otros como rotavirus, campylobacter y *e. coli*; productoras de entero toxinas. Entre los parásitos además de los señalados y las amebas que prevalecen en ciertas regiones geográficas del país, se deben tener en cuenta giardias y criptosporidium como posibles agentes causales de diarrea. La *e. coli* productora de enteró toxinas y rotavirus son responsables de cerca del 60% de las diarreas acuosas infantiles, en tanto que shiguella y campylobacter son responsables de cerca del 60% de las diarreas disentéricas. (MINSa, 2012)

1.3. Fisiopatología de la diarrea.

En el intestino delgado se produce la absorción del agua y electrolitos por las vellosidades del epitelio y simultáneamente, la secreción de éstos por las criptas. Así, se genera un flujo bidireccional de agua y electrolitos entre el lumen intestinal y la circulación sanguínea. Normalmente la absorción es mayor que la secreción, por lo que el resultado neto es absorción, que alcanza a más del 90% de los fluidos que llegan al intestino delgado, Alrededor de 1 litro de fluido entra al intestino grueso, donde, por mecanismo de absorción, sólo se elimina entre 5 y 10 ml/kg/24 horas de agua por heces en lactantes sanos. Por lo tanto, si se produce cualquier cambio en el flujo bidireccional, es decir, si disminuye la absorción o aumenta la secreción, el volumen que llega al intestino grueso puede superar la capacidad de absorción de éste, con lo que se produce diarrea. (MINSa, 2012)

1.4. Clasificación de la diarrea.

a. De acuerdo al tiempo de duración.

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

b. De acuerdo a las características de la diarrea.

- c. Diarrea acuosa.**- Se caracteriza por heces líquidas sin sangre puede ir asociada a vómitos, fiebre y disminución del apetito. El 80% de los casos que se presentan en los establecimientos son de este tipo. Causada por el Rota virus E. Coli, enterotoxigenica o vibrio cólera cholerae.
- d. Diarrea disintérica.**- Se caracteriza por la presencia de heces líquidas o semilíquidas con sangre, acompañada de fiebre elevada, mal estado general, cólicos pujos y tenesmo. Se presenta de 10- 15% y es producida por los gérmenes Shiguella sp, Campylobacter jejuni E. Coli Enteroimbasiva, Ameba Histolitica.
- e. Cólera:** Se caracteriza por ser una enfermedad diarreica, que se contrae mediante la ingestión de una dosis infecciosa de Vibrio Cholerae. El agua contaminada con materias fecales humanas generalmente sirve de vehículo para la transmisión del cólera, ya sea directa o por contaminación de los alimentos. Los alimentos también pueden ser contaminados por las manos sucias de personas infectadas. (MINSa, 2010)

1.5. Tratamiento de la enfermedad diarreica aguda. (AIEPI, 2010)

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

Plan a

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

- Los niños que han sido vistos en el establecimiento de salud y no se les ha encontrado signos de deshidratación.
- Niños que han sido tratados en un establecimiento de salud con el plan B hasta que corrigió la deshidratación.
- Niños que han desarrollado diarrea recientemente, pero no han visitado un establecimiento de salud.

Recomendaciones del plan a.

- Si aún amamanta debe seguir lactando con mayor frecuencia.
- Darle alimento nutritivo en porciones pequeñas y con mayor frecuencia.
- Sumínístrele más líquidos.
- Los niños destetados podrían recibir leche cereales, carbohidratos complejos (arroz, papa, etc.)
- Se deben evitar comidas con alto contenido de grasa, fibras y azúcares simple como son los jugos de frutas.
- No administrar bebidas de hidratación para deportistas.
- Informar sobre medidas de higiene.
- Después de cada deposición acuosa debe tomar suero de rehidratación oral: Si es menor de 2 años de 1/4 a 1/2 taza o Si es mayor de 2 años de 1/2 a 1 taza.
- Si el niño vomita esperar 10 minutos y luego seguir dándole líquidos con mayor lentitud, una cucharita cada 5 minutos, y reiniciar cuando deje de vomitar.

Signos de alarma durante el tratamiento con el plan a.

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

Estos son algunos síntomas:

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

Tratamiento con SRO

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

Tratamiento con suero casero

- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Hervir un litro de agua y dejar enfriar, agregar 08 cucharaditas de azúcar y 1 cucharada de sal, revolver con una cuchara limpia.
- Administrarle al niño por cucharada o por gotero o taza después de cada diarrea o cuando el niño este con sed.
- Tener en cuenta que la preparación solo dura 24 horas.

Plan b

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

Recomendaciones del tratamiento con plan b.

- Informar a la madre para su participación activa en el tratamiento con S.R.O. al niño.
- La solución S.R.O. se administra con taza y cuchara durante un tiempo promedio de 4 a 6 horas, debe ofrecerse frecuentemente.
- La cantidad de solución que el niño toma cada vez que se le ofrece depende de la intensidad de la sed, en general los niños beben con avidez la S.R.O. especialmente en las primeras horas ingiriendo de 20 a 30 ml de solución por cada kilogramo de peso por hora.
- Si el niño vomita durante el tratamiento, dejar de darle la solución S.R.O. por 10 minutos y luego continuar dándole cantidades pequeñas a intervalos cortos, y si tolera la solución y no vomita otra vez, volver a dárselo a la velocidad anterior.
- Si la ingesta de solución S.R.O. ha sido insuficiente, el niño la rechaza o no se perciben signos de mejoría, deberá administrarse con más frecuencia. Si no se tiene éxito, puede usarse sonda naso gástrica, en estos casos debe evaluarse al niño con más frecuencia.
- En los establecimientos de salud es conveniente llevar un control de la evolución del niño usando una ficha clínica, en la cual debe de registrarse la cantidad de solución S.R.O. que el niño toma y los cambios que se observan en los signos y síntomas de la diarrea y deshidratación.
- La administración de SRO se suspende cuando ya esté hidratado.
- Cuando el niño ya está totalmente hidratado se pasa inmediatamente a la fase de mantenimiento que se lleva a cabo en la casa del niño.
- El trabajador de salud deberá aprovechar el cambio positivo en el estado positivo del niño que se observa durante el tratamiento, para estimular a la

madre a que participe en el cuidado de su hijo y para explicarle las medidas generales para el Tratamiento en los niños con diarrea, así como las medidas para su prevención.

Plan c

Es el tratamiento indicado para los casos más graves cuando el niño presenta deshidratación con shock, bebe poco o no es capaz de beber, se presenta con ojos hundidos, mucosas muy secas, letárgico o inconsciente y es necesaria la rehidratación por vía endovenosa.

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

1.6. Medidas de prevención y control de la enfermedad diarreica aguda. (AIEPI, 2010)

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

- Lactancia materna exclusiva los 6 primeros meses de vida.
- Prácticas de destete adecuadas.
- Empleo abundante de agua para la higiene personal.
- Empleo de agua limpia protegida de contaminación.
- Buenos hábitos de higiene con los alimentos y en general.
- Lavado de manos con jabón.
- Higiene y uso de servicios sanitarios o letrinas adecuadamente.
- Eliminación correcta de pañales con deposiciones.
- Continuar con lactancia materna hasta los 2 años.
- Vacunar al niño contra el sarampión, rotavirus.

entendimiento, que pertenece al pensamiento, percepción, inteligencia, razón. Se considera al conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados; que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vagos e inexactos. (Dawkins. 2005)

Desde el punto de vista filosófico la gnoseología es la disciplina encargada del conocimiento en general, aborda los problemas de la posibilidad, origen y esencia del conocimiento (Muños. 2007)

El conocimiento se define en primer lugar como un acto y segundo como un contenido; dice el conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad hecho u objeto, por su sujeto consciente, entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. El conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer, este contenido significativo, el hombre lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto. Este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos de otros. No son puramente subjetivas pueden independizarse del sujeto gracias al lenguaje, tanto para sí mismos como para otros sujetos. (Salazar Bondy citado por Dawkins. 2005)

El conocimiento es uno de los aspectos importantes que todos los seres humanos adquirimos en forma empírica tanto en nuestra vida diaria y vida educativa esto nos permite actuar en las diferentes circunstancias. (Locke. 2010)

Así también es definido como la “acción y efecto de conocer cada una de las facultades sensoriales del hombre”. El conocimiento permite sentir, transmitir y reaccionar ante estímulos diversos, como el proceso en virtud del cual la realidad se refleja y se produce en el pensamiento humano; dicho proceso que está condicionado por las leyes del devenir social y se considera indisoluble a la actividad práctica. (Locke. 2010)

1.2.Elementos del conocimiento: (Hessen, 1993)

1.7. Rol de la enfermera en la prevención y control de la enfermedad diarreica aguda. (AIEPI, 2010)

- Evaluar y determinar el estado de hidratación y la presencia de otros problemas asociados a la diarrea.
- Rehidratar al niño por vía oral o endovenosa según el estado de deshidratación y vigilarlo muy de cerca.
- Mantener al niño hidratado, reemplazando las pérdidas de volumen a volumen con solución de (SRO) o solución poli electrolítica según el estado de hidratación.
- Educación a la madre en cuanto a la E.D.A (causas, prevención, complicación, tratamiento en casa, etc.).
- Visita Domiciliaria.

1.8. Medidas de prevención de la madre. (AIEPI, 2010)

- Proteger el agua potable de posibles fuentes de infección y en todos los casos hervirla antes del consumo.
- Todas las familias deben disponer de inodoro o letrina limpia, si no contara con letrina ni inodoro defecar lejos de la casa y enterrar lo defecado.
- Lavar bien los juguetes que utilizará el niño, por el riesgo de que estén en contacto con su boca y estén contaminados.
- Eliminar el uso de biberones.
- Fomentar la higiene en la preparación y conservación de alimentos.
- Lavarse las manos después de ir al baño y antes de preparar los alimentos y después de cambiar el pañal al niño.
- Esquema de vacunación completo.
- Brindar una buena alimentación, teniendo en cuenta que los niños se deben nutrir con alimentos que proporcionen energía, fuerza y les ayuden a crecer.
- En los primeros 6 meses, deben ser alimentados solamente con leche materna. Evitar darle leche de tarro, ya que pueden causar enfermedades en el niño.
- A partir de los 6 meses se inicia en el niño la alimentación complementaria.
- Mantener un buen aseo, ya que la higiene en casa, la comunidad y en los niños mismos puede prevenir enfermedades.

1.9. Deshidratación. (AIEPI, 2010)

Se define como la pérdida excesiva de agua de los tejidos corporales, que se acompaña de un trastorno en el equilibrio de los electrolitos esenciales, particularmente sodio, potasio y cloro.

Existen 3 grados de deshidratación: según la OMS

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

1.10. Desnutrición. (AIEPI, 2010)

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

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

1.11. Tratamiento tradicional de la enfermedad diarreica. (AIEPI, 2010)

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

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

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

Como todavía persiste entre las madres la preocupación por “Cortar la Diarrea” que en ocasiones las induce también a suspender la alimentación sólida para “Dejar en reposo el estómago” con el empleo de preparaciones domésticas se busca un efecto astringente que es reforzado cuando dos o más productos son combinados en una misma preparación por ejemplo: agua de arroz, cáscara de guayaba, semilla de palta, cáscara de granada, almidón, clara de huevo, anís y pan quemado.

➤ **Evaluación del Estado de Hidratación y Decisión del Plan de Tratamiento.**

De acuerdo a la evaluación del estado de hidratación se pueden presentar tres situaciones:

- A) Hidratado.
- B) Deshidratado.
- C) Deshidratado grave, los cuales pueden recibir tres planes de tratamiento llamados A, B y C.

Pregunte	A	B	C
Sed	Normal	Más de lo normal	Bebe mal o no puede

			beber
Observe			
Aspecto	Alerta	Intranquilo, Irritable	Letárgica
Ojos	Normales	Hundidos	Muy hundidos
Como bebe?	Bebe bien	Bebe ávidamente, con sed	Bebe mal o no puede beber
Explore			
Signo del pliegue	Desaparece rápidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muy lentamente, > 2"
Decida	No tiene signos de Deshidratación	Si tiene dos o más signos, tiene algún grado de deshidratación	Si tiene dos más signos, tiene deshidratación grave
Tratar	Plan A	Plan B	Plan C

CONOCIMIENTO

1.1. Definición.

Es la capacidad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, conjunto de datos o noticias relativos a una persona o cosa, conjunto de las facultades sensoriales de una persona en la medida en que están activas, facultad humana de aprender, comprender y razonar. (Diccionario Manual de la Lengua Española, 2007).

El Conocimiento puede ser analizado desde diferentes puntos de vista; así desde el punto de vista de la pedagogía es denominado como tipo de experiencia que contiene una representación de un suceso ya vivido, también se le define como la facultad consciente o proceso de comprensión,

❖ **Sujeto:** El sujeto del conocimiento es el individuo conocedor. En él se encuentran los estados del espíritu en el que se envuelven o entran la ignorancia, duda, opinión y certeza. Este se presenta como el punto de que depende por decirlo así, la verdad del conocimiento humano.

Su función consiste en aprehender el objeto, esta aprehensión se presenta como una salida del sujeto fuera de su propia esfera, una invasión en la esfera del objeto y una captura de las propiedades de éste.

❖ **Objeto:** Es aquello a lo que se dirige la conciencia, ya sea de una manera cognoscitiva o volitiva. Es lo que se percibe, imagina, concibe o piensa. Su función es ser aprehensible y aprehendido por el sujeto. Los objetos pueden ser reales o irreales; llamamos real todo lo que nos es dado en la experiencia externa o interna o se infiere algo de ella. Los objetos irreales se presentan, por el contrario, como meramente pensados.

❖ **Medio:** generalmente hay ausencia de medios especiales, los instrumentos de trabajo son a la vez medios, del conocimiento de la realidad. Los medios del conocimiento son:

- **La experiencia interna:** Consiste en darnos cuenta en lo que existe en nuestra interioridad. Esta experiencia constituye una certeza primaria: en nuestro interior ocurre realmente lo que experimentamos.
- **La experiencia externa:** Es todo conocimiento o experiencia que obtenemos por nuestros sentidos.
- **La razón:** Esta se sirve de los sentidos, elabora los datos recibidos por ellos los generaliza y los abstrae, transformando la experiencia sensible y singular en conocimientos que valen en cualquier lugar y tiempo.
- **La autoridad:** Muchísimos conocimientos que poseemos nos llegan a través de la comunicación de personas que saben mucho sobre el tema, estas personas tienen autoridad científica y lo que divulgan o enseñan merece toda nuestra adhesión.

- **Imagen:** Constituye el instrumento mediante el cual la conciencia cognoscente aprehende su objeto. También es la interpretación que le damos al conocimiento consecuente de la realidad.

1.3. Tipos de conocimiento: (Hessen, 1993).

❖ **Cotidiano:** El conocimiento común cotidiano, también conocido como empírico-espontáneo, se obtiene básicamente por la práctica que el hombre realiza diariamente, lo cual ha permitido a la humanidad acumular valiosas y variadas experiencias a lo largo de su historia.

- Tiene lugar en las experiencias cotidianas.
- Es y ha sido respuesta a necesidades vitales.
- Ofrece resultados prácticos y útiles.
- Se transmite de generación en generación.

❖ **Técnico:** La experiencia hizo el conocimiento técnico. Se origina, cuando de muchas nociones experimentadas se obtiene una respuesta universal circunscrita a objetivos semejantes.

❖ **Empírico:** También llamado vulgar, es el conocimiento popular, obtenido por azar, luego de innumerables tentativas. Es a metódico y asistemático. El conocimiento común o popular está basado fundamentalmente en la experiencia, puede ser verdadero, falso o probable, teniendo las siguientes características:

- Es asistemático porque carece de métodos y técnicas.
- Es superficial porque se forma con lo aparente.
- Es sensitivo porque es percibido por los sentidos.
- Es poco preciso porque es ingenuo e intuitivo.

❖ **Científico:** Va más allá de lo empírico, por medio de él, trascendido el fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen.

Sus características:

- Es cierto porque sabe explicar los motivos de su certeza.
- Es general, la ciencia partiendo de lo individual, busca en él lo que tiene en común con los demás de la misma especie.
- Es metódico, sistemático: su objetivo es encontrar y reproducir el encadenamiento de los hechos, lo alcanza por medio del conocimiento de las leyes y principios. Por eso la ciencia constituye un sistema.

1.4. Vías de acceso del conocimiento: (Cúmar C, 2008).

El conocimiento sobre el mundo puede provenir de diferentes fuentes:

Intuición: Se considera tal el conocimiento que se tiene como directo e inmediato del objeto conocido. No suele basarse en la confirmación empírica, ni sigue un camino racional para su construcción y formulación. Por ello no puede explicarse o, incluso, verbalizarse.

Experiencia: Lo conocido es un contenido de experiencia. Su referencia y fundamento, en último término, es el testimonio directo o indirecto (a través de aparatos) de la percepción de los sentidos.

Tradicición: Es la cultura que una generación hereda de las anteriores y lega a las siguientes. Aquí entra en juego el conocimiento cultural y el aprendizaje de normas sociales que no suelen cuestionarse.

Autoridad: Se establece la verdad de un conocimiento tomando como referencia la fuente del mismo. La influencia de la autoridad se relaciona con el estatus que posee: Científico, moral, político, artístico etc.

Ciencia: Es el conjunto de conocimientos racionales, ciertos o probables, los cuales son obtenidos de una forma metódica, verificados y contrastados con la realidad, que se refiere a objetos o conceptos de una misma naturaleza que son valorados y aceptados por la comunidad científica. Aunque no siempre los conocimientos científicos son aceptados por la comunidad social.

1.5. Formas de adquirir el conocimiento:

Las actividades irán cambiando a medida que aumente los conocimientos, estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo ya actitudes frente a situaciones de la vida diaria, esto unido a la importancia que se dé a lo aprendido, se lleva a cabo básicamente a través de 2 formas:

Lo informal: Mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud-enfermedad y se completa el conocimiento con otros medios de información.

Lo formal: Es aquello que se imparte en las escuelas e instituciones donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.

1.6. Niveles de conocimiento: (Viceministerio de Gestión Pedagógica, 2005).

- ❖ **Alto:** Logro previsto, cuando las personas evidencia el logro de los aprendizajes previstos en el tiempo programado.
- ❖ **Regular:** En proceso, cuando las personas está en camino de lograr los aprendizajes previstos, para lo cual requiere instrucción durante un tiempo razonable para lograrlo.
- ❖ **Bajo:** En inicio, cuando las madres están empezando a desarrollar los aprendizajes previstos o evidencia dificultades para el desarrollo de éstos, necesitando mayor tiempo de acompañamiento e intervención para el desarrollo del mismo.

1.7. Dimensión y categorización del conocimiento:

1. Nivel de conocimiento general sobre las EDA de las madres.

Variable	Categorías	Rango
-----------------	-------------------	--------------

Nivel de conocimiento de las madres sobre las EDAS	Alto	30 a 44 puntos.
	Regular.	15 a 29 puntos.
	Deficiente	0 a 14 puntos.

2. Nivel de conocimiento sobre las EDA según dimensión.

dimensión	Categorías	Rango
Definición	Alto	12 a 16 puntos
	Regular	6 a 11 puntos
	Deficiente	0 a 5 puntos

3. Nivel de conocimiento sobre las EDA según dimensión.

Dimensión	Categorías	Rango
Medidas de prevención	Alto	10 a 14 puntos
	Regular	5 a 9 puntos
	Deficiente	0 a 4 untos

1. Nivel de conocimiento sobre las EDA según dimensión.

Dimensión	Categorías	Rango
-----------	------------	-------

Tratamiento	Alto	10 a 15 puntos
	Regular	5 a 9 puntos
	Deficiente	0 a 4 puntos

2.4.3. Definición de términos.

Conocimiento. Es la capacidad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, conjunto de datos o noticias relativos a una persona o cosa, conjunto de las facultades sensoriales de una persona en la medida en que están activas, facultad humana de aprender, comprender y razonar.

Enfermedad diarreica aguda.- son aquellas enfermedades que se caracterizan por presentar deposiciones líquidas por más de 3 veces al día aumentando el volumen y la fluidez de las deposiciones en comparación a lo habitual para un niño o niña en particular.

Madres. En términos biológicos, la madre es el ser vivo, hembra, que ha tenido descendencia, que ha parido a otro ser vivo luego de un tiempo apropiado de gestación que varía de acuerdo al tipo de ser vivo al que hagamos referencia por lo que son las personas responsables del niño que tiene lazos consanguíneos en línea directa.

Medidas de prevención: Son las acciones que se aplican con la finalidad de prevenir, la cual implica el tomar las medidas precautorias necesarias y más adecuadas con la misión de contrarrestar un perjuicio o algún daño que pueda producirse.

Diarrea: Deposición, en número de tres o más veces al día con una frecuencia mayor que la habitual para la persona que son heces sueltas o líquidas.

2.5. Teoría y/o Modelo relacionados con el estudio.

2.7.1 Florence Nightingale:(Guillén, M. 1999).

Fue la primera teórica que describió la Enfermería y su Entorno; Esto dio paso a las posteriores teóricas, que tomaron sus descripciones para formular teorías de las que hoy podemos estudiar. Esta teoría abordó muchos aspectos que en el contexto histórico y en la época en que se desarrolló, no es tan lejano al conocimiento actual y ha servido de pauta en las actividades que se describen para el modo de actuación de la enfermera.

2.7.2. Madeleine Leininger:

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

Leininger defiende que, así como la enfermería es significativa para los pacientes y para las enfermeras de todo el mundo, el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de las enfermeras y así obtener resultados buenos y eficaces. Por tanto, la teoría está enfocada para que las enfermeras descubran y adquieran el conocimiento acerca del mundo del paciente y para que estas hagan uso de sus puntos de vistas internos, sus conocimientos y práctica, todo con la ética adecuada (Alonso, M. 2010).

2.7.3. Conocimientos:

Los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

2.7.4. Teoría del conocimiento: (Kant, 1724-1804)

La teoría del conocimiento según Kant constituye a la razón como el instrumento del que nos servimos para conocer, pero también la que guía nuestra acción. La racionalidad no se limita por tanto sólo al ámbito del conocimiento sino también al ámbito de la acción. A la razón que dirige la acción la denominó razón práctica y a la que dirige el conocimiento razón teórica.

La filosofía que aprendió Kant estaba basada en el racionalismo, sin embargo la lectura de las obras de Hume y Locke le llevaron a cuestionarse el optimismo racionalista. De un lado los racionalistas sostenían que la razón puede alcanzar un conocimiento universal e ilimitado, sin embargo lo empiristas consideran que la razón solo puede operar con los datos obtenidos de la experiencia lo cual conduce a una concepción del conocimiento cambiante, concreto y probable. Ninguna de ambas opciones satisface las preguntas de la modernidad a cerca de las posibilidades del conocimiento, preguntas que por su parte Kant hace suyas y para las que encontró una solución sintetizando empirismo y racionalismo. Aunque todo nuestro conocimiento comienza con la experiencia, no por ello procede todo de la experiencia.

Por tanto sin experiencia no hay conocimiento, esto es seguro pero no todo es experiencia; el sujeto que conoce también aporta algo imprescindible para que sea posible el conocimiento. El ser humano no se limita a recibir información, sino que él mismo construye su imagen del mundo.

A. ESTRUCTURA DEL CONOCIMIENTO

Para que haya conocimiento es necesario que se sinteticen los siguientes dos elementos:

El elemento a priori:

- Deriva de la facultad de conocer.
- Es independiente de la experiencia pero se activa con ella.
- Constituye la forma del conocimiento.

- Son estructuras en las que acomodamos nuestros conocimientos.
- Es necesario y universal.
- Son diferentes para cada facultad de conocimiento.

El elemento a posteriori:

- Es la materia del conocimiento.
- Proviene de la sensación.

2.7.5. Teoría del conocimiento. (Popper, P. 2001)

En la concepción de Karl Popper, la teoría del método científico supone y desarrolla el conocimiento humano; posee problemas semejantes a éste, pero los estudia y analiza con mayor detalle y precisión. Por esto, si bien el conocimiento científico implica el conocimiento humano, al estudiar a aquél podemos conocer mejor a éste.

Para Popper, en efecto, "la vida es resolución de problemas y descubrimiento" de lo nuevo, mediante el ensayo de posibilidades. La vida de los organismos se ve acosada constantemente por problemas.

En un sentido general, no hay conocimiento sin problemas ni problemas sin conocimiento o expectativa. De este modo, el desarrollo del conocimiento consiste en corregir el conocimiento anterior que, en última instancia, se reduce a tendencias, a un conocimiento innato.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS.

4.1. Tipo de enfoque y diseño de la investigación.

El presente estudio de investigación fue de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo: según la intervención del investigador será observacional; según la planificación de la toma de datos fue prospectivo; según el número de ocasiones en que se medirá la variable de estudio fue transversal; según el número de variables de interés será descriptivo simple. (Supo, J. 2012).

De *enfoque cuantitativo* porque permitió cuantificar los datos mediante el uso de la estadística. De *nivel descriptivo* porque describió los hechos tan igual como sucede en la naturaleza. **Tipo de investigación: Observacional** porque no se manipularan las variables ya que los datos reflejaran la evolución natural de los eventos; **Prospectivo** porque los datos se recolectaron de fuentes primarias o sea directamente de la muestra objeto de estudio. **Transversal** por que las variables se midieron en una sola ocasión.

Cuyo diagrama de estudio es el siguiente:



Dónde:

M = Muestra de estudio.

O = Nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades
diarreicas agudas

4.2. Universo, población y muestra

Universo: El universo estuvo constituido por 362 madres con niños menores de 5 años de edad del Asentamiento Humano Pedro Castro Alva.

MADRES	TOTAL
Madres con niños < 6 meses.	92
Madres con niños >6 meses hasta el 1 año.	68

Madres con niños >1año hasta los 2años.	53
Madres con niños>2años hasta los 3 años.	48
Madres con niños>3años hasta los 4años.	49
Madres con niños> de 4 años hasta los 4 años, 11m y 29 días.	52
TOTAL	362

Fuente: Padrón nominal de niños menores de 5 años del puesto de salud Pedro Castro Alva 2015.

Los criterios de inclusión fueron:

- Todas las madres que tuvieron niños menores de 5 años.
- Todas las madres que estuvieron de acuerdo en formar parte de la investigación.

Los criterios de exclusión fueron:

- Madres analfabetas.
- Madres trabajadores en salud.
- Madres que no desearon participar en la investigación.

Población: De acuerdo a los criterios establecidos la población estuvo constituida por 280 madres que tienen niños menores de 5 años del Asentamiento Humano Pedro Castro Alva.

Criterios de inclusión y exclusión	Madres con niños < de 5 años	Madres profesionales de salud	Madres analfabetas	Madres que no deseen participar en la investigación.	Total.
Madres de niños < 6 meses	92	6	8	9	69
Madres de niños > 6 meses hasta 1 año	68	5	7	5	51

Madres de niños > 1 hasta 2 años	53	2	5	3	43
Madres de niños > 2 hasta 3 años	48	2	3	2	41
Madres de niños > 3 hasta 4 años	49	4	3	3	39
Madres de niños > 4 hasta 4 11 meses 29 días	52	4	6	5	37
Total	360	23	30	27	280

Muestra:

La muestra se obtiene mediante la siguiente fórmula para investigaciones de estudios sociales.

Donde:

$$n = \frac{k^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{e^2 (N-1) + K^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

N: es el tamaño de la población.

K: es una constante que depende del nivel de confianza.

e: es el error muestral deseado.

p: proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio.

q: proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es 1-p.

n: tamaño de la muestra.

Aplicando la fórmula se tiene:

N: 432 K²: 1,96 Q: 0,5 P: 0,5 e²: 0,05

$$n = \frac{1,96^2 \times 280 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2 (280-1) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5} \quad n = 162$$

4.3. Tipo de muestreo.

Para las unidades muestrales se utilizó el muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple o método de la rifa, lo cual se obtuvo colocando toda la población de estudio en una bolsa con las balotas del número de la casa de las madre y se sacó al azar una por una hasta que se completó el total de las unidades muestrales.

MADRES CON NIÑOS	Población	Razón (M/P)	Muestra	Unidades muestrales.
<6m	69	0.5785	40	2,3,4,5,6,7,8,9,10,11, 12,13,14,15,16,17,19,20, 21,22,23,24,25,26,27,28, 29,30,31,32,33,34,35,36, 37,38,39,40,56,58.
>6m hasta 1año	51	0.5785	29	5,6,7,8,9,10,11,12, 13,14,15,16,17,18, 19,20,21,22,23,24, 25,26,27,28,29,30,31, 32,33.
>1 ^a hasta 2 años	43	0.5785	25	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13, 14,15,16,17, 18,19,20,21,22,23, 24,25,28,30.
>2 ^a hasta 3 años	41	0.5785	24	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 ,13,14,16,17,18,20,21,22, 23,25,27,28
>3 ^a hasta 4 años	39	0.5785	23	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 ,13,14,16,17,18,20,21,22, 23,25,27.
>4 ^a hasta				1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12

4ª, 11m y 29 días	37	0.5785	21	,13,14,16,17,18,20,21,22, 23.
TOTAL	280	0.5785	162	162

3.4. Método, técnicas e instrumento de recolección de información.

3.4.1. Método y técnica:

Se hizo uso del método de la encuesta y la técnica del cuestionario. (Canales, F. 1994).

3.4.2. Instrumento.

Se utilizó un instrumento ya validado denominado nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas. Cuyos valores de validez y confiabilidad fueron: la validez $VC = 5.4125 > VT = 1.6449$ y la confiabilidad $= 0.812201$; el instrumento consta de 22 items con respuestas en la escala de Likert, y de tres dimensiones: definición, medidas de prevención y tratamiento. Este cuestionario contiene una serie de preguntas acerca del tema, con diferentes alternativas de respuesta como: DA = De acuerdo, I = Indeciso, ED = En desacuerdo; del mismo que se evaluará en 03 (tres) categorías: Alto= 30-44, Regular= 15-29, Deficiente=0-14.

3.4.3. Procedimiento de recolección de datos.

En cuanto al procedimiento de recolección de datos se tuvieron en cuenta las siguientes etapas:

1. Se utilizó un instrumento ya validado para recolectar los datos.
2. Se solicitó la autorización del presidente de la comunidad para la aplicación del instrumento.
3. Las madres fueron previamente informados para realizar dicha encuesta.
4. Se alcanzó el instrumento a todas las madres, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

5. Como última etapa del proceso de recolección de datos se elaboró la tabulación de las mediciones obtenidas con su respectivo análisis estadístico.

3.4.4. Análisis de datos.

La información final fue procesada en el software SPSS versión 21, Microsoft Word y Excel versión 2010. Para el análisis del resultado y responder al objetivo general se utilizó la estadística descriptiva simple de frecuencias, así mismo se hizo uso de las principales medidas de tendencia central.

3.4.5. Presentación de resultados.

Los resultados fueron presentados en tablas simples y mostradas en gráficos de barras.

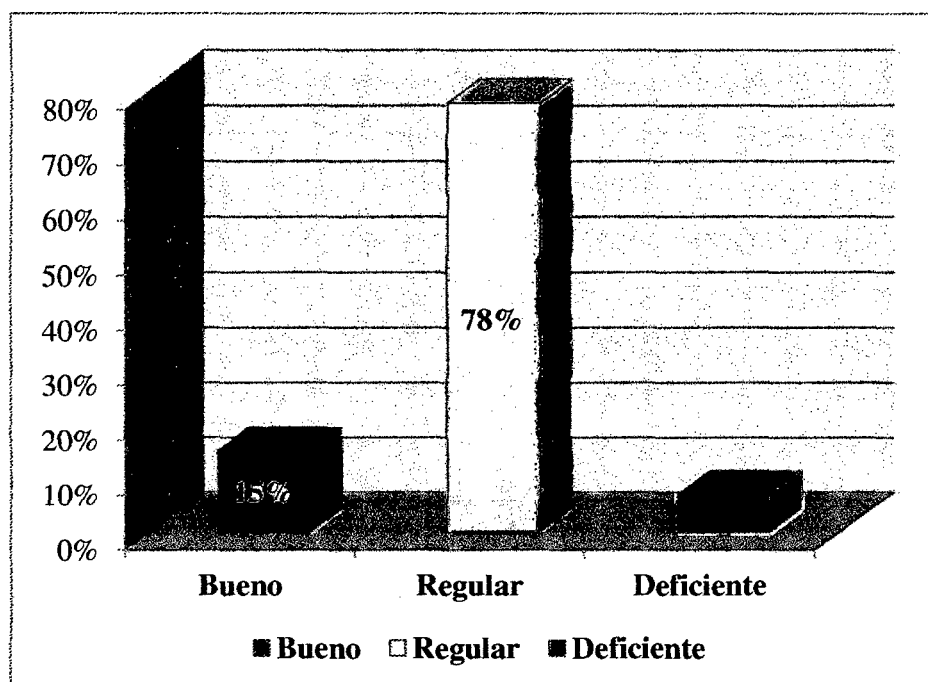
V. RESULTADOS

Tabla 01: Nivel de conocimientos en general sobre las enfermedades diarreicas agudas en las madres con niños menores de 5 años del HH. AA Pedro Castro Alva, Chachapoyas. 2015.

Nivel de conocimientos en general	fi	%
Bueno	24	15
Regular	127	78
Deficiente	11	7
Total	162	100

Fuente: Formulario cuestionario prueba de conocimientos 2015.

Gráfico 01: Nivel de conocimientos en general sobre las enfermedades diarreicas agudas en las madres con niños menores de 5 años del HH. AA Pedro Castro Alva, Chachapoyas. 2015.



Fuente: Tabla 01

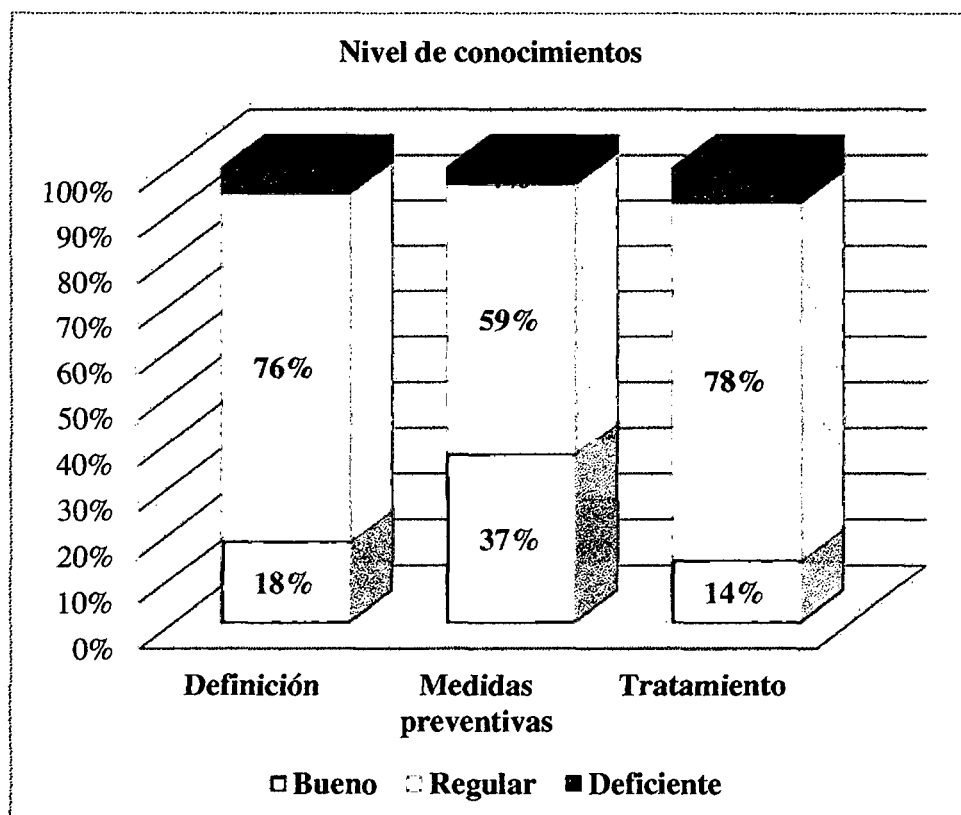
En el gráfico 01 se observa que del 100 % (162) de madres del AA. HH Pedro Castro Alva, el 78 % (127) presentó un nivel de conocimiento regular, así mismo el 15 % (24) presentó un nivel de conocimiento bueno y sólo el 7 % (11) presentó un nivel de conocimiento bajo.

Tabla 02: Nivel de conocimientos según dimensiones de: definición, medidas preventivas y tratamiento sobre las enfermedades diarreicas agudas en las madres con niños menores de 5 años del HH. AA Pedro Castro Alva, Chachapoyas. 2015.

		Bueno	Regular	Deficiente	TOTAL
Definición	fi	29	123	10	162
	%	18	76	6	100
Medidas preventivas	Fi	60	96	10	162
	%	37	59	4	100
Tratamiento	Fi	23	126	13	162
	%	14	78	8	100

Fuente: formulario cuestionario prueba de conocimientos 2015.

Gráfico 02: Nivel de conocimientos según dimensiones de: definición, medidas preventivas y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas en las madres con niños menores de 5 años del HH. AA Pedro Castro Alva, Chachapoyas. 2015.



Fuente: Tabla 02

En el gráfico 01 se observa que del 100 % (162) de madres del AA. HH Pedro Castro Alva respecto a las dimensiones de definición: el 76 % (123) presentó un nivel de conocimiento regular, así mismo el 18 % (29) presentó un nivel de conocimiento bueno y sólo el 6 % (10) presentó un nivel de conocimiento deficiente; según la dimensión: medidas preventivas: el 59 % (96) presentó un nivel de conocimiento regular, así mismo el 37 % (60) presentó un nivel de conocimiento bueno y sólo el 4 % (6) presentó un nivel de conocimiento deficiente; según la dimensión: tratamiento el 78 % (126) presentó un nivel de conocimiento regular, así mismo el 14 % (23) presentó un nivel de conocimiento bueno y sólo el 8 % (13) presentó un nivel de conocimiento deficiente.

VI. DISUSIÓN

En la tabla y grafico 01, se observa que el 100% de madres con niños menores de 5 años del AA. HH Pedro Castro Alva, el 76% de madres tienen un nivel de conocimiento regular, el 18% de madres tienen un nivel de conocimiento bueno y el 6% de madres con nivel de conocimiento deficiente. Se evidencia una problemática latente esto se debe al bajo nivel educativo de las madres como se evidencia en el anexo 12 siendo la edad un factor relacional, ya que a mayor edad de la madres mayor nivel de conocimiento de las madres encuestadas que se evidencia en el anexo 07.

MINSA, 2010. De acuerdo al nivel de educación de la madre se observa que a mayor nivel educativo menor es la proporción de episodios de diarrea en sus niños (14,0% de niños de madres con educación superior y el 20,6% en madres con educación primaria o sin nivel educativo).

La educación de las madres es clave ya que son las madres quienes se encargan de educar a los miembros de su familia y de esta manera inculcar hábitos como el lavado de manos antes de comer y después de ir al baño, la vacunación oportuna del niño, el lavado de los alimentos y el consumo de agua hervida son medidas imprescindibles para disminuir la diarrea.

OPS, 2010. La enfermedad diarreica aguda afecta principalmente a la población infantil en nuestro país, su presencia aún es notoria entre las principales causas de morbilidad, especialmente en los ámbitos geográficos de población en situación de pobreza y donde los niveles de información son bajos por lo que se estima que los niños tienen entre 10 y 12 episodios de diarrea por año.

Las madres deben de estar informadas sobre el tema de las diarreas agudas además los niños enfermos aumentan los gastos familiares que contribuyen a empobrecer más a las familias de escasos recursos del AA.HH Pedro Castro Alva.

Se discrepa con López. 2008, en su investigación realizada en Colombia demostró que las madres presentaban un nivel de conocimiento bueno representado por un 63.1%; por el mismo hecho de que esta investigación fue realizada en el área urbana donde de una u otra manera las madres tienen más accesibilidad a la información por diferentes medios de comunicación.

Contrastando con la investigación de López existen diferencias ya que la investigación fue realizada en un área urbana donde las madres tienen un mayor acceso a la información y su nivel de educación es mayor al de las madres que viven en un AA. HH que desconocen del tema y carecen de algunos servicios básicos.

Existe concordancia con los hallazgos de Moran, 1996. En su investigación encontró que el 42.50% tenían un conocimiento medio. Por lo tanto es importante mencionar que la calificación en conocimiento sobre las enfermedades diarreicas agudas en niños son deficientes, lo que podría contribuir en el incremento de los casos de morbilidad y mortalidad en los menores de cinco años por enfermedad diarreica aguda.

Las madres del AA. HH Pedro Castro Alva no tienen un nivel de conocimiento de adecuado para prevenir las enfermedades diarreicas agudas para contrarrestar esto el personal de salud de puesto de salud de Pedro Castro Alva debe generar conocimientos en las madres y población en general de esta forma fomentar la prevención.

Los resultados encontrados se atribuirían a que los trabajadores del puesto de salud Pedro Castro Alva debe de lograr empoderar a las madres en talleres demostrativos sobre higiene personal, manejo de alimentos y reconocer los signos de alarma debe de lograr empoderar a las madres en talleres demostrativos sobre higiene personal, manejo de alimentos y reconocer los signos de alarma y manejo inicial de los signos de deshidratación para así garantizar un crecimiento y desarrollo sano del niño evitando la desnutrición.

En la tabla y grafico 02: se observa que del 100 % (162) de madres del AA. HH Pedro Castro Alva, En cuanto a la dimensión definición, medidas preventivas y tratamiento el 76%, 59 % y 78 % presentó un nivel de conocimiento regular, así mismo el 18, 37 % y 14 % presentó un nivel de conocimiento bueno y sólo el 6% 4 % y 8 % presentó un nivel de conocimiento deficiente cabe resaltar que el nivel de conocimientos más deficiente lo tiene medidas preventivas esto se debe a que el personal de salud no están poniendo énfasis a la visitas domiciliaria, donde sería una oportunidad para educar a las familias sobre enfermedades diarreicas agudas.

OPS, 2010. Indica que casi todas las muertes producidas por enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años y ocurren en países en desarrollo donde la mayor letalidad se asocia con factores socioeconómicos, desnutrición y manejo inadecuado de los episodios diarreicos.

El personal de salud son los responsables de educar a la población y en especial a las madres de familia ya que al trabajar con la población en beneficio de los mismos y grupos más vulnerables siendo los casos de diarrea una piedra que apaña la calidad de vida de los niños.

Alarco. 2011. En su estudio realizado en Nicaragua, con madres de niños menores de 5 años y se evaluó el nivel de conocimiento sobre la diarrea y su prevención llegando a los siguientes resultados que el conocimiento materno es mayormente regular.

Se coincide con Alarco en los resultados de ambas investigaciones se evidencia que el nivel de conocimientos de las madres es regular esto está relacionado porque ambos países se encuentran en vías de desarrollo esto influye en que las madres no tengan acceso a la información.

Espinoza. 2015. En su investigación realizada en Perú encontró que el conocimiento de las madres sobre diarrea, es malo, persiste el desconocimiento de no se reconoce signos de deshidratación adecuadamente y persiste la idea que debe usarse antibióticos como parte de un tratamiento adecuado.

Se encuentran discrepancias con la investigaciones Espinoza esto se puede deber que el Perú es un país pluricultural, con múltiples problemas a nivel social, económico, etc. siendo los más afectados los pueblos con poca accesibilidad a diversos servicios esto complica la calidad de vida de todas las familias teniendo más repercusiones en el grupo etéreo más vulnerable que son los menores de 5 años.

La teoría holística y amplia, de Madeleine Leininger, que su objetivo no es otro que el de proporcionar cuidados, de forma responsable, coherente con la cultura y que encajen con las necesidades, valores, creencias y realidades culturales del modo de vida, de las distintas culturas. El personal de salud debe de respetar las creencias costumbres de la población poniendo en práctica la teoría de Madeleine Leininger, utilizando la comunicación para ganarnos la confianza y así trabajar en equipo con las madres y adoptar modelos para mejorar el bajo nivel educativo de las madres.

Amazonas es considerado un departamento de extrema pobreza y esto se refleja en un porcentaje elevado de niños con desnutrición y enfermedades mórbidas como las EDAS para mejorar esto se debe de mejorar el nivel de conocimientos de las madres ya que son las responsables de impartir la información adecuada para mantener un estilo de vida saludable en la familia.

Los resultados encontrados indican que las madres presentan en su mayoría un nivel de conocimiento regular sumado a esto las creencias y costumbres de la población las madres aprenden a través de las visitas domiciliarias, esta oportunidad usualmente se pierde debido a que los trabajadores de salud no se comunican bien con las madres. Existen razones por las que los trabajadores de salud se comunican inadecuadamente con las madres, por ejemplo, los trabajadores de salud tienen una perspectiva "científica" y habitualmente se expresan en términos técnicos, ellos representan figuras autoritarias, están muy ocupados y tienen poco tiempo y habitualmente educan a las madres diciéndoles que hacer. Las madres no comprenden términos técnicos pueden ser asustadas fácilmente por las figuras autoritarias, y aprenden mejor mediante la demostración

y la practica en una atmosfera de paciencia, aliento, comprensión y confianza, pero para llegar a esto se deberá respetar la idiosincrasia de todas las madres.

VII. CONCLUSIONES

Finalmente se concluye lo siguiente:

1. Las madres del AA. HH Pedro Castro Alva en su mayoría presentan un nivel de conocimiento regular sobre las enfermedades diarreicas agudas.
2. La mayoría de madres con niños menores de 5 años del AA. HH Pedro Castro Alva presentan un nivel de conocimiento regular sobre las enfermedades diarreicas agudas (EDA) según las dimensiones de definición, medidas de prevención y tratamiento.
3. A mayor edad de las madres el conocimiento sobre las enfermedades diarreicas agudas es buena, y a menor edad el conocimiento es de regular a deficiente.
4. A mayor grado de instrucción de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas es buena y menor grado de instrucción el conocimiento es de regular a deficiente.

VIII. RECOMENDACIONES

ENCARGADO DEL PUESTO DE SALUD PEDRO CASTRO ALVA.

- Realizar capacitaciones al personal de salud sobre el manejo de AIEPI enfatizando en la promoción y prevención de las enfermedades diarreicas agudas.
- Al profesional de enfermería que deben seguir realizando trabajos de investigación cuantitativa y cualitativa sobre la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años, debido que es un problema de Salud Pública.
- Buscar estrategias de educación para que las madres de los niños menores de cinco años mejoren su nivel de conocimientos acerca de la enfermedad diarreica aguda, y de esta manera brinden un manejo integral a los niños del AA.HH Pedro Castro Alva.

A LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

- Deben considerar en los sílabos de las asignaturas de especialidad más contenidos temáticos sobre promoción y prevención de este tema, tanto en teoría como en práctica.
- Mostrar los resultados de la investigación con el fin de implementar nuevas estrategias de enseñanza –aprendizaje para mejorar la calidad educativa superior.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9.1. DE LIBROS

1. Alva, P. C. (2015). *Registros de Atenciones diarias*.
2. Arca, V. (2005). *Enfermedades Diarreicas Agudas*.
3. Canales, F. (1994). *Metodología de la Investigación* (2da ed., Vol. 1). Estados Unidos: OPS.
4. Hessen, J. (1993). *Teoría del conocimiento* (4ta Ed. ed.). Colombia: Panamericana.
5. Marriner, T. (2007). *Modelos y Teorías de Enfermería* (6ta ed.). Madrid, España: Sevier.
6. MINSA. (2005). *Manual de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalente de la Infancia*.
7. OPS. (1987). *Manual de Tratamiento de la Diarrea*. PALTEX.
8. Tamayo, L. (1997). *Enfermedad Diarreica y Terapia de Rehidratación Oral*.
9. Tresierra, A. (2000). *Metodología de la Investigación Científica* (2da ed.). Trujillo, Perú: Biociencia.
10. Werner, S. (1996). *Guía para el campesino que viven lejos de los centros de salud* (1era ed.). Mexico: PAX.

9.2. DE TESIS:

1. Arca, V. (2011). Factores que condicionan la incidencia de las enfermedades diarreicas. *tesis de licenciatura inédita*. Arequipa, Perú
2. Castillo, M. A. (2013). Tesis sobre conocimientos y actitudes sobre las enfermedades diarreicas agudas. Ancash, Perú.
3. Espinoza, S. (2015). nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas. *tesis de licenciatura inédita*. España.

9.3. DE PAGINAS DE INTERNET:

1. Bazabe, M. (12 de Diciembre de 2009). *Perfil de la diarrea aguda en niños hospitalizados del servicio de pediatría*. Obtenido de www.bvs.hn.
2. C, C. (04 de Marzo de 2014). *tipos de conocimientos disponibles*. Obtenido de <http://www.tipos de conocimientos/Cueva. Monografías.shtml>.
3. Cisneros, G. (02 de Octubre de 2002). *Introducción a los Modelos y Teorías de Enfermería*. Obtenido de Programa de Enfermería área de fundamentos: <http://artemisa.unicauca.edu.pe>
4. DIRESA. (12 de Junio de 2010). *Campaña preventiva de las enfermedades diarreicas agudas*. Obtenido de <http://www.prevencion y control.com>
5. INEI. (12 de Marzo de 2010). *Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos*. Obtenido de Investigaciones: <http://desa.inei.gob.pe>

6. Krech, C. (08 de Junio de 2006). *Investigación del Comportamiento*. Obtenido de <http://Cybertesis.edu.pe>
7. MINSA. (18 de Abril de 2005). *Programa de Control de Enfermedades Diarreicas y el Cólera*. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe>
8. OMS. (04 de Abril de 2010). *Enfermedades Diarreicas Agudas Infantil*. Obtenido de Desafío Mundial: <http://www.online.net>
9. OPS. (11 de Octubre de 2010). *Comportamiento de las Enfermedades diarreicas agudas en niños*. Obtenido de Problema de salud Pública: <http://www.ilustrados.com/documentos>.
10. Reyes, G. E. (02 de Febrero de 2007). *Morbi mortalidad infantil en aumento*. Obtenido de <http://www.vs.sle.cu.hie>.
11. Rojas, D. (10 de Mayo de 1983). *Enfermedades diarreicas y características de la alimentacion de los niños de 12 a 35 meses de edad*. Obtenido de <http://www.medicina.exper.edu.pe>
12. Supo, J. (03 de Marzo de 2014). *Seminarios de Investigación Científica*. Obtenido de <http://www.seminariosdeinvestigación.com>

ANEXO

ANEXO 01

OPERALIZACION DE VARIABLES.

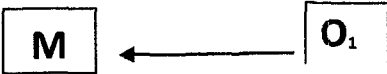
Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Ítems	Categorías		Escala
					Dimensión	Variable	
Nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas.	Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje que maneja la madre producto de su formación educativa ya sea empírica o científica. Sera medido a través de un instrumento sobre nivel de conocimiento sobre la diarrea.	-Definición.	-Heces liquidas varias veces al día. -Agua sin tratar, -Alimentos guardados. -Jugar en el suelo. -Alimentos poco cosidos. -Parásitos intestinales. -Habitar con animales. -El empacho, mal de ojo.	8	Bueno = 12 a 16. Regular = 6 a 11. Deficiente = 0 a 5.	30 a 44 puntos. 15 a 29 puntos. 0 a 14 puntos	Variable = Escala Ordinal Escala para los Ítems: Se utilizará la escala de Likert DA = de acuerdo. I = Indeciso. ED = en desacuerdo.

		-Medidas prevención.	-Lavado de biberón. -Lavado de pezón. -Tapado de alimentos. -Lavado de maños y alimentos. -Vacunar al niño. -Eliminando las heces. -Leche materna.	7	Bueno = 10 a 14. Regular = 5 a 9. Deficiente = 0 a 4.		
		-Tratamiento	-Suero casero. -Sales de rehidratación oral. -Preparados caseros. -Purgantes naturales. -Bebidas gaseosas, enlatados.	7	Bueno = 10 a 14. Regular = 5 a 9. Deficiente = 0 a 4.		

ANEXO 02

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “Nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas con niños menores de 5 años del Asentamiento Humano Pedro Castro Alva Chachapoyas - 2015”.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	MARCO METODOLÓGICO	CATEGORIA	ESCALA
<p>¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas con niños menores de 5 años del asentamiento humano Pedro Castro Alva Chachapoyas 2015?</p>	<p>General</p> <p>Determinar el nivel de conocimientos de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas con niños menores de 5 años de edad del Asentamiento Humano Pedro Castro Alva</p>	<p>Variable :</p> <p>Nivel de conocimientos de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas con niños menores de 5 años de edad.</p>	<p>Tipo de enfoque y diseño de la investigación: El presente estudio de investigación es de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo: observacional; prospectivo y transversal; (Supo, J. 2012).</p> <p>Cuyo esquema es el siguiente:</p> <p>1. </p> <p>2. Universo, población y muestra</p> <p>Universo: El universo lo constituyen 360 madres con niños menores de 5 años de edad a del asentamiento Pedro Castro Alva.</p> <p>Población: Según los criterios establecidos la población está constituida por 280 madres que tienen niños menores</p>	<p>Nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas: la escala a utilizar es la ordinal.</p> <p>30 a 44 puntos.</p> <p>15 a 29 puntos.</p> <p>0 a 14 puntos.</p>	<p>Escala para medir la variable:</p> <p>Ordinal.</p> <p>Escala para los Ítems:</p> <p>Se utilizará la escala de Likert</p> <p>DA = de acuerdo</p> <p>I = Indeciso</p> <p>ED= en desacuerdo</p>

	<p>Chachapoyas - 2015.</p> <p>Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar la población objeto de estudio. - Identificar el nivel de conocimiento de las madres en función a las dimensiones de: definición, medidas prevención y tratamientos en niños menores de 5 años de edad con (EDA). 		<p>de 5 años del Asentamiento Humano Pedro Castro Alva.</p> <p>Muestra: Lo constituyen 162 madres según la formula.</p> <p>3. Métodos, técnicas, e instrumentos de recolección de datos.</p> <p>Se utilizará el método de la encuesta y la técnica del cuestionario.</p> <p>Validez y confiabilidad de los instrumentos: Se hará uso de un instrumento ya validado denominado nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas. Cuyos valores de validez y confiabilidad fueron: la validez VC=5.4125 VT= 1.6449 y la confiabilidad=0.812201.</p> <p>Análisis e interpretación de los datos.</p> <p>Los datos serán codificados y procesado en el software SPSS versión 21, Microsoft Word y Excel s, se utilizará la estadística descriptiva de frecuencias, para la variable de estudio.</p> <p>Presentación de resultados.</p> <p>Los resultados fueron presentados en tablas simples y mostradas en gráficos de barras.</p>		
--	--	--	--	--	--

ANEXO 03

UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE
AMAZONAS



CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



INSTRUMENTO DE EVALUACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS
MADRES SOBRE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS.

I. INTRODUCCIÓN.

Estimada señora la siguiente formulario se realiza con fines de investigación cuya finalidad es determinar el nivel de conocimiento de las madres con niños menores de 5 años sobre enfermedad diarreica aguda del Asentamiento Humano Pedro Castro Alva de Chachapoyas- 2015 lo cual les pido sinceridad ya que sus respuestas serán totalmente anónimas; el tiempo para el desarrollo de la encuesta será el que Ud. crea conveniente para lo cual debe responder honestamente los siguientes ítems.

II. INSTRUCCIONES:

Este cuestionario contiene una serie de preguntas acerca del tema, con diferentes alternativas de respuesta como:

DA = De acuerdo

I = Indeciso

ED = En desacuerdo

Lee cada una de las frases y marque con un aspa la alternativa que cree conveniente.

III. DATOS GENERALES

- Edad: Sexo: F = ()

- Procedencia:.....

- Religión: Católico () Evangélico () Ateo () Otros: ().

- N° hijos: 1 () 2 () 3 o mas ().

- Estado civil:

Casada () Soltera () Conviviente () Viuda () Divorciada ().

Grado de instrucción:

Nº	ITMS	DA	I	DS
	Dimensión definición.			
1.	Las diarreas son heces líquidas que te llevan hacer varias deposiciones al día.			
2.	Al consumir agua sin clorar o hervir cree usted que le da diarrea			
3.	Consumir alimentos pre guardado o calentados cree usted que da diarrea.			
4.	Las madres que dejan a sus niños que jueguen en el suelo sería un factor para contraer diarreas.			
5.	Consumir alimentos poco cocidos cree usted que da diarrea			
6.	Los parásitos cree usted que causa diarrea.			
7.	El habitar con animales domésticos como perros, gatos, cuyes y gallinas son causantes de diarrea.			
8.	El mal de ojo, empachó, y salida de los dientes son creencias que no produce diarrea.			
	Dimensión medidas preventivas.			
9.	El lavado de los biberones cree usted que previene la diarrea.			
10.	Mantener bien tapado los alimentos y evitar que los insectos hagan contacto con los alimentos cree usted que previene la diarrea.			
11.	El lavado de los pezones antes de dar de lactar al niño cree usted que ayuda a prevenir la diarrea.			
12.	Cree usted que al vacunar a su niño está previniendo las diarreas.			
13.	Eliminando adecuadamente las heces de los niños cree usted que está previniendo la diarrea.			
14.	Si su niño esta con mucha sed, pálido, orina poco, lloroso y duerme continuamente son para usted un signos de peligro para llevarle a un centro de salud.			

15.	Para usted el lavado de manos y de los alimentos es importante en la prevención de diarreas.			
	Dimensión tratamiento.			
16.	Cree usted que la leche materna es el mejor alimento cuando un niño esta con diarrea.			
17.	Para usted los preparados caseros que se daría a un niño con diarrea sería el agua de arroz, cebada tostada y panatela.			
18.	El preparado casero que no lo daría a su niño con diarrea sería jugo de piña, jugo de papaya, o limonada.			
19.	Cree usted que las sales de rehidratación oral se preparan en un litro de agua hervida.			
20.	Los remedios caseros que usted no daría a su niño con diarrea para limpiar el estómago sería leche de magnesia, aceites, purgantes naturales y otros.			
21.	El suero casero cree usted que se prepara en un litro de agua hervida, con 8 cucharadas de azúcar y una de sal.			
22.	Cree usted que aun niño con diarrea no se le debe dar alimentos enlatados, bebidas gaseosas, alimentos grasosos, productos azucarados y frituras.			

Anexo 04

Validez del instrumento de investigación.

Escala dicotómica para evaluar por juicio de expertos apreciación de expertos sobre el instrumento de medición.

N°	ÍTEMS	SI	NO
01	El instrumento tiene estructura lógica		
02	La secuencia de presentación de ítems es óptima.		
03	El grado de dificultad o complejidad de los ítems es aceptable.		
04	Los términos utilizados en la preguntas son claros y comprensibles.		
05	Los ítems reflejan el problema de investigación.		
06	Los instrumentos abarcan en su totalidad el problema de investigación		
07	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
08	Los ítems permiten recoger información para alcanzarlos objetivos de la investigación.		
09	El instrumento abarca las variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar las hipótesis.		

Sugerencias:

Fecha:

Firma del experto

Anexo 05.

Nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas con niños menores de 5 años del AA.HH.Pedro Castro Alva.

Matriz de respuesta de los profesionales consultados sobre el instrumento de medición (juicio de expertos).

ítem	Expertos								Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	
01	1	1	1	1	1	1	1	1	8
02	1	0	1	1	1	1	1	1	7
03	1	0	1	1	1	1	1	1	7
04	1	1	1	1	1	1	1	1	8
05	1	1	1	1	1	1	1	1	8
06	1	1	1	1	1	1	1	1	8
07	1	1	1	1	1	1	1	1	8
08	1	1	1	1	1	1	1	1	8
09	1	1	1	1	1	1	1	1	8

Respuesta de los profesionales: 1= Si; 0= No.

1. LIC.ENF: JESSICA DELGADO TENORIO.
2. LIC.ENF: LILY ROJAS ROJAS.
3. LIC.ENF: CONSUELO CARPIÓ RIVERA.
4. PSICOLOGA: JESSICA LLONTOP ARISTA.
5. PSICÓLOGO: ANTONIO CERNA ZETA.
6. MEDICO: HANS W. SORIANO SÁNCHEZ.
7. MEDICA: JULISSA MARTÍNEZ GUADALUPE.
8. MEDICO: HENRY CONCHE HUAMAN.

Anexo 06

La validez del instrumento de medición mediante la prueba binomial y de la Z de Gauss.

ÍTEM EVALUA- DO.	JUECES EXPERTOS				P VALOR <a	SIGNIFI- CANCIA ESTADÍS- TICA.
	ADECUADO		INADECUADO			
	N°	%	N°	%		
1	8	100	0	0	0.0039	**
2	7	87.5	1	12.5	0.0312	*
3	7	87.5	1	12.5	0.0312	*
4	8	100	0	0	0.0039	**
5	8	100	0	0	0.0039	**
6	8	100	0	0	0.0039	**
7	8	100	0	0	0.0039	**
8	8	100	0	0	0.0039	**
9	8	100	0	0	0.0039	
TOTAL	78	97.2	2	2.8	5.4125	

Fuente: Apreciación de los expertos.

*:Significativa (P < 0.05).

** : Altamente significativa (P< 0.01).

Confiabilidad de un instrumento de medición / Nivel de conocimientos de las madres, formula: Splith - Halves.

Casos	ITEM																						total	I	P	IP	I	P
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22						
1	2	2	1	2	1	1	1	0	1	2	2	1	0	2	0	2	2	1	2	0	2	0	27	14	13	182	196	169
2	1	1	1	2	1	1	0	1	1	1	0	1	2	2	1	1	1	0	1	1	1	1	22	10	12	120	100	144
3	2	2	1	2	1	0	0	0	1	2	1	1	1	2	0	2	2	1	1	0	1	1	24	11	13	143	121	169
4	2	0	1	1	0	1	1	2	2	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	17	10	07	70	100	49
5	2	2	0	1	2	1	1	2	0	1	1	2	1	0	1	0	1	1	1	2	1	2	25	11	14	154	121	196
6	2	1	2	1	0	2	1	2	1	0	1	1	0	1	1	1	1	2	1	1	2	1	25	12	13	156	144	169
7	2	2	1	1	1	0	0	1	1	2	1	0	1	1	0	0	2	1	1	1	1	1	21	11	10	110	1212	100
8	2	0	0	2	0	0	0	1	2	1	1	0	1	2	1	0	0	0	2	0	0	2	17	09	08	72	81	64
9	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	35	18	17	306	324	289
10	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	31	15	16	240	225	256
Total	19	13	11	15	09	10	07	12	11	12	09	10	10	14	06	08	14	09	14	09	11	11	244	121	123	1553	1533	1605

FORMULA: SPILT HALVES

$$\text{Rip} = \frac{n\Sigma IP - \Sigma I(\Sigma P)}{\sqrt{[(n\Sigma I^2 - (\Sigma I)^2)] [(n\Sigma P^2 - (\Sigma P)^2)]}}$$

n= N° casos

rip= relación de los ítems, impares con los pares

$$\text{rip} = \frac{10(1533) - 121(123)}{\sqrt{[10(1533)-(121)] [10(1605)-(123)]}} = \frac{15530 - 14883}{\sqrt{(15330-14641) (16050-15129)}}$$

$$\text{rip} = \frac{647}{\sqrt{[689] [921]}} = \frac{647}{\sqrt{634569}}$$

$$Rip = \frac{647}{796.598393169} = \frac{647}{796.6} = 0.81$$

MAXIMO VALOR CALCULADO SPEARMAN BROWN.

$$RIP = 2(rip) = \frac{2(0.81)}{1+rip} = \frac{1.62}{1+0.81} = \frac{0.89}{1.81} \text{ fuerte confiabilidad}$$

CRITERIO DE CONFIABILIDAD

- 1 a 0 : No es confiable.
- 0 a 0.49 : Baja confiabilidad.
- 0.5 a 0.75 : Moderada confiabilidad.
- 0.76 a 0.89 : Fuerte confiabilidad.
- 0.9 a 1 : Alta confiabilidad

Anexo 07

Tabla 05

Edad y nivel de conocimientos de las madres con niños menores de 5 años del AA. HH Pedro Castro Alva Chachapoyas. 2015.

Nivel de conocimientos								
Edad de las madres	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
18 – 19	10	41%	21	16%	5	45%	36	22%
20 – 24	8	34%	95	75%	4	37%	107	66%
25 – a mas	6	25%	11	9%	2	18%	19	12%
Total	24	100%	127	100%	11	100%	162	100%

Fuente: prueba de conocimientos 2015.

Anexo 08

Tabla 06

Estado civil y nivel de conocimientos de las madres con niños menores de 5 años del AA. HH Pedro Castro Alva Chachapoyas. 2015.

Estado civil de las madres	Nivel de conocimientos					
	Bueno		Regular		Deficiente	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	6	25%	16	12%	2	19%
Conviviente	12	50%	66	52%	0	0%
Casada	4	17%	37	29%	9	81%
Divorciada	2	8%	8	6%	0	0%
Total	24	100%	127	100%	11	100%

Fuente: prueba de conocimientos 2015.

Anexo 09

Tabla 07

Procedencia y nivel de conocimientos de las madres con niños menores de 5 años del AA. HH Pedro Castro Alva Chachapoyas. 2015.

Procedencia de las madres	Nivel de conocimientos							
	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Chachapoyas	10	42%	49	39%	4	36%	63	39%
Bagua	1	4%	10	9%	0	0%	11	6%
Bongará	6	25%	13	10%	1	9%	20	12%
Rodríguez de Mendoza	4	17%	18	15%	1	9%	23	14%
Utcubamba	1	4%	13	10%	2	18%	16	10%
Luya	1	4%	8	6%	2	18%	11	6%
Condorcanqui	0	0%	9	7%	0	0%	9	5%
Lambayeque	0	0%	3	2%	0	0%	3	2%
Cajamarca	0	0%	2	1%	1	9%	3	2%
Lima	0	0%	2	1%	0	0%	2	1%
Sam Martín	1	4%	0	0%	0	0%	1	1%
Total	24	100%	127	100%	11	100%	162	100%

Fuente: prueba de conocimientos 2015

Anexo 10

Tabla 08

Número de hijos y nivel de conocimientos de las madres con niños menores de 5 años del AA. HH Pedro Castro Alva Chachapoyas. 2015.

Número de hijos por madres	Satisfacción académico disciplinar						Total	
	Bueno		Regular		Deficiente			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1 hijo	10	41%	29	23%	4	36%	43	26%
2 hijos	8	33%	32	25%	4	36%	44	27%
3 a más hijos	6	25%	66	52%	3	27%	75	46%
Total	24	100%	127	100%	11	100%	162	100%

Fuente: prueba de conocimientos 2015

Anexo 11

Tabla 09

**Religión y nivel de conocimientos de las madres con niños menores de 5 años del AA.
HH Pedro Castro Alva Chachapoyas. 2015.**

Religión de las madres	Nivel de conocimientos						Total	
	Bueno		Regular		Deficiente		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Católico	11	46%	55	43%	4	36%	70	43%
Evangélico	6	25%	23	18%	6	54%	35	21%
Ateo	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Otros	7	29%	49	38%	0	0%	56	34%
Total	24	100%	127	100%	11	100%	162	100%

Fuente: prueba de conocimientos 2015

Anexo 12

Tabla 11

Grado de instrucción y nivel de conocimientos de las madres con niños menores de 5 años del AA. HH Pedro Castro Alva Chachapoyas. 2015.

Grado de instrucción de las madres	Nivel de conocimientos						Total	
	Bueno		Regular		Deficiente		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Primaria incompleta	0	0%	0	0%	7	64%	7	4%
Primaria completa	0	0%	4	3%	3	27%	7	4%
Secundaria incompleta	1	4%	7	5%	1	9%	9	5%
Secundaria completa	3	13%	16	13%	0	0%	19	12%
Superior incompleta	8	33%	30	24%	0	0%	38	23%
Superior completa	12	50%	70	55%	0	0%	82	51%
Total	24	100%	127	100%	11	100%	162	100%

Fuente: prueba de conocimientos 2015