

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES
DIARREICAS AGUDAS EN MADRES DE MENORES DE CINCO
AÑOS. CENTRO DE SALUD LAJAS, CHOTA 2025**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORAS

BACH. MIRIAM LEONELA CORONADO HUAMAN

BACH. KAROLAY ZADITH SILVA VILLANUEVA

ASESOR

DR. HERNÁN TAFUR CORONEL

CHOTA – PERÚ

2025



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

Chota, 22 de octubre del 2025.

C.O. N° 040-2025-UI-FCCSS

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Jefe de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, hace constar que el Informe Final de Tesis titulado: **“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN MADRES DE MENORES DE CINCO AÑOS. CENTRO DE SALUD LAJAS, CHOTA 2025”** elaborado por las **Bachilleres en enfermería: Miriam Leonela Coronado Huaman y Karolay Zadith Silva Villanueva**, para optar el Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería, presenta un índice de similitud de 19%, sin incluir material bibliográfico, material citado, fuentes con menos de 20 palabras y depósitos de trabajos de estudiantes; asimismo, comparado con contenido de páginas web, boletines, periódicos y publicaciones [desde el resumen hasta las recomendaciones]; por lo tanto, cumple con los criterios de evaluación de originalidad establecidos en el Reglamento Específico de Grados y títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, aprobado mediante Resolución de Facultad N° 075-2023-FCCSS-UNACH /C.

Se expide la presente, en conformidad a la directiva antes mencionada, para los fines que estime pertinentes.

Atentamente,




Dr. JORGE ROMAIN TENORIO CARRANZA
Jefe de la Unidad de Investigación
Facultad Ciencias de la Salud
UNACH



Unidad de Investigación
Facultad en Ciencias de la
Salud
UNACH

C.c.
Archivo
Gr2025

Hernán Tafur Coronel

IFT_CONOC_EDA_MADRES MENORES 5 AÑOS_CORONADO-SILVA_ZICT_2da rev10.docx



SIMILITUD



proyectos y tesis de investigación



Universidad Nacional Autonoma de Chota

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::1:3345119107

Fecha de entrega

19 sep 2025, 6:42 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

19 sep 2025, 6:50 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

IFT_CONOC_EDA_MADRES_MENORES_5_AÑOS_CORONADO-SILVA_ZICT_2da_rev10.docx

Tamaño del archivo

792.9 KB

86 páginas

18.097 palabras

96.276 caracteres

19% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado

Fuentes principales

- 19%  Fuentes de Internet
- 12%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 19% Fuentes de Internet
- 12% Publicaciones
- 0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	hdl.handle.net	6%
2	Internet	repositorio.ucss.edu.pe	1%
3	Internet	1library.co	1%
4	Internet	repositorio.unach.edu.pe	<1%
5	Internet	repositorio.unid.edu.pe	<1%
6	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
7	Internet	repositorio.autonomadeica.edu.pe	<1%
8	Internet	repositorio.uladech.edu.pe	<1%
9	Internet	repositorio.upagu.edu.pe	<1%
10	Internet	repositorio.upsc.edu.pe	<1%
11	Internet	repositorio.untumbes.edu.pe	<1%

12	Internet	repositorio.utea.edu.pe	<1%
13	Internet	cybertesis.unmsm.edu.pe	<1%
14	Internet	biblioteca.upt.edu.pe	<1%
15	Internet	apirepositorio.unu.edu.pe	<1%
16	Internet	repositorio.unu.edu.pe	<1%
17	Publicación	Urquiaga Alva, Yessica Pilar. "Conocimiento y práctica de las madres de niños me...	<1%
18	Internet	repositorio.upt.edu.pe	<1%
19	Internet	repositorio.xoc.uam.mx	<1%
20	Internet	repositorio.unapiquitos.edu.pe	<1%
21	Internet	repositorio.unfv.edu.pe	<1%
22	Publicación	Espinola Rodriguez, Ever Benjamín. "Conocimiento y práctica de las madres de ni...	<1%
23	Internet	repositorio.unheval.edu.pe	<1%
24	Publicación	Ipanaque Viera, Matilde Melissa. "Factores socioculturales que influyenen el cum...	<1%
25	Publicación	Esquivel Benites, Juana Maria. "Conocimiento y práctica de las madres de niños m...	<1%

26	Internet	repositorio.undac.edu.pe	<1%
27	Internet	repositorio.unab.edu.pe	<1%
28	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	<1%
29	Publicación	Murga Llovera, María Anita. "Nivel de conocimientos de las madres sobre práctic...	<1%
30	Internet	repositorio.upla.edu.pe	<1%
31	Publicación	Pardo, Michael Oswaldo Castro. "Estudio y Optimización del Proceso de Transfor...	<1%
32	Publicación	Vila Arce, Mabel Jenniffer. "Factores Relacionados con la Ejecucion del Programa ...	<1%



Formato N° 11: Acta de sustentación Informe final de tesis

Siendo las 11:00 horas del día 20 de octubre del año 2025, se reunieron en la Sala de Sustentaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, el Jurado Evaluador presidido por el (la) Dr. Eulises Cabrera Villena, secretario (a) Dra. Zoila Isabel Cardenas Tirado, como vocal Mg. Rafaél Artidoro Sandoval Núñez como asesor y coasesor del Informe Final de Tesis el (la) Dr. Hernán Tafur Coronel y el Mg. Gilder Cieza Altamirano

Actuando de conformidad con el Reglamento Específico de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, se dio inicio a la Sustentación del Informe Final de Tesis: Nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas en madres de menores de cinco años. Centro de salud Lajas- Chota 2025

presentado por el (los) bachiller (es): Karolay Zadith Silva Villanueva y Miriam Leonela Coronado Huamán de la Escuela Profesional de Enfermería.

Luego de la sustentación, deliberación y consenso de los integrantes del Jurado Evaluador se acordó: Aprobar el Informe Final de Tesis en mención, con la calificación de (números y letras): 17 (diecisiete) y con la denominación mención honorosa por lo tanto el(la) bachiller(es) puede(n) proseguir con los trámites ulteriores, para la recepción del diploma que le (la) acredite como licenciado (a) en Enfermería.

En señal de conformidad, firman los presentes a horas del 20 de octubre del 2025.

JURADO EVALUADOR	FIRMA
Presidente : - Dr. Eulises Cabrera Villena	
Secretario: - Dra. Zoila Isabel Cardenas Tirado	
Vocal: - Mg. Rafaél Artidoro Sandoval Núñez	

ASESOR / COASESOR	FIRMA
- Dr. Hernán Tafur Coronel	
- Mg. Gilder Cieza Altamirano	



COMITÉ CIENTÍFICO



Dr. Hernán Tafur Coronel
Asesor



Dr. Eulises Cabrera Villena
Presidente del Comité Científico



Dra. Zoila Isabel Cárdenas Tirado
Miembro del Comité Científico



Mg. Rafael Artidoro Sandoval Núñez
Miembro del Comité Científico

AGRADECIMIENTOS

A Dios por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera profesional, por ser nuestra fortaleza y brindarnos una vida llena de aprendizajes y experiencias.

A la Universidad Nacional Autónoma de Chota, que nos ha dado la oportunidad de conocer, desarrollar, obtener competencias y herramientas para ser profesionales de éxito en nuestra carrera.

Valoramos y agradecemos a nuestro asesor Dr. Hernán Tafur Cornel, cuya escucha y aportes enriquecieron el presente trabajo. Este estudio es resultado de extensas jornadas de trabajo y su guía intelectual para recorrer este camino.

De manera especial expresar nuestra gratitud al Comité Científico, cuyo compromiso, observaciones y aportes críticos resultaron esenciales para el perfeccionamiento de esta investigación. Su dedicación y rigurosidad académica contribuyeron significativamente al logro de los objetivos planteados.

Con aprecio dedicamos un párrafo significativo a nuestros padres por su amor incondicional, por su perseverante apoyo, por confiar en nuestras capacidades, por su presencia y soporte principalmente en momentos difíciles. Su ejemplo de esfuerzo, dedicación y compromiso ha sido nuestra mayor motivación. Este logro no es solo nuestro, sino también suyo.

A las madres participantes del Centro de Salud de Lajas, Chota quienes con su tiempo, disposición y confianza hicieron posible la recolección de la información necesaria para el desarrollo de esta investigación y así este trabajo no solo pudo realizarse, sino que también cobra un sentido humano y social que trasciende más allá de lo académico.

A Dios, por guiarnos en cada paso de nuestro viaje académico y darnos la fuerza para perseverar. Gracias por ser la fuente de fortaleza y entendimiento en este logro académico.

A nuestros padres presentes este logro es testimonio de su inmenso amor y dedicación. Valoramos profundamente las lecciones de vida que se nos impartió y por el cariño brindado. Nuestra gratitud hacia ustedes.

De manera especial a la memoria de mi madre Julia Dalila cuyo amor y enseñanzas siguen iluminando mi camino. Esta tesis es un tributo a su legado y a la eterna admiración por ella. Gracias por ser la mejor del mundo.

A ti, que incluso en silencio supiste acompañarme, y con tu presencia me diste fortaleza. Este logro lleva escondido un pedacito de ti.

Karolay y Miriam

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	5
2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Bases conceptuales	11
2.3. Definición de términos básicos	33
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO	34
3.1. Ámbito de estudio	34
3.2. Diseño de investigación	34
3.3. Población y muestra	35
3.4. Operacionalización de variables	37
3.5. Descripción de la metodología	39
3.6. Procesamiento y análisis de datos	41
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	64

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas en madres de menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Lajas, Chota 2025	45
Tabla 2. Características sociodemográficas en madres de menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Lajas, Chota 2025	47
Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre generalidades de EDA en madres de menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Lajas, Chota 2025	48
Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre medidas de control de las EDA en madres de menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Lajas, Chota 2025	49

ÍNDICE DE ABREVIACIONES

EDA	: Enfermedad diarreica aguda
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
KR-20	: Kuder-Richardson 20
MINSA	: Ministerio de Salud
ODS	: Objetivo de Desarrollo Sostenible
OMS	: Organización Mundial de la Salud
RIS	: Red Integrada de Salud
SRO	: Sales de rehidratación oral
TAC	: Tomografía axial computarizada

RESUMEN

El estudio tuvo por objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre las enfermedades diarreicas agudas (EDA) en madres de niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Lajas. El estudio fue cuantitativo, observacional, descriptivo y de corte transversal, con una muestra conformada por 77 madres. La técnica de recolección de datos empleada fue la encuesta, utilizando como instrumento el cuestionario sobre conocimiento de las EDA. Los resultados revelaron que la mayoría de las madres tenía un promedio de 30 años de edad; el 42,9 % contaba con estudios secundarios, el 79,2 % eran amas de casa, el 71,4 % convivientes, el 76,6 % residía en zona urbana y el 96,1 % contaba con acceso a agua y desagüe. Asimismo, se encontró que el 67,5 % de las participantes presentó un nivel alto de conocimiento sobre las EDA. En la dimensión sobre generalidades de las EDA, el 55,8 % alcanzó un nivel alto de conocimiento, mientras que, en la dimensión relacionada con las medidas de control, el 66,2 % también mostró un nivel alto de conocimiento. Se concluye que la mayoría de las madres de niños menores de cinco años que acuden al Centro de Salud Lajas presenta un nivel alto de conocimiento sobre las EDA.

Palabras clave: Enfermedad diarreica aguda, nivel de conocimiento, centro de salud.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the level of knowledge about acute diarrheal diseases (ADD) among mothers of children under five years of age treated at the Lajas Health Center. The study was quantitative, observational, descriptive, and cross-sectional, with a sample of 77 mothers. The data collection technique used was a survey, using a questionnaire on knowledge of ADF as the instrument. The results revealed that most of the mothers were 30 years old on average; 42.9% had completed secondary education, 79.2% were housewives, 71.4% were cohabiting, 76.6% lived in urban areas, and 96.1% had access to water and sewage systems. It was also found that 67.5% of the participants had a high level of knowledge about EDA. In the dimension on general aspects of EDA, 55.8% achieved a high level of knowledge, while in the dimension related to control measures, 66.2% also showed a high level of knowledge. It was concluded that most mothers of children under five who attend the Lajas Health Center have a high level of knowledge about EDA.

Keywords: Acute diarrheal disease, level of knowledge, health center.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la enfermedad diarreica aguda (EDA) como la presencia de tres o más deposiciones en un día, acompañadas de una disminución en la solidez de la materia fecal y una duración de hasta dos semanas [1]. Las EDA continúan siendo un problema de salud pública a nivel mundial, especialmente en países en vías de desarrollo, debido a diversos factores como la falta de acceso a agua potable segura, el desconocimiento sobre la higiene sanitaria, las deficiencias en el estado nutricional y en el sistema de salud. Estas condiciones convierten a las EDA en una de las principales causas de enfermedad y muerte en menores de cinco años [2,3].

A nivel global, la OMS reportó en 2024 que las EDA representan la segunda causa de deceso en niños menores de cinco años, con 443 832 casos registrados. Según estadísticas recientes, en un periodo de 24 meses se producen cerca de 1 700 millones de casos de EDA [2]. En países de bajos recursos, los menores de 36 meses padecen un promedio de tres episodios de diarrea al año, siendo la malnutrición un factor causal importante, lo que los vuelve más susceptibles a experimentar cuadros recurrentes de esta enfermedad [4]. En algunos países, se ha reportado una disminución en el nivel de conocimiento y en el uso de tratamientos domiciliarios por parte de las madres de este grupo etario, lo que afecta negativamente la supervivencia infantil [5,6].

Un estudio en África (2024) muestra que la educación materna influye significativamente en la prevalencia de EDA en la etapa infantil, dado que las madres con un nivel educativo alto tienen mayores probabilidades de poseer conocimientos y conductas saludables sobre saneamiento, higiene y nutrición, aspectos fundamentales para prevenir las EDA [7], demostrando que el acceso a la educación por las madres contribuye al fortalecimiento de su rol en la protección de sus hijos.

En América Latina, de acuerdo con el protocolo de vigilancia en salud pública de Colombia para 2024, se menciona que en 2022 Brasil registró una incidencia de 1 200 000 casos de EDA. El grupo de edad más afectado fue el de menores de un año, con una tasa de 100,5 casos por cada 1 000 niños. Bolivia reportó 120 000 casos y México notificó 258 322 [8]. Estos datos evidencian la necesidad de enfocar los esfuerzos sociosanitarios en el fortalecimiento de estrategias preventivo-promocionales para proteger a los niños desde la primera infancia.

Un estudio realizado en Colombia indica que, de 203 madres con hijos menores de cinco años, el 41,9 % eran menores de 17 años; el 30,5 % conocía las probabilidades de exposición a las EDA; el 75,4 % asistía a consultas con profesionales de la salud; y el 84,7 % proporcionaba sales de rehidratación oral (SRO). Se destaca que las madres evitaban las EDA en sus hijos mediante prácticas de cuidado saludables [9]. Esto demuestra que, en el contexto de la maternidad adolescente, la adopción de comportamientos protectores frente a las EDA se ve favorecida por el acceso a servicios de salud y la información recibida.

En Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) señala que, hasta la semana epidemiológica 14 de 2024, se notificaron un total de 374 678 episodios acumulados de EDA, de los cuales el 33,1 % correspondía a niños menores de cinco años, con una razón de 45,85 casos por cada 1 000 en este grupo etario [10]. Un estudio señala que es importante abordar temas de problemática social relacionados con la salud, la higiene y el tratamiento oportuno, mediante acciones preventivo-promocionales que incluyan especialmente a las madres, por su rol clave en el cuidado individual y colectivo de la salud infantil [11].

Asimismo, el INEI reportó en 2024 la precariedad del abastecimiento de agua en Perú. El 9.6% de los habitantes del país no tiene acceso a agua potable; es decir, 3 530 100 personas reciben agua mediante camión cisterna (2.9%), pozo (1.2%), río, acequia o manantial (3.0%) u otros medios (2.5%) [1]. Además, el 22.8% carece de acceso a servicios de saneamiento: eliminan excretas a través de pozo ciego o negro (10.1%), pozo séptico (4.8%), río, acequia o canal (0.8%), letrina (0.1%) o no cuentan con ningún tipo de servicio de eliminación de excretas (7.0%) [8]. La falta de servicios seguros de agua y saneamiento dificulta la higiene personal, favorece

la propagación de patógenos y aumenta la incidencia de EDA en menores de cinco años.

A nivel regional, en la semana epidemiológica 40 del año 2024 se identificaron 1 163 casos de EDA en Chota [12]. Según la Red Integrada de Salud (RIS) Chota, en los últimos cuatro años se presentaron 343 casos de EDA en el Centro de Salud de Lajas [13]. Esto evidencia la importancia de la vigilancia epidemiológica para la prevención y el manejo oportuno de este tipo de enfermedades.

El Ministerio de Salud (MINSA), en coordinación con el Gobierno peruano, ha implementado diversas estrategias y programas relacionados con la prevención y el control de la EDA; sin embargo, persisten deficiencias en la vigilancia, inspección y control de estas enfermedades. La morbilidad por EDA en menores de cinco años sigue siendo evidente, especialmente en establecimientos de primer nivel como el Centro de Salud de Lajas (distrito de Lajas, provincia de Chota), donde muchos casos están relacionados con el desconocimiento de las madres. En la fase inicial de la enfermedad, ellas suelen comprar medicamentos en farmacias sin orientación profesional o dejar al niño en casa sin atención, lo que revela limitaciones en la práctica del cuidado oportuno, fundamental para evitar complicaciones en la salud infantil [14].

A partir de la situación descrita, se propuso determinar el nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas en madres de menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Lajas, Chota – 2025. Considerando los resultados obtenidos, el presente estudio de investigación contribuye a la priorización de estrategias y acciones de promoción y formación en salud, desarrolladas por profesionales de Enfermería debidamente capacitados, en alineamiento con las políticas públicas relacionadas con el cuidado de la salud infantil.

Teniendo en cuenta lo indicado en la presente investigación, se planteó la siguiente pregunta: ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas en madres de menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Lajas, Chota 2025?. El objetivo general estuvo orientado a determinar el nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas en madres de menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Lajas, Chota 2025. Los objetivos específicos

fueron: describir las características sociodemográficas de las madres de menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Lajas, Chota 2025; identificar el nivel de conocimiento sobre las generalidades de las EDA; e identificar el nivel de conocimiento sobre las medidas de prevención y control de dichas enfermedades en el mismo grupo poblacional.

Esta investigación se justificó debido a que las EDA representan una amenaza para la salud pública en menores de cinco años, especialmente en zonas rurales de países en desarrollo, donde el acceso a agua potable, servicios de saneamiento y atención médica es limitado. Asimismo, posee implicancias prácticas, teóricas y metodológicas, al aportar información útil para la implementación de políticas públicas y estrategias educativas y comunicacionales dirigidas al cuidado de la salud infantil.

Los resultados determinaron que la mayoría de las madres tenía un promedio de 30 años de edad; el 42,9% contaba con estudios secundarios; el 79,2% eran amas de casa; el 71,4% convivientes; el 76,6% residía en zona urbana; y el 96,1% contaba con acceso a agua y desagüe. Asimismo, se encontró que el 67,5% de las participantes presentó un nivel alto de conocimiento sobre las EDA. En la dimensión referida a las generalidades de las EDA, el 55,8% alcanzó un nivel alto de conocimiento; mientras que, en la dimensión relacionada con las medidas de control, el 66,2% también mostró un nivel alto de conocimiento.

El estudio se encuentra organizado en cinco capítulos. El Capítulo I corresponde a la introducción, donde se presentan el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación. El Capítulo II desarrolla el marco teórico, incluyendo los antecedentes, las bases teóricas y conceptuales, así como la definición de términos básicos. En el Capítulo III se expone el marco metodológico, detallando los métodos, técnicas y materiales utilizados. El Capítulo IV muestra el análisis, interpretación y discusión de los resultados obtenidos. El Capítulo V contiene las conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación. Finalmente, se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. Antecedentes internacionales

Hanif y Yasmeen (China, 2023) realizaron el estudio “Conocimientos sobre diarrea infantil entre madres: una revisión sistemática a partir de 2020”, cuyo objetivo fue revisar el conocimiento de la madre sobre el manejo de la diarrea. Revisión sistemática y metaanálisis, muestra de 15 investigaciones. Los resultados revelaron que a partir de 2020 el conocimiento fue muy variado, oscilando entre 5,6% y 82,2% con significancia estadística. Concluyeron que existe una amplia variabilidad en el conocimiento de las madres sobre la diarrea infantil; se requiere realizar otros estudios para encontrar factores de riesgo de dicha variación y concientizar a las madres [15].

Alrafiaah, et al. (Arabia Saudita, 2022) realizaron el estudio “Evaluación de los conocimientos y prácticas maternas en relación con las enfermedades diarreicas agudas en niños de Arabia Saudita: una encuesta en un centro de atención terciaria”, cuyo objetivo fue evaluar el conocimiento y la práctica de las madres con respecto a la EDA en los niños. Estudio observacional, cuantitativo, descriptivo y transversal, muestra de 375 madres. Los resultados mostraron que el 69,6% consideraba la dentición como principal causa de diarrea. El 74,1% eligieron la rehidratación oral como tratamiento, el 42,7% creía que los líquidos intravenosos eran más efectivos que las sales de rehidratación oral (SRO) para tratar la deshidratación. Concluyeron que las madres demostraron tener buenos conocimientos y experiencia respecto a las EDA en los niños [16].

Mumtaz et al. (Pakistán, 2022) realizaron el estudio “Conocimientos y prácticas maternas para la prevención de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos y prácticas maternas para la prevención de la

EDA. Estudio de diseño observacional, cuantitativo y descriptivo, muestra de 158 madres. Los resultados identificaron que el 43,1% de las participantes tenía un bajo nivel de conocimiento sobre las EDA, aunque el 77,8% definió correctamente la diarrea, el 61,4% conocía las causas de la diarrea y el 24% tenía un nivel de actitudes y prácticas pobre. Concluyeron que existe un rol destacable de las madres en el manejo de las EDA en menores de cinco años [17].

Gaikwad y Biradar (India, 2022) realizaron el estudio “Conocimientos sobre diarrea entre madres de niños menores de cinco años”, cuyo objetivo fue de evaluar el nivel de conocimiento sobre la diarrea entre las madres de los menores de cinco años. Estudio de diseño observacional, cuantitativo y descriptivo, muestra de 30 madres con menores de cinco años. Los resultados reportaron que el 76,7%, tenía un nivel de conocimiento moderado sobre la diarrea, el 13,3% contaba con conocimientos adecuados y el 10% presentaba un nivel inadecuado. Concluyeron que es necesario educar a las madres sobre las consecuencias de la diarrea y su correcto manejo [18].

Saad y Abdallalbrahim (Sudán, 2021) realizaron el estudio “Concientización y conocimiento de las madres sobre el manejo domiciliario de la enfermedad diarreica en niños menores de cinco años”, cuyo objetivo fue evaluar la concientización y los conocimientos de las madres en relación con el tratamiento domiciliario de la enfermedad diarreica. Investigación de diseño no experimental, descriptivo y transversal, muestra de 50 madres. Los resultados identificaron que el 60% de las madres comprendía el término "diarrea", y el 52% manejaba conocimientos satisfactorios sobre su tratamiento. Respecto a los riesgos, el 52 % los reconoció, y el 42% asocio la deshidratación con la pérdida de agua y sales. En cuanto al tratamiento, el 52% mostró conocimiento adecuado, y el 64% conocía la terapia de rehidratación oral (TRO). El 4 % entendió la importancia de evitar ciertos alimentos para prevenir la diarrea. Concluyeron que las madres tenían un buen nivel de conocimiento sobre la definición, los signos,

síntomas, la deshidratación y el manejo, como la TRO y la lactancia materna. Sin embargo, presentaban poco conocimiento sobre el control dietético, los tipos de diarrea y las formas de transmisión [19].

Guanda y Carnevale (Venezuela, 2021) realizaron el estudio “Nivel de conocimiento de las madres sobre el estado de deshidratación en niños con diarrea en el Hospital Pediátrico Agustín Zubillaga”, cuyo objetivo fue evaluar el nivel de conocimiento de las madres sobre el estado de deshidratación. Estudio de enfoque cuantitativo, diseño observacional y alcance descriptivo, muestra de 60 madres. Los resultados demostraron que el 55% presentaba un bajo nivel conocimiento, el 38,3% tenía un nivel regular y solo el 6,7% mostraba nivel de conocimiento bueno. Concluyeron que el personal de salud y las autoridades sanitarias realicen campañas informativas para madres y familiares, con el fin de mejorar el conocimiento sobre diarrea y deshidratación [20].

Gohiya et al. (India, 2020), realizaron el estudio “Un estudio para identificar los conocimientos, actitudes y prácticas que prevalecen entre los cuidadores de niños menores de cinco años que presentan diarrea aguda en un centro de atención terciaria”, cuyo objetivo fue evaluar y comparar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de las madres en relación con la prevención y el tratamiento de la diarrea en los niños. Estudio observacional y transversal, muestra de 356 niños de entre 2 y 60 meses de edad. Los resultados indicaron que la mayoría de las madres tenía entre 20 y 30 años; el 51,4% era analfabeta; el 44,6% provenía de áreas rurales; el 70,5% se lavaba las manos al alimentar a sus hijos; el 2,5% consideraba el saneamiento deficiente como causa de diarrea; el 8,7% conocía el papel de las sales de rehidratación oral (SRO); y la mayoría (53,4%) creía que la diarrea no podía evitarse. Concluyeron que un mejor uso de los recursos implica mejorar el conocimiento de las madres sobre las causas, el manejo y la prevención de la diarrea [21].

2.1.2. Antecedentes nacionales

Javier (Perú, 2024) realizó el estudio “Nivel de conocimiento materno sobre prevención de enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años Centro de Salud - La Huayrona, Lima 2022”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre la prevención de las EDA. Investigación de diseño observacional, cuantitativo y descriptivo, muestra de 70 madres. Los resultados revelaron que la mayoría de las participantes pertenecía al grupo etario con edad promedio de 28 años (40%); el 56% tenía de 2 a 3 hijos; el 51% contaba con secundaria completa; el 66 % se dedicaba al hogar; y el 77% pertenecía a la región costa. Se evidenció un nivel de conocimiento medio sobre la prevención de las EDA en la mayoría de las madres (46%), seguido de un nivel alto (38%), mientras que el nivel bajo representó al 16% de las participantes. Concluyó que en general, la mayoría de las madres presentó un conocimiento intermedio sobre las EDA [22].

Camara y Castillo (Perú, 2023) realizaron el estudio “Conocimiento y prácticas preventivas sobre enfermedades diarreicas agudas en madres de niños menores de cinco años en una asociación de propietarios, Lurigancho – Chosica”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y prácticas preventivas sobre las EDA en madres de niños menores de cinco años. Estudio de enfoque cuantitativo y de tipo descriptivo, muestra de 65 madres. Los resultados mostraron que el 60% de las participantes tuvieron un nivel de conocimiento medio sobre las EDA, seguido de un nivel bajo (37%) y un nivel alto (3%). Concluyeron que el conocimiento en las madres es de nivel medio [23].

Medina (Perú, 2023) realizó el estudio “Conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas y su relación con las prácticas de prevención en madres de niños menores de 5 años del Hospital II Vitarte EsSalud, 2023”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre las EDA y las prácticas de prevención en madres. Estudio de enfoque cuantitativo, correlacional y observacional,

muestra de 151 madres. Los resultados revelaron que el 84,8% tuvo un nivel de conocimiento malo, el 13,9% un nivel regular y solo el 1,3% tuvo un nivel bueno. Concluyó que al aumentar el conocimiento sobre el tema, también mejoran las estrategias preventivas [24].

Ñontol (Perú, 2022) realizó la investigación “Nivel de conocimiento sobre las enfermedades diarreicas agudas con las prácticas de prevención en madres de niños menores de 5 años del programa de CRED del Centro de Salud de San Juan de Amancaes- Lima - 2022”, cuyo objetivo fue analizar la relación entre el nivel de conocimiento sobre las EDA y las prácticas de prevención en madres. Estudio cuantitativo, observacional y correlacional, muestra de 200 madres. Los resultados determinaron que, en la dimensión “definición”, el 39% de las participantes presentó un nivel de conocimiento alto; el 33%, nivel bajo; y el 28%, nivel medio. En la dimensión “medidas preventivas”, el 40% tuvo nivel alto; el 31% nivel bajo; y el 29%, nivel medio. En la dimensión “tratamiento”, el 42% presentó un nivel alto; el 29%, nivel bajo; y el 29% nivel medio. Concluyó que el nivel de conocimiento en la mayoría del grupo poblacional fue alto [25].

Soto (Perú, 2022) realizó el estudio “Nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas y determinantes biosocioeconómicos en madres de niños menores de 5 años. Centro poblado de Toclla-Huaraz, 2019”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel conocimiento sobre las EDA y los determinantes biosocioeconómicos en madres. Estudio cuantitativo, correlacional y observacional, muestra de 130 madres. Los resultados identificaron que el 55,4% de las madres presentaron un nivel de conocimiento deficiente sobre las EDA, seguido de un nivel regular (24,6%) y un nivel bueno (20%). Concluyó que existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento de EDA y los determinantes biosocioeconómicos [26].

Huashua (Perú, 2022) realizó el estudio “Nivel de conocimientos y su relación con las prácticas de prevención de enfermedades diarreicas

agudas en las madres de niños menores de cinco años en el servicio de pediatría en un hospital de Lima Metropolitana, 2022”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas de prevención de las EDA en las madres. Estudio cuantitativo, explicativo y transversal, muestra de 58 madres. Los resultados demostraron que, en la dimensión de definición de las EDA, el 28,5% de los casos presentó un nivel bajo; en la dimensión de medidas preventivas, el 27,5% de los participantes tuvo un nivel medio; y en la dimensión de tratamiento, el 24% reportó un nivel bajo. Concluyó que existe relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas de prevención no saludable [27].

Aiquipa y Quispe (Perú, 2022) realizaron el estudio “Nivel de conocimiento y prácticas de prevención de enfermedades diarreicas agudas en madres de niños menores de cinco años del Centro de Salud de Lliupapuquio, Andahuaylas 2022”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de prevención de las EDA. Estudio de enfoque cuantitativo, alcance correlacional, diseño no experimental y de corte transversal, muestra de 137 madres. Los resultados muestran que, respecto a las prácticas para prevenir las EDA, el 94,9% presentó un nivel regular; el 3,6%, un nivel bueno; y el 1,5%, un nivel deficiente. Concluyeron que el conocimiento de las EDA en las madres se relaciona con las prácticas de prevención [28].

2.1.3. Antecedentes locales

Sangay (Cajamarca, 2022) realizó el estudio “Conocimiento de las madres de niños menores de 5 años sobre enfermedades diarreicas agudas y la práctica de medidas de prevención, puesto de salud Agocucho, Cajamarca”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y su relación con las prácticas de medidas de prevención de las madres. Estudio observacional, correlacional y transversal, muestra de 129 madres. Los resultados demostraron que el 60,5% presentó un nivel de conocimiento regular, el 32,6% un nivel bueno y el

7% un nivel malo. Concluyó que existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica de medidas de prevención [29].

Chávez y Vásquez (Cajamarca, 2020) realizaron el estudio “Conocimientos y prácticas en prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades diarreicas agudas, por madres con niños menores de 5 años. Consultorios de Atención Integral del Niño. Hospital II–E Simón Bolívar. Cajamarca – 2020”, cuyo objetivo fue establecer la relación entre los conocimientos y las prácticas que poseen las madres respecto a las EDA. Estudio cuantitativo, observacional y correlacional, muestra de 136 madres. Los resultados mostraron que la mayoría de las madres poseen un nivel de conocimiento alto acerca del concepto de diarrea (75%), el tratamiento de las EDA (70,6%) y la rehabilitación de EDA (62,5%). Concluyeron que las madres poseen un alto nivel de conocimiento y buenas prácticas sobre las EDA [30].

2.2. Bases conceptuales

2.2.1. Bases teóricas

Según Pender, citado por Raile, el Modelo de Promoción de la Salud proporciona un marco para la adopción de conductas saludables. Además, orienta en el diseño e implementación de guías y protocolos que pueden ser aplicados en el escenario comunal e influyen en la educación, indagación y normativas en salud vinculadas a la promoción de la salud [31].

El modelo presentado por Nola Pender es utilizado en el ámbito de la Enfermería, debido a que orienta y facilita la comprensión de los comportamientos y la generación de conductas saludables [32]. Está basado en la educación y promoción de estilos de vida saludables, en los cuales los profesionales de Enfermería desempeñan un rol fundamental en el entorno sanitario y ejercen influencia en el cambio de comportamiento de las personas, específicamente en el cuidado de su propia salud y de la familia.

Los fundamentos que respaldan esta teoría se articulan con los metaparadigmas de Enfermería: a) La persona, concebida como un ser capaz de autorregular su conducta en base de sus necesidades. b) El cuidado, representa el eje fundamental de toda propuesta orientada a la promoción de la salud, al fomentar estilos de vida saludables y contribuir en la mejora de la calidad de vida. c) La salud, entendida como un proceso dinámico que integra definiciones conceptuales y hallazgos investigativos que guían la práctica profesional. d) El entorno, constituye el espacio de interacción donde los individuos, en su complejidad biopsicosocial, se transforman a lo largo del tiempo [33]. Bajo este marco, el cuidado de la salud se configura como una responsabilidad del profesional de Enfermería [33].

El presente estudio se sustenta en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, el cual aporta validez teórica y permite desarrollar una visión integral orientada a mejorar la calidad de vida de las personas. El uso de este enfoque resulta fundamental para determinar el nivel de conocimiento de las madres que acuden a centros sanitarios de primer nivel con menores de cinco años afectados por EDA. Asimismo, contribuye al fortalecimiento de las estrategias y metodologías educativas en promoción de la salud, facilitando el desarrollo de conocimientos y adopción de prácticas de prevención y tratamiento de las EDA, con impacto en la salud infantil.

2.2.2. El conocimiento

A. Definición

Son datos e información objetiva de la realidad; en síntesis, todo aquello adquirido en la experiencia y situaciones significativas vividas por el individuo a través del entorno; estas vivencias son almacenadas en el cerebro de forma personal en cada ser humano [34].

Según Villasana et al., el conocimiento se adquiere de distintas formas tales como: razón/lenguaje, experiencia/acción y perceptual/simbólica. A medida que el individuo posee el conocimiento, este adquiere relevancia como agente de rendimiento y se convierte en un factor de importancia para el desarrollo económico y social, ya que se generan diferentes vivencias que facilitan la organización de información. Además, cuando se utiliza como recurso competitivo, tiene un efecto positivo en la toma de decisiones [35].

B. Tipos de conocimiento

Según Flores [36] plantea:

B.1. Conocimiento empírico

Se basa en la experiencia y percepción que el ser humano adquiere debido a la heterogeneidad de vivencias que demanda el entorno. Todo conocimiento generado no necesariamente requiere de haber recibido formación educativa, ni está ligado exclusivamente a algún campo del conocimiento en especial.

B.2. Conocimiento científico

Es un saber crítico, fundamentado en el método científico, la ciencia misma, sistemático, ordenado, universal, objetivo, racional y que explica los sucesos a partir de leyes.

B.3. Conocimiento explícito

Requiere ser consciente para llevarse a cabo, ya que es más fácil de expandir o representar, debido a que se caracteriza por ser esquematizado y estructurado.

B.4. Conocimiento tácito

Tipo de saber no formalizado ni verbalizado, que se internaliza a través de la experiencia y no puede ser comunicado explícitamente.

B.5. Conocimiento intuitivo

Percepción de experiencias del propio individuo, este surge de manera rápida y espontánea sin necesidad de razonamiento lógicos.

C. Características del conocimiento

Para Andreu y Sieber, citados por Borroto [37], el conocimiento tiene las siguientes características:

- Es personal, debido a que se origina en el propio individuo, acumulando el resultado de su propia experiencia y articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus partes.
- Su uso permite que se recurra a él en una variedad de ocasiones sin que el mensaje original se altere ni se vea afectado.
- El ser humano canaliza el conocimiento asimilado y los imparte al momento en que tiene la libertad de tomar una decisión y analizar las consecuencias se pueden generar a partir de esa acción, la cual se verá reflejada en la situación percibida.
- Los conocimientos no están en la realidad, sino que son contruidos por el ser humano en un contexto social determinado. La creación del conocimiento se puede definir

como una producción social que implica la interlocución, la relación entre la razón y la experiencia.

D. Niveles de conocimiento

Los seres humanos generan conocimiento mediante una relación entre sujeto que conoce y el objeto conocido, que son sometidos a diferentes niveles de abstracción [38].

D.1. Nivel de conocimiento sensorial

Este tipo de conocimiento es adquirido por el ser humano mediante las facultades que le permiten percibir el entorno, como los cinco sentidos. La percepción sensible consiste en comprender la realidad en su forma organizada, lo que permite distinguir las cualidades de los objetos. Seguidamente, se produce el acto de concientización, en el cual la información captada sensorialmente se integra de manera incorporada, facilitando su diferenciación, clasificación y relación.

D.2. Nivel de conocimiento conceptual

Es la disposición del ser humano para construir ideas y emitirlas mediante representaciones visuales y articularlas con procesos mentales basados en concepciones que permiten analizar la información dada, priorizar la toma de decisiones y el aprendizaje.

D.3. Nivel de conocimiento holístico

Consiste en observar, comprender e interpretar la realidad en su total amplitud, y así apreciar sus vínculos entre sí, ya sean propiedades y mecanismos.

2.2.3. Enfermedades diarreicas agudas

2.2.3.1. Generalidades

A. Definición

La EDA se conoce principalmente por la reducción de la solidez y el aumento del número de deposiciones, hasta más de tres veces en un día que pueden acompañarse de emesis y/o hipertermia [39].

B. Epidemiología

La OMS indica que la EDA puede prevenirse y tratarse; sin embargo, siguen siendo un desafío significativo para la salud pública en los países en desarrollo, por sus múltiples causas. En el caso de Perú, las EDA se mantienen como un antecedente de mortalidad en menores de cinco años, siendo la deshidratación la complicación más frecuente. Además, esta enfermedad alerta de una mayor incidencia de desnutrición en este grupo etario. Cuanto menor sea la edad del niño, mayor es la probabilidad de presentar diarrea severa, aumentando el riesgo de deshidratación [2].

C. Factores de riesgo

La diarrea es ocasionada por múltiples factores, que habitualmente se originan a raíz de condiciones insalubres y de desinfección inadecuada, lo que conlleva a la ingerir alimentos en mal estado o agua no tratada debidamente para el consumo humano. Según el MINSA [39] estas condiciones se encuentran asociadas a los siguientes factores:

➤ Medio ambiente y sociales

- Sector sin tratamiento oportuno de agua para consumo humano
- Sector sin saneamiento ambiental básico.
- Sectores con un manejo deficiente de desechos.
- Sectores con problemas crónicos de parasitosis.

- Sector con necesidades insatisfechas de alimentación.
- Hacinamiento.
- Existencia de animales y moscas en el hogar del niño(a).
- Familias con ingreso monetario por debajo del sueldo mínimo vital.
- Cuidadores con niveles de estudios incompletos.
- Madres en edad temprana.

➤ **Estilos de vida e higiene**

- Alimentación y manipulación insalubre de agua y alimentos.
- Insuficiente higiene personal, familiar y comunitaria.
- Empezar la alimentación complementaria de manera temprana.
- Mínimos niveles de inmunización.
- Introducción temprana al consumo de productos lácteos de origen animal y/o vegetal.
- Niños(as) sin nutrición adecuada o con deficiencia de hierro.
- Niños(as) con cualquier causa de depresión inmunológica, ya sea primaria o adquirida.

D. Fisiopatología

El líquido ingerido diariamente fluye a través del tracto gastrointestinal, siendo absorbido en gran proporción por el intestino, solo una mínima cantidad se elimina a través de las heces, este es el mecanismo diario del sistema digestivo. Durante el proceso de absorción, se completa la retención del volumen total de líquido ingerido; sin embargo, en casos de diarrea, se produce una disminución en la capacidad de absorción de líquidos, lo que genera un aumento en la secreción de líquidos hacia el lumen intestinal. [39].

En el caso de que la diarrea se deba a un agente patógeno este migra al epitelio del intestino donde se fija a sus células. Dependiendo de la toxina, sucede la proliferación y se invade el tejido de la mucosa del intestino[39].

Las enterotoxinas habitualmente alteran la tarea de transporte de las proteínas, es así como las enterotoxinas producen la pérdida de fluidos y electrolitos a través de la materia fecal. La mucosa intestinal al verse invadida por agentes infecciosos desprende una respuesta inflamatoria que daña al epitelio intestinal y promueve que en la capa submucosa exista secreción de moco, aminoácidos y contenido hemático en el lumen intestinal. La consecuencia será el ablandamiento de las heces y/o aumento en los episodios de deposiciones [39].

La repercusión más relevante es la deshidratación, con mayor prevalencia en menores de cinco años y que conlleva a la desnutrición. A diferencia de los adultos, los niños la presentan con mayor frecuencia debido a diversos factores, entre ellos: una elevada pérdida de agua en relación con su superficie corporal y peso, presencia de hipertermia, menor capacidad renal para filtrar sodio y un consumo limitado de líquidos [39].

En los menores de cinco años, la desnutrición agrava el cuadro de diarrea, siendo más severa, persistente y prolongada, incrementando el riesgo de complicaciones. Se produce una pérdida significativa de agua, electrolitos y nutrientes, acompañada de una disminución en la capacidad de absorción intestinal, así también, el consumo de alimentos se ve reducido debido a la pérdida de apetito y a una ingesta insuficiente. Este proceso se intensifica frente a la propagación de infecciones, ya que se eleva la proteólisis, y como consecuencia conlleva a la desnutrición infantil [39].

E. Clasificación

Según su etiología

- **Osmótica:** Ocurre cuando se ingieren sustancias que no son absorbidas adecuadamente, como el manitol, la lactulosa o los laxantes de magnesio. También puede manifestarse en casos de alteraciones digestivas y trastornos en la capacidad de absorción intestinal [40].
- **Secretora:** Se caracteriza por una secreción excesiva de líquidos y electrolitos hacia el lumen intestinal. Su origen suele estar asociado a toxinas producidas por microorganismos patógenos que estimulan la secreción intestinal. Asimismo, puede ser provocada por tumores endocrinos que liberan hormonas con efecto secretagogo, como los adenomas vellosos. La presencia de sales biliares no absorbidas adecuadamente también puede interferir con la función normal de absorción [40].

Otra clasificación de acuerdo con Díaz et al. [41], es la siguiente:

- **Infeciosa:** El agente más habitual es el Rotavirus; también existen otros microorganismos como *Escherichia coli*, *Shigella* spp, *Salmonella*, *Vibrio cholerae*, *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica* y *Ascaris lumbricoides*. Estos enteropatógenos se transmiten entre personas por contacto directo vía fecal-oral e indirecta mediante el agua, alimentos y superficies contaminadas con material fecal.
- **No infecciosa:** Se produce debido a desequilibrios en la microbiota intestinal, que pueden ser originados por la dieta o por el uso de medicamentos, especialmente ciertos antibióticos como la eritromicina, amoxicilina con ácido clavulánico y ceftriaxona [41].

Según su duración

- **Enfermedad diarreica aguda:** Se refiere a episodios de diarrea cuya duración es menor a 14 días o dos semanas [41].
- **Enfermedad diarreica persistente:** Corresponde a cuadros diarreicos que se prolongan por 14 días o más. Inician con evacuaciones líquidas o disentéricas de aparición repentina, a menudo acompañadas de pérdida de peso corporal. En muchos casos, no se identifica una causa específica. El daño en las vellosidades intestinales puede ser severo, y la mucosa puede encontrarse aplanada, lo que dificulta la absorción de nutrientes. Como consecuencia, puede manifestarse intolerancia a disacáridos y proteínas [41].
- **Enfermedad diarreica crónica:** Tiene una duración superior a 30 días y se presenta de forma recurrente por causas diversas, que varían según la edad del individuo. Es frecuente en personas con sensibilidad al gluten, fibrosis quística o trastornos metabólicos hereditarios [38,41].

F. Cuadro clínico

Las manifestaciones clínicas habitualmente se resuelven por sí solas. Para evaluar al paciente, es primordial realizar una historia clínica completa y una exploración física cuidadosa. Considerando los siguientes criterios [39]:

- Síntomas generales: Hipertermia, fatiga, pérdida de apetito y convulsión.
- Afectaciones del sistema digestivo: Deposiciones líquidas, náuseas, vómitos, dolor estomacal, flatulencia, esfuerzo para defecar y tenesmo.
- Signos de deshidratación: Cambios en el estado de conciencia (como irritabilidad, letargo o somnolencia), sed intensa, disminución de la turgencia de la piel, fontanelas hundidas, boca

y lengua secas, llanto sin lágrimas, ojos hundidos, aumento de la frecuencia cardíaca, retardo en el retorno capilar, disminución del peso, bajo volumen urinario, presión arterial baja, respiración rápida y presencia de un patrón respiratorio característico de acidosis.

G. Complicaciones

Las complicaciones más frecuentes incluyen arritmias, ocasionadas por pérdidas significativas de líquidos y electrolitos. Para evitar su aparición, es fundamental controlar la diuresis, ya que esta indica el grado de deshidratación. Cuando los niveles de potasio descienden por debajo de 3 mEq/L, pueden manifestarse síntomas como debilidad muscular intensa, parestesias, hipotensión, somnolencia, entre otros. Con el propósito de lograr una recuperación adecuada, es indispensable reponer rápidamente los líquidos y electrolitos perdidos. La persistencia del desequilibrio hidroelectrolítico puede generar debilidad muscular marcada, alteraciones sensitivas, presión arterial baja y somnolencia, entre otros. Para una evolución del cuadro clínico de forma favorable, resulta fundamental la reposición oportuna de la pérdida hidroelectrolítica [42].

- **Deshidratación:** Es una de las complicaciones más comunes y serias de las diarreas en los niños. Se clasifica en leve o no perceptible, cuando la pérdida de agua en el cuerpo es menor a 40-50 ml/kg de peso corporal. Si las pérdidas alcanzan entre 50 y 100 ml/kg, generalmente es una deshidratación moderada. Por otro lado, si la pérdida supera los 100 ml/kg, se clasifica como deshidratación grave [43].
- **Desnutrición:** Es una condición que se manifiesta a través de la delgadez extrema, el crecimiento lento y el bajo peso en relación con la edad, lo cual indica una deficiencia nutricional en el

organismo que impide alcanzar un desarrollo físico adecuado [44].

- **Hipocalemia:** Es la disminución de potasio en la sangre, se presenta con mayor frecuencia en personas desnutridas o que han tenido vómitos o diarrea durante un largo periodo [45].
- **Hipercalemia:** Referida al incremento de los niveles de potasio en la sangre. Aparece cuando hay acidosis metabólica que no ha sido tratada correctamente [45].
- **Acidosis metabólica:** Es un desequilibrio en el sistema ácido-base del cuerpo que ocurre cuando se produce una mayor cantidad de ácidos como resultado del metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos. También puede originarse por una pérdida excesiva de sustancias básicas o por una reducción del flujo sanguíneo en los riñones, lo que dificulta que el cuerpo mantenga un equilibrio entre ácidos y bases [42].
- **Crisis convulsivas:** Cambios en el comportamiento, junto con alteraciones bruscas e incontroladas de los movimientos corporales, que aparecen como consecuencia de una actividad eléctrica anómala en el cerebro. La pérdida de la conciencia, las fluctuaciones emocionales, los episodios de temblor y la falta de control muscular son algunos de los síntomas típicos [46].

Las manifestaciones clínicas del rotavirus suelen incluir diarrea acuosa, fiebre y vómitos, lo que pueden provocar deshidratación, gastroenteritis y diversas complicaciones neurológicas, como convulsiones con o sin fiebre. Aunque la fisiopatología de estas complicaciones aún es incierta; plantea que podría estar relacionada con factores genéticos y raciales, distribución de

serotipos, elementos que favorecen las convulsiones e incluso alteraciones de la barrera hematoencefálica [47].

- **Insuficiencia renal aguda:** Es un trastorno clínico que se presenta por una pérdida súbita y acelerada de la función renal, lo cual puede suceder en un lapso de tiempo de horas a semanas. Esta disfunción provoca una acumulación de productos nitrogenados en el organismo, debido a una reducción de la capacidad fisiológica del riñón, causada principalmente por una disminución del flujo sanguíneo renal. Situación que se presenta en condiciones como deshidratación, presión arterial baja, hemorragias agudas, insuficiencia cardíaca congestiva o niveles muy bajos de albúmina en sangre, entre otras causas [48].

H. Diagnóstico

- **Por laboratorio**

El antígeno del rotavirus en muestras fecales puede ser detectado con varios métodos, que hacen posible la identificación oportuna del virus:

- Pruebas inmunoenzimáticas.
- La reacción en cadena de polimerasa con transcriptasa reversa o electroforesis en gel de poliacrilamida, que permiten caracterizar las cepas del virus [49].

- **Criterios de diagnóstico**

Para diagnosticar la enfermedad se realiza mediante la historia clínica detallada y el examen físico exhaustivo. Primero, se observa y examina al paciente para identificar signos y síntomas, con la finalidad de evaluar rápidamente el grado de deshidratación y decidir el tratamiento adecuado, que puede tener en cuenta el plan A, B o C [49].

- **Valoración del nivel de hidratación**

Se establece mediante las manifestaciones clínicas, las cuales evidencian la proporción de pérdida de líquidos, esto es fundamental para determinar el tratamiento según los planes A, B o C [49].

Signos importantes de deshidratación son:

- Letargia y somnolencia son diferentes. El niño letárgico no es solo cuando está dormido, sino que también su mente está apagada, mientras que en somnolencia no se despierta completamente y parece que está cerca de perder la conciencia.
- En ciertos bebés y niños, los ojos pueden estar más hundidos de lo normal. Es fundamental consultar con la madre si esa apariencia es normal en el niño o si ha cambiado recientemente.
- Lactantes o niños con marasmo la prueba del pliegue cutáneo resulta menos útil como indicador clínico.

- **Historia clínica**

Es esencial determinar los factores predisponentes y las causas de la diarrea, además de examinar las manifestaciones clínicas y sus características específicas, que comprenden el tiempo de duración de la enfermedad, la consistencia, frecuencia, color y olor de las deposiciones, así como la presencia de sangre o moco en las heces. También es relevante verificar si existen vómitos y elevación de la temperatura. Asimismo, se debe indagar sobre las condiciones de salud previas que puedan estar relacionadas, como episodios anteriores de diarrea, infecciones respiratorias, malaria, sarampión reciente, prácticas alimenticias previas a la enfermedad, alimentos consumidos durante el cuadro diarreico, cantidad y tipo de líquidos ingeridos, medicamentos o tratamientos administrados, y vacunas recibidas [49].

- **Examen físico**

Tiene que realizarse un examen físico exhaustivo, para evaluar rápidamente el nivel de hidratación y los signos vitales. Es importante tener en cuenta los siguientes signos de deshidratación:

- Aspecto general: ¿Alerta; intranquilo o irritable? ¿o presenta letargo o inconsciencia?
- Ojos: ¿Tiene una apariencia normal o están hundidos?
- Respuesta al darle agua o solución de rehidratación oral: ¿El niño acepta o rechaza el líquido? ¿toma con apetito o no?
- Turgencia cutánea: Se evalúa haciendo un pellizco en la piel y cuando vuelve rápidamente a la posición de origen, esto señala una adecuada hidratación.
- Temperatura: Controlar la temperatura con un termómetro, ya que la presencia de fiebre puede indicar signos de deshidratación severa o de una infección [49].

- **Patología clínica**

En los siguientes casos no se recomienda realizar exámenes para determinar la causa de la diarrea:

- Diarrea que persiste mayor a siete días.
- Si se sospecha de bacteriemia o sepsis.
- Si se trata de un lactante menor de tres meses, tiene el sistema inmune comprometido o presenta desnutrición moderada o severa.

En estos casos, se recomiendan los siguientes exámenes:

- Reacción inflamatoria en heces: Permite destacar (más de 50 por campo), lo que indica inflamación.
- Coprocultivo: Para detectar bacterias que causan la enfermedad.

- Coprofuncional: Examina grasas en las heces, sustancias reductoras y el pH de las heces.
- Examen parasitológico seriado: En casos que exista presencia de sangre y moco en las heces.
- Otros estudios complementarios: Pruebas para rotavirus, adenovirus intestinal y Campylobacter.
- Imágenes: Se emplean en situaciones concretas como cuando existe la sospecha de intususcepción en bebés o cuando hay complicaciones como íleo paralítico. Las pruebas de imagen comprenden radiografía abdominal, ecografía abdominal y tomografía computarizada (TAC) del abdomen [49].

2.2.3.2. Medidas de control

A. Tratamiento

Consiste en la rehidratación, ya sea oral o intravenosa, según el grado de deshidratación. Es importante iniciar la ingesta de líquidos adecuados tan pronto como se presente la diarrea. Las acciones inmediatas recomendadas son:

- Mantener una alimentación continua, dando prioridad a la lactancia materna.
- Administrar suplementos de sales de zinc y vitaminas.
- Proveer entre 100 y 110 calorías por kilogramo de peso al día, así como de dos a tres gramos de proteína por kilogramo de peso al día.
- En casos de diarrea aguda o persistente en niños se debe reducir la ingesta de lactosa. Limitándola a un máximo de 3,7 gramos por kilogramo al día.
- Si el niño presenta una intolerancia severa a la lactosa, es recomendable suspender por completo y optar por fórmulas especiales que contengan proteínas, ácido fólico, vitaminas A, B12 y C, además de zinc, durante un período mínimo de dos semanas. [39].

- **Planes de tratamiento**

Se clasifica según el grado de deshidratación [39]:

- ♦ **Plan A: Tratamiento en casa para prevenir la deshidratación y la desnutrición**

Este plan aplica cuando el niño con diarrea no tiene signos de deshidratación grave. Por lo tanto, será manejado en casa teniendo en cuenta lo siguiente:

- a) Aumentar la ingesta de líquidos**

Es fundamental que el niño ingiera una cantidad de líquidos superior a lo habitual, con el fin de compensar la pérdida de líquidos ocasionada por los episodios de diarrea y vómitos. Se deben administrar líquidos adecuados después de cada deposición para prevenir la deshidratación. Como opción, se pueden preparar soluciones de rehidratación caseras utilizando cereales.

- b) Continuar con la alimentación**

Seguir alimentando al niño durante el episodio de diarrea incluyendo la lactancia materna. La alimentación constante ayuda a que el intestino se mejore y recuperar la digestión y la absorción de nutrientes. Es aconsejable el consumo de alimentos sólidos, bien cocidos y en preparaciones blandas. No se recomienda usar fórmulas lácteas especiales a menos que el niño tenga intolerancia a la leche, lo cual puede aumentar las deposiciones y empeorar el cuadro clínico. Los alimentos deben ofrecerse con taza, vaso o cuchara si es necesario.

- c) Identificar signos de deshidratación, signos de alarma y cuando acudir al establecimiento de salud**

Es importante reconocer oportunamente cuándo un niño requiere atención médica urgente. Se debe acudir a un

centro sanitario si presenta alguno de los siguientes signos de alarma: deterioro del estado general, letargo, irritabilidad o hiperactividad excesiva, deposiciones líquidas muy frecuentes y de gran volumen, vómitos abundantes, deseo constante de ingerir agua, rechazo de alimentos y líquidos, fiebre elevada o presencia de sangre en las deposiciones.

d) Instrucciones para prevenir futuros episodios de diarrea

- Fomentar lactancia materna exclusiva hasta los seis meses posteriormente complementarla con alimentos hasta los dos años.
- Fomentar el hábito de lavarse las manos en momentos clave como después de usar el baño o cambiar pañales y antes de manipular los alimentos.
- Es recomendable hervir o clorar el agua antes de su consumo.
- Educar sobre la eliminación correcta de excretas o residuos sólidos.
- Manipular los alimentos de manera higiénica.
- Cumplir con el esquema de vacunación.

e) Administrar suplemento de zinc según indicaciones

Se debe administrar zinc según las indicaciones médicas, ya que ayuda a reducir la duración y severidad de la diarrea, además de disminuir su incidencia. La primera dosis generalmente se proporciona en el establecimiento de salud, mostrando su preparación y asegurando que el niño lo tolere. Si el niño toma otros suplementos como hierro o antibióticos, el zinc debe administrarse en horarios diferentes, al menos cuatro horas antes o después.

♦ **Plan B: Tratamiento de la diarrea en casos de deshidratación**

Cuando los niños presentan síntomas de deshidratación, es necesario que sean rehidratados con SRO en un establecimiento de salud.

Administración de solución de SRO según necesidad

Ofrecer la solución de SRO de forma libre administrando entre 50 – 100 ml/kg durante tres a cuatro horas; la solución tiene que ser de baja osmolaridad. Es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- Si el paciente acepta la solución de SRO más de lo indicado se ofrecerá más solución.
- Es importante mostrar a la madre sobre la forma correcta de administrar la solución de rehidratación oral, considerando la edad del niño. Si el niño es menor de dos años, se debe ofrecer una cucharadita cada dos minutos; si es mayor de dos años, se recomienda brindar sorbos frecuentes.

Monitoreo continuo durante la rehidratación

- Si el niño vomita, se recomienda esperar aproximadamente diez minutos antes de reanudar la administración de la solución. Pasado este tiempo, se puede comenzar a ofrecer pequeñas cantidades, iniciando con una cucharadita cada dos a tres minutos para evitar nuevos episodios de vómito.
- Si se observa hinchazón en los párpados, se debe suspender la administración de la solución de SRO y, en su lugar, ofrecer leche materna, agua o alimentos.
- Es necesario vigilar al paciente de forma regular, evaluando su estado clínico cada dos horas como máximo, hasta que desaparezcan los signos de deshidratación.

- Una vez que la madre haya aprendido a administrar correctamente la solución SRO y el niño la ingiera adecuadamente, se le debe proporcionar información sobre cómo continuar el tratamiento en casa, siguiendo las indicaciones del plan A.

Después de cuatro horas de rehidratación, se procederá a la evaluación:

- Si ya no hay signos de deshidratación y el niño cumple con los criterios para el alta, se continuará con el Plan A, comenzando, a ofrecer alimentos y líquidos de forma fraccionada y mientras sigue monitoreo del paciente.
- Si los signos de deshidratación persisten, se deberá extender el Plan B por dos horas adicionales y luego realizar nueva evaluación completa.
- Si el niño muestra síntomas de deshidratación grave o no responde al tratamiento, se debe cambiar inmediatamente al Plan C, que implica un manejo más intensivo.

♦ **Plan C: Tratamiento en el establecimiento de salud para la deshidratación grave con o sin shock**

Se proponen las siguientes indicaciones [32]:

- **Soluciones endovenosas:** En situaciones de deshidratación severa, particularmente cuando se manifiesta un shock, se recomienda utilizar soluciones intravenosas. El tratamiento empieza con la administración de bolos de solución salina al 0,9% o la solución de Lactato de Ringer. Cuando el shock y la deshidratación severa se han estabilizado, se inicia el tratamiento con una solución polielectrolítica estándar.
- **Manejo de deshidratación grave con shock:** Conseguir el acceso endovenoso rápidamente, si no es posible, se debe considerar una vía intraóseo o un acceso venoso

centra. Se administra un bolo de 20 ml/kg de solución salina al 0,9% en 10 a 15 minutos. Monitorear constantemente si el niño sigue en shock repetir el bolo. Cuando hay mejora o supera el estado de shock, se procede con el manejo de la deshidratación grave sin shock.

- **Manejo de la deshidratación grave sin shock:** En esta etapa se pasa a tratar la deshidratación grave sin shock usando soluciones con solución salina 0,9%, solución de lactato de Ringer y otras.

f) Prevención

Según la OMS [2], las medidas de prevención incluyen:

- Asegurar que el acceso a agua potable sea adecuado para el consumo diario.
- Utilizar servicios de saneamiento que sean adecuados y mejorados.
- Promover el lavado de manos con agua y jabón después de usar el baño, de cambiar los pañales del bebé y antes de manipular los alimentos.
- Ofrecer al bebé únicamente leche materna durante los primeros seis meses de vida.
- Mantener higiene adecuada tanto personal como en la manipulación de los alimentos.
- Fomentar la educación en salud acerca de la diarrea, incluyendo sus factores causales y los mecanismos de transmisión.
- Mantener buena higiene de los juguetes del niño, ya que pueden estar contaminados.
- Vacunar al niño contra rotavirus.

2.3. Definición de términos básicos

2.3.1. Conocimiento

El conocimiento consiste en un conjunto de información que se guarda en la memoria a través de la experiencia o del aprendizaje [50].

2.3.2. EDA

Es una enfermedad infecciosa causada por virus, bacterias, hongos y parásitos. Se presenta con evacuaciones de tres veces a más veces al día, que son sueltas o líquidas y en ocasiones puede ir acompañadas de vómito o fiebre [51].

2.3.3. Prevención de EDA

Es el conjunto de acciones y estrategias dirigidas a evitar la aparición y complicaciones de la diarrea, una condición que puede tener efectos graves en la salud. Estas medidas incluyen la hidratación adecuada para prevenir la deshidratación, el manejo nutricional para evitar el daño en el estado nutricional del paciente, y la reducción de la gravedad y duración de los episodios diarreicos, así como la prevención de futuros brotes [49].

2.3.4. Tratamiento de EDA

Es el conjunto de medidas médicas, farmacológicas, nutricionales o de soporte destinadas a aliviar, curar o controlar una enfermedad o condición. En el caso de las EDA, el tratamiento se centra en prevenir y corregir la deshidratación, reponer electrolitos y mantener el estado nutricional del paciente. Esto incluye la administración SRO para casos leves o moderados y terapia intravenosa en casos graves de deshidratación [49].

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Ámbito de estudio

La investigación se llevó a cabo en el distrito de Lajas, situado en la provincia de Chota, departamento de Cajamarca. Este distrito se caracteriza por sus zonas de climas templados y cálidos. Limita al sur con el distrito de Chugur (Hualgayoc), al este con el distrito de Chota, al oeste con los distritos de Uticyacu (Santa Cruz) y Cochabamba, y al norte con el distrito de Chiguirip y la provincia de Cutervo. Se encuentra a una altitud de 2137 metros sobre el nivel del mar [52].

La institución donde se desarrolló el estudio fue en el Centro de Salud Lajas, ubicado en el del distrito de Lajas, jirón Malecón Almirante Grau N° 100. El centro de salud tiene la clasificación I-4, pertenece a la Red Integrada de Salud (RIS-CHOTA), corresponde al Sistema de Salud Público y abarca una población de 176 madres de niños menores de cinco años, a quienes se les brinda una cartera de servicios, entre los que incluyen: detección temprana de cáncer, atenciones en consultorios externos, hospitalización, atención del recién nacido en el área de observación, ecografías, atención a gestantes durante el parto y servicios de radiología [53].

3.2. Diseño de investigación

Esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo, ya que se recolectó, midió y analizó los datos de la variable a estudiar. El estudio fue de diseño observacional, puesto que se observó y registró el comportamiento de la variable de estudio; además, tuvo un alcance descriptivo porque se buscó determinar el nivel de conocimiento sobre las EDA en madres de niños menores de cinco años. El estudio fue transversal, dado que la información se recolectó en una sola ocasión [54,55].

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

Este estudio estuvo conformado por una población de 176 madres de niños menores de cinco años del Centro de Salud Lajas [53].

3.3.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por un total de 77 madres de niños menores de cinco años que asisten al Centro de Salud Lajas, tomadas del padrón nominal actualizado del mismo centro. Para calcular el tamaño de la muestra, se empleó la fórmula n para poblaciones finitas, con el objetivo de garantizar que la muestra sea representativa de la población.

Primero:

$$n_0 = \frac{Z^2 PQ}{E^2}$$

Luego:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

Donde:

n : Representa al tamaño de la muestra.

Z : Equivale a 1,96 con un intervalo de confianza (I.C.) del 95%.

P : La probabilidad estadística de presentar conocimientos sobre las EDA, que es igual 0,9.

Q : La probabilidad estadística de no tener conocimientos sobre las EDA. Es el complemento de P ($1-P$), que es igual a 0,1.

E : Representa al error estándar permitido.

N : Se considera como la población total, que es igual a 176.

La unidad de estudio está compuesta por todas las madres de los niños menores de cinco años que han recibido atención en el Centro de Salud Lajas a lo largo de este año.

3.3.3. Muestreo

Considerando la población total, se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, seleccionándose al azar a 77 madres de niños menores de cinco años que acuden al Centro de Salud Lajas.

3.3.4. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Madres con hijos e hijas menores de cinco años.
- Madres que registradas en el padrón del Centro de Salud Lajas.
- Madres que aceptaron participar de manera voluntaria en la investigación.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Madres con dificultades auditivas y/o de comunicación.
- Madres que no contaban con hijos menores de cinco años.
- Madres que no eran usuarias del Centro de Salud Lajas.
- Madres que no firmaron el consentimiento informado.

3.4. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor dimensión	Valor final
Nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas	Es el conocimiento que una persona adquiere a través de la experiencia o la educación, y que le permite comprender de manera teórica las infecciones del tracto digestivo causadas por bacterias, virus o parásitos, siendo la diarrea el síntoma principal [32].	Generalidades (preguntas 1-11)	Definición	Bajo	Bajo (0 – 8 puntos) Medio (9 – 16 puntos) Alto (17 – 25 puntos)
			Tipos	(0 – 3 puntos)	
			Características	Medio (4 – 7 puntos)	
			Signos y síntomas	Alto	
			Causas	(8 – 11 puntos)	
		Medidas de prevención y control (preguntas 12-25)	Planes de manejo según severidad	Bajo (0 – 4 puntos) Medio (5 – 9 puntos) Alto (10 – 14 puntos)	
			Preparación de suero casero		
			Deshidratación		
			Lactancia materna		
			Lavado de manos y desinfección de alimentos		

			Conservación de agua		
			Acciones preventivas		
Características sociodemográficas		Grado de Instrucción	Sin educación Primaria Secundaria Superior	No aplica	No aplica
		Dedicación	Ama de casa Comercio Otros	No aplica	No aplica
		Estado civil	Soltera Casada Conviviente Divorciada Viuda	No aplica	No aplica
		Edad	Años cumplidos	No aplica	No aplica
		Residencia	Urbano Rural	No aplica	No aplica
		Saneamiento básico	Servicio de agua y desagüe	No aplica	No aplica

3.5. Descripción de la metodología

3.5.1. Métodos y técnicas de recolección de datos

La técnica que se utilizó para esta investigación fue la encuesta, que permitió obtener la información necesaria para dar respuesta a la pregunta de investigación y el instrumento a aplicar fue un cuestionario.

La estrategia que se empleó para la obtención de datos fue la encuesta autoadministrada, en la cual, cada uno de los participantes respondieron las preguntas por sí mismos. Esta encuesta fue sincrónica, porque el cuestionario fue resuelto en el mismo momento de su entrega, y confidencial, puesto que se mantuvo en reserva la información personal de los participantes.

Para realizar la investigación, se solicitó autorización al Gerente del Centro de Salud de Lajas, exponiendo el objetivo de esta investigación. Una vez obtenida la autorización por parte del gerente, se identificó a las madres de niños menores de cinco años a través de la nómina correspondiente. Luego, se solicitó el consentimiento informado a cada una de las madres que conforman la muestra, en el cual se detalló la autorización para la recolección de datos y la respuesta al cuestionario.

Una vez obtenidos los documentos necesarios, se aplicó los cuestionarios en el centro de salud y en los domicilios de las madres. Por último, se explicó en qué consiste la investigación y la manera correcta de completar el cuestionario, esto se realizó bajo la supervisión de las investigadoras.

3.5.2. Materiales

Instrumentos de medición

En la presente investigación se utilizó como instrumento de recolección de datos un cuestionario sobre el conocimiento de las EDA, validado por Nauca (2015). La validación cualitativa del instrumento se realizó mediante el juicio de expertos, donde participaron diez expertos en el

tema: ocho licenciadas especialistas y dos médicos cirujanos. Para la validez cuantitativa, se aplicó la prueba binomial, la cual obtuvo un grado de concordancia significativo ($p < 0,05$) para todo el cuestionario. En consecuencia, se determina que el instrumento de medición es confiable [56].

El cuestionario de nivel de conocimiento sobre las EDA se ha operacionalizado con 25 preguntas cerradas, las cuales están organizadas en dos dimensiones: generalidades y medidas de control. Cada pregunta tiene un puntaje de cero si la respuesta es incorrecta y uno si la respuesta es correcta. La valoración se dio en relación al puntaje total obtenido del cuestionario:

- Conocimiento bajo: 0 – 8 puntos.
- Conocimiento medio: 9 – 16 puntos.
- Conocimiento alto: 17 – 25 puntos.

Asimismo, para cada dimensión los puntajes fueron:

Dimensión: Generalidades

- Conocimiento bajo: 0 – 3 puntos.
- Conocimiento medio: 4 – 7 puntos.
- Conocimiento alto: 8 – 11 puntos.

Dimensión: Medidas de control

- Conocimiento bajo: 0 – 4 puntos.
- Conocimiento medio: 5 – 9 puntos.
- Conocimiento alto: 10 – 14 puntos.

Para la adaptación del instrumento al contexto de estudio, se realizó una prueba piloto encuestando a 20 madres de niños menores de cinco años del Centro de Salud Patrona de Chota, quienes cumplieron con las mismas características de la población en la investigación. Posteriormente, se realizó la prueba estadística Kuder-Richardson 20 (KR-20), debido a que este cuestionario tiene respuestas categorizadas

como correctas o incorrectas, lo cual se ajusta al requisito del KR-20 de trabajar con datos dicotómicos.

De esta manera, se halló que el instrumento tiene un coeficiente KR-20 igual a 0,8, lo que indica una buena confiabilidad del instrumento. Por lo tanto, el cuestionario es adecuado para captar de forma precisa el nivel de conocimientos en la población estudiada (Anexo 4).

3.6. Procesamiento y análisis de datos

Una vez recolectada la información a través del cuestionario, los datos fueron ingresados en una hoja de cálculo de Excel 2018 con el propósito de realizar la tabulación. Posteriormente, se exportaron los datos a un software estadístico con la finalidad de realizar el análisis respectivo.

Dicho análisis se basó en estadística descriptiva y los resultados correspondientes a la variable nivel de conocimiento se presentaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes, presentadas en tablas de frecuencia.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En esta sección, se interpretaron y analizaron los hallazgos, contrastándolos con la literatura científica existente. Los resultados contribuirán tanto al ámbito local como al campo de la salud pública, evidenciando la relevancia de la educación sanitaria en la reducción de complicaciones por EDA en menores de cinco años.

4.1. Determinar el nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas en madres de menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Lajas, Chota 2025

Tabla 1. Nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas en madres de menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Lajas, Chota 2025

Nivel de conocimiento	Total	
	N°	%
Bajo	1	1,3
Medio	24	31,2
Alto	52	67,5
Total	77	100,0

Fuente: Cuestionario sobre el conocimiento de las EDA

La Tabla 1 muestra que el 67,5% de las madres de niños menores de cinco años presentaron un nivel alto de conocimiento sobre las EDA; el 31,2% evidenció un nivel medio de conocimiento, mientras que únicamente el 1,3% mostró un nivel bajo.

Los resultados de este estudio difieren de la mayoría de los antecedentes revisados, que reportan el predominio del nivel medio de conocimiento sobre las EDA. En el estudio de Gaikwad y Biradar [18] determinaron que el 76,7%

de las madres tenían un conocimiento moderado, 13,3% conocimiento adecuado y el 10% conocimiento inadecuado. Asimismo, los estudios de Cámara y Castillo [23], y de Aiquipa y Quispe [28] reportaron que el 60% y el 68,6% de las madres, respectivamente, presentaban un nivel de conocimiento medio. Esta diferencia podría estar relacionada con el nivel educativo de la población participante en el presente estudio, donde prevalece un 42,9% de madres con educación secundaria y un 40,3% con educación superior. Este mayor nivel educativo posiblemente habría facilitado una mejor comprensión del tema, lo que explicaría un menor porcentaje en el nivel medio de conocimiento y un desplazamiento hacia niveles más altos de conocimiento.

Es diferente a estudios que identifican un nivel bajo de conocimiento, como los realizados por Mumtaz et al. [17] y Medina [24], quienes señalaron que el 43,1% y el 84,8% de las madres, respectivamente, presentaron un conocimiento deficiente. De manera similar, los estudios de Guanda y Carnevale [20], así como el de Soto [26], también reportaron altos porcentajes de conocimiento bajo, con un 55% y 55,4%, en cada caso. Los resultados del presente estudio difieren de otros estudios que evidencian un nivel bajo de conocimiento sobre las EDA debido a factores como el contexto, la demografía, el momento en que se llevó a cabo el estudio y los métodos empleados.

Estos resultados de estudios anteriores refuerzan la singularidad de los hallazgos de la presente investigación, en los que se muestra un nivel más elevado de conocimiento en el grupo poblacional estudiado. La diferencia señalada podría explicarse por una mejor incorporación de asuntos relacionados con la salud infantil en la comunidad, así como por una cobertura más amplia de programas de formación para las madres en el Centro de Salud de Lajas. Estos factores habrían contribuido de manera significativa a disminuir el vacío de conocimiento en las madres.

En este escenario, es relevante señalar que, en el estudio actual, más de la mitad de las madres mostraron un alto nivel de conocimiento sobre las EDA, lo cual contrasta con los antecedentes analizados. La falta de investigaciones

anteriores que presentan datos parecidos indica que el entorno del Centro de Salud Lajas cuenta con rasgos específicos, como la puesta en marcha de programas educativos permanentes, la disponibilidad de recursos informativos de alta calidad o una mayor conciencia sanitaria entre las madres. Estos elementos habrían contribuido a un nivel más elevado de conocimiento acerca de las EDA.

Sin embargo, es necesario señalar que más de una cuarta parte de las madres con hijos menores de cinco años tiene un nivel medio de conocimiento. Este indicador demuestra que las EDA siguen siendo un problema de salud pública, sobre todo en países en desarrollo como el nuestro. Esta circunstancia es el resultado de múltiples factores, como la ausencia de acceso a agua potable segura, las carencias en higiene y saneamiento y los problemas de desnutrición en niños. Estos elementos determinantes contribuyen a que las EDA continúen siendo una de las causas primordiales de morbilidad y mortalidad niños en menores de cinco años [2,3].

Según el INEI, los reportes indican que existe precariedad en el abastecimiento de agua en Perú. El 9,6 % de los habitantes del país no tiene acceso a agua potable; es decir, 3 530 100 personas reciben agua mediante camión cisterna (2,9 %), pozo (1,2 %), río, acequia o manantial (3,0 %) u otras fuentes (2,5 %) [1]. Además, el 22,8 % carece de acceso a servicios de saneamiento, eliminando las excretas a través de pozo ciego o negro (10,1 %), pozo séptico (4,8 %), río, acequia o canal (0,8 %), letrina (0,1 %) o sin ningún tipo de servicio de eliminación (7,0 %) [8].

De otra parte, a pesar de las distintas estrategias y programas que el MINSA ha puesto en marcha junto al Gobierno peruano, todavía hay falencias en la supervisión, vigilancia e intervención ante los casos de EDA. Estas restricciones se manifiestan en la constante morbilidad por EDA en niños menores de cinco años, lo que demuestra la necesidad de reforzar las medidas de prevención y control [14].

Este panorama se manifiesta en los hallazgos del estudio, donde una cantidad significativa de madres también tiene un nivel medio de conocimiento. Por otro lado, falta de acceso a agua segura y a servicios de saneamiento complica la higiene personal. Esto propicia que se propaguen los patógenos y, por lo tanto, que aumente la incidencia de EDA en menores de cinco años. Es fundamental reforzar la vigilancia epidemiológica para prevenir y manejar adecuadamente este tipo de enfermedades.

4.2. Describir las características sociodemográficas en madres de menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Lajas, 2025

Tabla 2. Características sociodemográficas en madres de menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Lajas, 2025

Características sociodemográficas		Nº	%
Edad (años)*		30,35 ± 8,09	
Grado de instrucción	Sin educación	2	2,6
	Primaria	11	14,3
	Secundaria	33	42,9
	Superior	31	40,3
Dedicación	Ama de casa	61	79,2
	Comercio	9	11,7
	Otros	7	9,1
Estado civil	Soltera	10	13,0
	Casada	10	13,0
	Conviviente	55	71,4
	Divorciada	2	2,6
Residencia	Urbano	59	76,6
	Rural	18	23,4
Agua y desagüe	No	3	3,9
	Si	74	96,1

*Media ± desviación estándar.

Fuente: Cuestionario sobre el conocimiento de las EDA

La Tabla 2 presenta las características sociodemográficas más frecuentes de las madres de menores de cinco años. Se observa una edad promedio de 30 años, el 42,9% cuenta con estudios de nivel secundario, el 79,2% se dedica a

las labores del hogar, el 71,4% se encuentra en condición de convivencia, el 76,6% proviene de zonas urbanas, y el 96,1% dispone de servicios básicos como agua potable y desagüe.

Los resultados son similares al de Javier [22], quien muestra que la mayoría de las madres tenían una edad promedio de 28 años con 40%, estudios de secundaria completa 51% y se dedican a los quehaceres del hogar 66%. Esta similitud, indica que, en contextos similares, las características sociodemográficas maternas tienden a ser homogéneas y podrían influir de manera directa en el nivel de atención de sus hijos y el conocimiento sobre EDA. El hecho de que las mujeres tengan un nivel educativo básico y sean, en su mayoría, amas de casa podría ayudar a que se concentren más en cuidar a los niños.

Es diferente al estudio realizado por Gohiya et al. [21], quienes reportaron que la mayoría de las madres se encontraban en el rango de 20 a 30 años, el 51,4% no tenía estudios formales y el 44,6% provenía de zonas rurales. Esto indica que perfil sociodemográfico materno influye en su nivel de conocimiento sobre las EDA. Mientras que en el presente estudio predominan madres con educación secundaria o superior y residencia en zonas urbanas, esto, de alguna manera, hace más accesibles los servicios preventivos y la información relacionada con la salud.

En cambio, el estudio de Gohiya et al. [21] sugiere que las limitadas oportunidades de recibir información apropiada, debido a la baja educación y al contexto rural, podrían estar vinculadas con un menor nivel de conocimiento en dicha población. Por otro lado, en un ambiente urbano con acceso a servicios esenciales y niveles de escolaridad más altos, como se aprecia en la investigación actual, esto favorece el aprendizaje de prácticas de cuidado y conocimientos más seguros.

Existen estudios que indican que los padres y cuidadores no aplican las medidas higiénicas saludables, tanto en la manipulación de alimentos, lavado de manos y esterilización del biberón [59]. En tanto, Rodríguez et al. [60], indicaron que

las medidas de prevención y control epidemiológico más importantes son los hábitos adecuados de higiene, como el lavado de manos con agua y jabón; además, de ser una forma muy económica. Al respecto, el MINSA indicó que el lavado de manos con agua y jabón puede eliminar hasta un 80% los microorganismos causantes de enfermedades y permite la remoción mecánica de la suciedad [61].

Entre los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de las EDA se consideran a la edad materna, el bajo grado de instrucción materna y la higiene personal y doméstica deficiente. Sin embargo, también existen factores protectores como la lactancia materna exclusiva, durante los primeros seis meses, alimentación complementaria adecuada a partir de los seis meses y medidas higiénico sanitarias. Estos últimos factores podrían haber influenciado positivamente en el alto nivel de conocimiento en la mayoría de las madres, al estar estrechamente relacionados con programas educativos y acciones de promoción de la salud [61].

En tal sentido, el desarrollo de las EDA no depende únicamente de factores sociodemográficos como la edad materna, el nivel de escolaridad, la ocupación, el estado civil, la procedencia o la disponibilidad de servicios básicos. Se trata de un fenómeno multifactorial en el que también intervienen factores determinantes del entorno, como las condiciones del medio ambiente, las políticas públicas en salud, el acceso a servicios de atención médica y las prácticas culturales [62].

Por lo tanto, es importante reconocer a tiempo los factores de riesgo relacionados con las EDA a fin de poner en práctica estrategias preventivas que sean efectivas y que ayuden a disminuir su incidencia y prevenir posibles complicaciones, sobre todo en los niños. Para evitar que el rotavirus se presente en la población más vulnerable, como los niños [63], es fundamental fomentar la vacunación completa contra este virus y mejorar las condiciones sanitarias, tales como promover y asegurar el acceso a agua potable, contar con saneamiento básico y mantener una higiene apropiada.

4.3. Identificar el nivel de conocimiento sobre generalidades de enfermedad diarreica aguda en madres de menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Lajas, 2025

Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre generalidades de enfermedad diarreica aguda en madres de menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Lajas, 2025

Nivel de conocimiento	Total	
	Nº	%
Bajo	1	1,3
Medio	33	42,9
Alto	43	55,8
Total	77	100,0

Fuente: Cuestionario sobre el conocimiento de las EDA

La Tabla 3 muestra que el 55,8% de las madres presentó un nivel alto de conocimiento sobre las generalidades de la EDA, mientras que el 42,9% evidenció un nivel medio y solo el 1,3% alcanzó un nivel bajo de conocimiento. Aunque el porcentaje de madres con nivel bajo de conocimiento es mínimo (1,3%), el resultado es relevante, ya que incluso un pequeño grupo con conocimientos insuficientes puede representar un riesgo para la salud de sus niños.

Estos hallazgos son parecidos a los que reportó Ñontol [25], quien encontró que el 39% de los participantes tenía un nivel alto de conocimiento sobre las EDA, mientras que el 33% tenía un nivel bajo y el 28% tenía un nivel medio. Esta coincidencia indica que, a pesar de que hay un grupo importante de madres con conocimientos apropiados, todavía existe una cantidad considerable con conocimientos limitados o intermedios.

Son diferentes al reporte de Huashua [27], quien identificó que el 28,5% de las madres tenían un bajo nivel de conocimiento en la dimensión de definición de EDA. El mayor nivel de conocimiento observado en el presente estudio podría indicar una mejor sensibilización y mayor exposición a campañas informativas sobre la salud infantil en el Centro de Salud Lajas Chota. Sin embargo, es importante destacar que todavía hay una parte significativa de madres con un nivel medio de conocimiento, lo que demuestra la necesidad de reforzar las tácticas educativas en salud para aumentar su capacidad de comprender y prevenir las EDA.

De igual manera son diferentes al reporte de Soto [26], quien encontró que el 55,4% de las madres tuvo un nivel de conocimiento deficiente sobre las EDA, seguido de un nivel regular (24,6%) y un nivel bueno (20%). Esta diferencia podría atribuirse a factores contextuales como el acceso limitado a servicios de salud, la falta de estrategias educativas efectivas o un menor nivel de escolaridad en la población estudiada por dicho autor.

El predominio del nivel alto de conocimiento en la dimensión de generalidades de la EDA, observado en más de la mitad de las madres participantes en el estudio, evidencia que ellas poseen información adecuada sobre aspectos fundamentales de las EDA como la definición, tipos de diarrea, características clínicas, manifestaciones y causas. Este nivel de comprensión representa un factor clave para una adecuada identificación temprana de la enfermedad y la adopción oportuna de medidas preventivas y de atención en el hogar.

A pesar del predominio del nivel alto de conocimiento, el 42,6% de las madres mostró un nivel medio en cuanto a las generalidades de las EDA, lo que demuestra la necesidad de seguir fortaleciendo las medidas de prevención en el entorno familiar. De acuerdo con la OMS [2], estas medidas incluyen: garantizar el acceso a agua potable segura, utilizar servicios de saneamiento adecuados, practicar el lavado de manos con agua y jabón en momentos clave, mantener la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, asegurar la higiene personal y de los alimentos, educar sobre la transmisión de infecciones, desinfectar los juguetes infantiles y asegurar la vacunación contra el rotavirus.

4.4. Identificar el nivel de conocimiento sobre medidas de control de las EDA en madres de menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Lajas, 2025

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre medidas de control de las EDA en madres de menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Lajas, 2025

Nivel de conocimiento	Total	
	Nº	%
Bajo	0	0,0
Medio	26	33,8
Alto	51	66,2
Total	77	100,0

Fuente: Cuestionario sobre el conocimiento de las EDA

La Tabla 4 muestra que el 66,2% de las madres presentó un nivel alto de conocimiento sobre las medidas de control de las EDA, mientras que el 33,8% evidenció un nivel medio de conocimiento.

Los resultados del presente estudio coinciden con los hallazgos de Ñontol [25], quien reportó que el 40% de las madres alcanzaron un nivel alto de conocimiento en medidas preventivas contra las EDA. Este resultado está relacionado con la frecuencia de asistencia de las madres a los servicios de atención primaria en salud, donde reciben orientación y consejería por parte del personal de salud, lo cual refuerza sus conocimientos y prácticas en el cuidado infantil.

Sin embargo, estos resultados difieren del estudio realizado por Huashua [27], quien reportó que el 28,5% de las madres presentó un nivel bajo de conocimiento en la dimensión relacionada con las medidas preventivas de las EDA. Esta discrepancia podría estar vinculada a diferencias en el acceso a información, nivel educativo o cobertura de los programas de promoción de la

salud en las respectivas poblaciones. De igual manera son diferentes al estudio de Aiquipa y Quispe [28], quienes reportaron que el 94,9% de madres tenía un nivel regular de conocimiento de EDA.

La preponderancia del nivel alto de conocimiento sobre las medidas de control de las EDA indica que más de la mitad de las madres encuestadas poseen información adecuada sobre aspectos clave como el plan de manejo según la severidad del cuadro clínico, la preparación del suero casero, el manejo de la deshidratación, la importancia de la lactancia materna, la técnica adecuada de lavado de manos y la desinfección de los alimentos [32]. Este nivel de conocimiento constituye un factor protector fundamental para la prevención de complicaciones y la reducción de la morbilidad infantil.

No obstante, también se observa que el 33,8% de las madres presentó un nivel medio de conocimiento sobre las medidas de control de las EDA, situación preocupante si se considera que esta carencia de información puede limitar la capacidad de respuesta adecuada ante episodios de diarrea en sus hijos. Esta falta de conocimiento incrementa el riesgo de complicaciones como la deshidratación severa y la hospitalización, especialmente en contextos donde el acceso a servicios de salud es limitado. Por ello, se hace necesario reforzar las estrategias educativas dirigidas a esta población, con el fin de garantizar una atención oportuna y efectiva.

Asimismo, la OMS indica que las EDA pueden prevenirse y tratarse; sin embargo, como se muestra en el estudio, siguen siendo un desafío significativo para la salud pública en los países en desarrollo, debido a sus múltiples causas. En el caso de Perú, constituyen una de las causas importantes de enfermedad y defunción en menores de cinco años, siendo la deshidratación la complicación más frecuente. Además, esta enfermedad representa una alerta sobre el incremento de la incidencia de desnutrición en este grupo etario. Cuanto menor sea la edad que tenga el niño, mayor será la probabilidad de presentar diarrea severa, incrementándose el riesgo de deshidratación [2].

En tal sentido, ha resultado relevante argumentar esta investigación con el Modelo de Promoción de la Salud de Pender, lo cual permite orientar y comprender los comportamientos relacionados con la salud, así como fomentar

la adopción de conductas saludables [32]. Este modelo se basa en la educación y la promoción de estilos de vida sanos, destacando el papel fundamental que desempeñan los profesionales de Enfermería en el entorno sanitario. Su intervención es clave para influir en el cambio y adopción de comportamientos saludables de las madres, especialmente en lo que respecta al cuidado de su propia salud y la de su familia con prioridad en los menores de cinco años.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Más de la mitad de las madres de menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud de Lajas presentaron un nivel alto de conocimiento sobre las EDA, debido a sus condiciones sociodemográficas favorables.
- Las características sociodemográficas más frecuentes entre las madres de menores de cinco años incluyen una edad promedio de 30 años, un nivel educativo predominante de secundaria, dedicación a las labores del hogar, estado civil de convivencia, procedencia urbana y acceso a servicios básicos como agua potable y desagüe, estas condiciones contribuyen a tener un mayor nivel de conocimiento sobre la prevención y control de las EDA.
- El nivel de conocimiento sobre las generalidades de las EDA en madres de menores de cinco años fue mayoritariamente alto; no obstante, también se identificó una proporción considerable con nivel medio. Esto demuestra un nivel de conocimiento alto favorece la identificación temprana de las EDA, la adopción de comportamientos saludables; sin embargo, quienes tienen un nivel medio requieren de seguimiento y reforzamiento en el cuidado infantil.
- El nivel de conocimiento sobre las medidas de control de las EDA en madres de menores de cinco años fue predominantemente alto; no obstante, también se identificó una proporción considerable de madres con un nivel medio. El conocimiento se mostró en las medidas de control, manejo de la deshidratación y lavado de manos, representando un factor de protección ante complicaciones severas; aún se requiere enfatizar en acciones de promoción y educación en salud para fortalecer la capacidad de respuesta de las madres.

5.2. Recomendaciones

- A los directivos y docentes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, se recomienda fortalecer la línea de investigación en salud infantil con estudios de intervención.
- A los profesionales del Centro de Salud Lajas, mantener y fortalecer las estrategias educativas, para mejorar el nivel de conocimientos sobre las EDA en madres de menores de cinco años, mediante intervenciones interinstitucionales y participación de la población en las actividades de información, educación y comunicación en salud.
- A las madres que acuden al Centro de Salud Lajas, se les recomienda continuar participando activamente en los programas y talleres educativos orientados a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, a fin de fortalecer sus conocimientos para la prevención y el manejo oportuno las EDA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades diarreicas 2024. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
2. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública. Morbilidad por enfermedad diarreica aguda. Colombia: 2024. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_ADA%2024.pdf
3. Wahab MJ, Faris SH. Mothers' knowledge about prevention of diarrhea in children under five years at the Eastern AL Hamza City. *Int J Health Sci (Qassim)* 2022;10408–16. <https://www.neliti.com/publications/430391/mothers-knowledge-about-prevention-of-diarrhea-in-children-under-five-years-at-t>
4. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad diarreica 2024. (accessed April 14, 2025). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
5. Said HS, Elhawy LL, Abd El-Sattar EM. Mothers' Knowledge and Behavior Regarding Home Management of Diarrhea among Children under Five Years-Interventional Study. *Egyptian Journal of Community Medicine* https://ejcm.journals.ekb.eg/article_352914_2c7b28fd0f613557e7477251ded58aff.pdf
6. Saleh AK, Armishty F, Hossam P, Melhim H, Nawaf Q. Mother's Knowledge, Attitude, and Practice Toward the Prevention and Home-Based Management of Diarrheal Disease Among Under-Five Children in Kurdistan Region of Iraq. *Cureus* 2024. <https://www.cureus.com/articles/318994-mothers-knowledge-attitude-and-practice-toward-the-prevention-and-home-based-management-of-diarrheal-disease-among-under-five-children-in-kurdistan-region-of-iraq#!/>
7. Azanaw J, Malede A, Yalew HF, Worede EA. Determinants of diarrhoeal diseases among under-five children in Africa (2013–2023): a comprehensive systematic review highlighting geographic variances, socioeconomic influences, and environmental factors. *BMC Public Health* 2024;24:1–18. <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-19962-0>

8. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Formas de Acceso al Agua y Saneamiento Básico. Lima, Perú: 2023. https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_agua_2023.pdf
9. Bohorquez-Moreno C, Del-Toro-Rubio M, Díaz-Pérez A. Conocimientos y prácticas sobre enfermedad diarreica aguda en madres adolescentes. Cartagena, Colombia. Revista Ciencia y Cuidado 2020. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/2230/2787>
10. Ministerio de Salud del Perú. Boletín epidemiológico del Perú. 2024. <https://www.gob.pe/institucion/regionloreto-rsdatem/informes-publicaciones/5494163-boletines-epidemiologicos-2024>
11. Ortega J, Ruiz M. Determinantes de riesgo relacionados con la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años en una zona rural de Huánuco, Perú. Revista Científica de Salud UNITEPC 2021. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2520-98252021000200033
12. Ministerio de Salud. Número de episodios de diarreas agudas, Perú 2019 a 2024*. Lima, Perú: 2024. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2024/SE03/edas.pdf>
13. Red Integrada de Salud Chota. Cuadro de mando de enfermedades diarreicas agudas 2021-2024. Lajas, Cajamarca: 2024.
14. Naciones Unidas. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Edición especial. 2023. https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023_Spanish.pdf
15. Hanif A, Yasmeen S. Knowledge about childhood diarrhea among mothers: A systematic review of 2020 onwards. PJBMR 2023;1:28–35. <https://www.pjbmr.com/index.php/pjbmr/article/view/14>
16. Alrafiaah AS, Albraikan A, AlJaafari A, AlAbbad A, Alfehaid H, Alqueflie S, et al. Assessment of Maternal Knowledge and Practices Regarding Acute Diarrheal Illnesses in Children in Saudi Arabia: A Tertiary Care Center Survey. Cureus 2022. <https://doi.org/10.7759/cureus.33116>.

17. Mumtaz A, Qureshi I, Manzoor I, Faizan M, Fasseh M, Mubariz M, et al. Maternal Knowledge and Practices for Prevention of Acute Diarrheal Diseases in Children under 5 years of age. *Journal of University College of Medicine & Dentistry* 2022;1:14–9. <https://goo.su/s1Zu>

18. Gaikwad SG, Biradar VS. Knowledge Regarding Diarrhea Among The Mothers Of Under Five Children. *Journal of Nursing Practices and Research* 2022;2. <https://discovery.researcher.life/article/knowledge-regarding-diarrhea-among-the-mothers-of-under-five-children/ad7cd8ed89e23b74a63a822e60ef8125>

19. Saad EA, Abdallalbrahim M. Awareness and Knowledge of Mothers Regarding Home Management of Diarrheal Disease for Children Less Than Five. *Int J Healthc Med Sci* 2021:58–62. [https://doi.org/https://www.arpgweb.com/pdf-files/ijhms7\(3\)58-62.pdf](https://doi.org/https://www.arpgweb.com/pdf-files/ijhms7(3)58-62.pdf).

20. Guanda A, Carnevale M. Nivel de conocimiento de las madres sobre el estado de deshidratación en niños con diarrea Hospital Pediátrico Agustín Zubillaga. *Boletín Médico de Postgrado* 2021;37:50–5. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/06/1248006/guanda-et-al.pdf>

21. Gohiya P, Shrivastava V, Mandavi S, Dwivedi R. A study to identify knowledge, attitude and practices prevalent amongst the caregivers of children below five years presenting with acute diarrhoea in a tertiary care centre. *Int J Contemp Pediatrics* 2020;7:1361–6. <https://doi.org/10.18203/2349-3291.ijcp20202148>.

22. Javier M. Nivel de conocimiento materno sobre prevención de enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años Centro de Salud - la Huayrona, Lima 2022. Tesis de pregrado. Universidad Privada del Norte, 2024. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/b400aef-d-8ead-4368-95f1-ea5580ca24d1/content>

23. Camara J, Castillo F. Conocimiento y prácticas preventivas sobre enfermedades diarreicas agudas en madres de niños menores de 5 años en una asociación de propietarios, Lurigancho - Chosica, 2023. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/135637>

24. Medina C. Conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas y su relación con las prácticas de prevención en madres de niños menores de 5 años del Hospital II Vitarte EsSalud, 2023. Tesis de pregrado. Universidad Norbert Wiener, 2024. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/b400aef-d-8ead-4368-95f1-ea5580ca24d1/content>

25. Ñontol D. Nivel de conocimiento sobre las enfermedades diarreicas agudas y prácticas de prevención en madres de niños menores de 5 años del programa de CRED del C.S. de San Juan de Amancaes-Lima- 2022. Tesis de pregrado. Universidad Norbert Wiener, 2022. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/bb95915f-2279-448f-87d4-8fd482e2f4ae>
26. Soto Y. Nivel de Conocimiento sobre Enfermedades Diarreicas Agudas y Determinantes Biosocioeconómicos en Madres de Niños Menores de 5 años. Centro Poblado de Toclla - Huaraz, 2019. Tesis de pregrado. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, 2022. <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/29398>
27. Huashua C. Nivel de conocimientos y su relación con las prácticas de prevención de enfermedades diarreicas agudas en las madres de niños menores de cinco años en el servicio de pediatría en un hospital de Lima Metropolitana, 2022. Tesis de pregrado. Universidad Norbert Wiener, 2022. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/c97398ea-9963-4a80-8e94-ea2824df091d>
28. Aiquipa C, Quispe S. Nivel de conocimiento y prácticas de prevención de enfermedades diarreicas agudas en madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud de Lliupapuquio, Andahuaylas 2022. Tesis de pregrado. Universidad Tecnológica de los Andes, 2023. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/renati/3388717>
29. Sangay M. Conocimientos de las Madres de Niños Menores de 5 años sobre Enfermedades Diarreicas Agudas y la Práctica de Medidas de Prevención, Puesto de Salud Agocucho- Cajamarca. Tesis de pregrado. Universidad Nacional de Cajamarca, 2022. <https://goo.su/rwkAbz>
30. Chávez L, Vásquez M. Conocimientos y prácticas en prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades diarreicas agudas, por madres con niños menores de 5 años. Consultorios de Atención Integral del Niño. Hospital II-E Simón Bolívar. Cajamarca – 2019. Tesis de pregrado. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, 2020. <https://es.scribd.com/document/470484009/TESIS-ULTIMA-PRESENTACION-docx>
31. Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 10 edición. Barcelona, España: 2022. <https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

32. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria* 2011;8:16–23. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003
33. Londoño S. *Teorías en Enfermería* 2011. <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741823004.pdf>
34. *Gestión del conocimiento. Tipos de conocimientos* 2013. <https://www.redalyc.org/pdf/5343/534366871003.pdf>
35. Villasana L, Hernández P, Ramírez É. La gestión del conocimiento, pasado, presente y futuro. Una revisión de la literatura. *Trascender, Contabilidad y Gestión* 2021;6:53–78. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-63882021000300053
36. Flores M. Gestión del conocimiento organizacional en el taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas 2005. <https://www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260241.html>
37. Borroto JM. La gestión del conocimiento en la nueva economía. Algunos apuntes. *Ciencia En Su PC* 2007;1:30–40. <https://www.redalyc.org/pdf/1813/181315033004.pdf>
38. Neill DA, Cortez L. *Procesos y Fundamentos de la Investigación Científica*. 1 era. Machala, Ecuador: 2018.
39. Ministerio de Salud. *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarréica Aguda en la Niña y el Niño*. Lima, Perú: 2017. https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/01InformacionInst/archivolegaldigital/Directiva2017/RM_755-2017-MINSA.pdf
40. Grupo CTO. *Manual CTO de enfermería*. 2 da. Madrid, España: 2013. <https://goo.su/geLy>
41. Díaz J, Echezuria L, Petit N, Cardozo M, Arias A, Rísquez A. Diarrea aguda: Epidemiología, concepto, clasificación, clínica, diagnóstico, vacuna contra rotavirus. *Arch Venez Puer Ped* 2014;77. https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492014000100007

42. Maigual D. Complicaciones en pacientes preescolares con diarrea aguda en Hospital León Becerra 2014- 2015. Tesis de pregrado. Universidad de Guayaquil, 2018. <https://repositorio.ug.edu.ec/items/5e7428a6-f6a4-4a87-a36d-3a91f4938aad>
43. Infobae. Deshidratación: causas, síntomas, diagnóstico y tratamiento 2023. <https://www.infobae.com/noticias/2023/01/01/deshidratacion-causas-sintomas-diagnostico-y-tratamiento/>
44. Organización Mundial de la Salud. Malnutrición 2024. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition> (accessed February 3, 2025).
45. Viera AJ, Wouk N. Potassium Disorders: Hypokalemia and Hyperkalemia. Am Fam Physician 2015;92:487–95. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26371733/>
46. Instituto Nacional del Cáncer. Crisis convulsiva 2024. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/crisis-convulsiva> (accessed February 3, 2025).
47. Pantoja-Costa I, Quiñones-Tafur T, Sosa-Flores J, Peralta I, Zeña-Ñañez S, Valladares-Garrido M. Factores asociados a crisis convulsiva febril en niños peruanos. Rev Cubana Med Milit 2022;51:e02202070. <https://acortar.link/TPOhX0>.
48. Bonilla S, Gualán M, Chacón G, Torres L. Insuficiencia Renal Aguda. In: Universidad Católica de Cuenca, editor. Medicina de Urgencias, vol. 2. Primera edición, Primera Edición; 2022, p. 2022. <https://n9.cl/n7kqj>.
49. Unidad de Atención Integral Especializada-Emergencia. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Diarrea Aguda Infecciosa en Paciente Pediátrico. Lima, Perú: 2022. <https://doi.org/https://n9.cl/mzpnns>.
50. Definición.De. Conocimiento 2024. https://www.academia.edu/34556539/DEFINICION_DE_CONOCIMIENTO
51. Gobierno del Perú. ¿Qué es la enfermedad diarreica aguda (EDA)? 2024. <https://www.gob.pe/21241-que-es-la-enfermedad-diarreica-aguda-eda>
52. Gobierno del Perú. Municipalidad Distrital de Lajas 2024.

53. Centro de Salud Lajas. Registro Diario del Centro de Salud Lajas. Lajas, Perú: 2023.
54. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 2018.
55. Supo J. Seminarios de Investigación Científica. 2014. <https://ecobiouvm.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/08/sipro-sinopsis-del-libro.pdf>
56. Nauca Y. Nivel de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda y su relación con prácticas preventivas. Tesis de especialista. Universidad San Martín de Porres, 2015. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/1851>
57. Aldana G, Tovar B, Vargas Y, Joya N. Formación bioética en enfermería desde la perspectiva de los docentes. Rev Latinoam Bioet 2021;20:121–41. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022020000200121
58. ABC ciencia. Rigor científico y ética 2004. <https://es.scribd.com/document/685352708/ABC-de-La-Investigacion>
59. Aldas AG. Estrategia para la prevención de enfermedades diarreicas aguda en niños menores de 3 años en el hospital del instituto de seguridad social del servicio de pediatría de la Ciudad de Ambato, 2015 - febrero 2016 (Internet) Ambato: Universidad Regional Autónoma de Los Andes (UNIANDES); 2017. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/6006?locale=es>.
60. Rodríguez E, Arias A, Sifontes S, Luna H, Gaiti J. Epidemiología. Arch Venez Puer Ped (Internet) 2010 Mar; 73(1): 28-34 (Consultado 2021 Ene 29) Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492010000100007
61. Ortega Pacaya Julia, Ruiz Aquino Mely. Determinantes de riesgo relacionados con la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años en una zona rural de Huánuco, Perú. Revista UNITEPC [Internet]. 2021 [citado 08 julio del 2025]; 8(2): 33-43. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2520-98252021000200033

62. Sánchez NM, Aldaz C, González JE. Características sociodemográficas en preescolares y riesgo de enfermedades diarreicas. 2017. Disponible en: <https://goo.su/VTSQkdu>
63. Rodríguez E, Arias A, Sifontes S, Luna H, Gaiti J. Epidemiología. Arco Venez Puer Ped (Internet) 2010 Mar; 73(1): 28-34 (Consultado 29 ene 2021) Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492010000100007&lng=es

ANEXOS

Anexo 1. Formato de Consentimiento informado

Consentimiento informado

Título de la investigación

“Nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas en madres de menores de cinco años. Centro de Salud Lajas, Chota 2025”.

Objetivo de la investigación

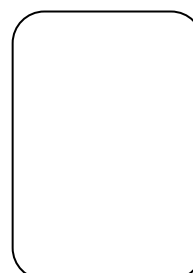
Determinar el nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas en madres de menores de cinco años atendidos en el centro de salud lajas, chota 2025.

Yo.....identificada con

DNI N°, según de la información brindada por las bachilleres de la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Chota Miriam Leonela Coronado Huaman y Karolay Zadith Silva Villanueva; acepto brindar el consentimiento solicitado por las mencionadas bachilleres, teniendo en cuenta que la información obtenida será solamente para las investigadoras y mi identidad no será revelada.

Chota.....de..... del 2025

Firma



Huella

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos.



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA**
Escuela Profesional de
Enfermería

**“Nivel de conocimiento sobre
enfermedades diarreicas agudas en
madres de menores de cinco años.
Centro de Salud Lajas , Chota 2025”**

CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS EDA

(Nauca, 2015)

I. INTRODUCCIÓN

Sra. tenga usted muy buenos días, somos estudiantes de enfermería, estamos realizando un estudio de investigación titulado: **“Nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas en madres de menores de cinco años. Centro de Salud Lajas, Chota 2025”**. Por lo cual solicitamos su colaboración con el llenado del presente cuestionario que forma parte del estudio. Agradezco su colaboración y le recuerdo que es de carácter anónimo por lo cual solicito su respuesta en forma veraz.

II. DATOS GENERALES

Edad:

Grado de instrucción

- a) Sin educación.
- b) Primaria.
- c) Secundaria.
- d) Superior .

¿A qué se dedica?

- a) Ama de casa.
- b) Comercio.
- c) Otros:

¿Cuál es su estado civil?

- a) Soltera.
- b) Casada.
- c) Conviviente.

- d) Divorciada.
- e) Viuda.

Lugar de residencia

- a) Urbano.
- b) Rural .

Servicios de agua y desagüe

- a) Si.
- b) No.

III. Cuestionario:

1) ¿La diarrea se define como?

- a. Deposiciones líquidas más de 1 vez al día.
- b. Deposiciones líquidas más de 3 veces al día.**
- c. Deposiciones líquidas 2 veces al día.
- d. Deposiciones líquidas abundantes al día.

2) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones pueden ser la causa de la diarrea?

- a. Consumos de alimentos con cáscara y lavados.
- b. Frutas y verduras consumidas sin lavar.**
- c. Consumo de agua hervida y clorada.
- d. Consumo de alimentos cocidos y cubiertos.

¿Qué indica la presencia de sangre en las deposiciones?

- a. Peligro de muerte.
- b. Infección.**
- c. Muerte inmediata.
- d. Deshidratación leve.

4) ¿Por qué son necesarias las vacunas?

a. Porque permite generar defensas que lo protegen de las enfermedades.

b. Porque evita la diarrea.

c. Porque ayuda con el crecimiento del niño.

d. Porque permite el adecuado desarrollo del niño.

5) ¿Cuándo su hijo tiene diarrea, a donde acude?

a. Al naturista.

b. Farmacia.

c. Centro de Salud.

d. No lo saca de casa.

6) ¿Cómo se prepara el suero casero?

a. 8 cucharaditas de azúcar y una cucharadita de sal en 1 litro de agua.

b. 6 cucharadas de azúcar y dos cucharitas de sal en 1 litro de agua.

c. 1 cucharada de azúcar y una cucharadita de sal en 1 litro de agua.

d. 3 cucharadas de azúcar y dos cucharaditas de sal en 1 litro de agua.

7) ¿Para qué sirven las sales de rehidratación oral?

a. Prevenir la diarrea.

b. Tratar el cólico.

c. Reponer los líquidos que pierde el niño por la diarrea.

d. Curar las diarreas.

8) ¿Cuánto tiempo dura las sales de rehidratación oral y el suero casero una vez preparado?

a. 24 horas a temperatura ambiente.

b. 48 horas o 2 días en refrigeración.

c. Solo 6 horas.

9) ¿Cómo se administra el suero casero en niños menores de 2 años?

a. Con cucharadita pausadamente.

b. Con biberón hasta llenarse.

- c. Darle seguido para que sane rápido.
- d. En el vaso, aunque el niño no pida.

10) ¿Qué debe hacer cuando su hijo tiene diarrea?

- a. No darle comida.
- b. Brindarle comida en forma fraccionada, varias veces al día.**
- c. Darle solo frutas, ensaladas o lo que le gusta al niño.
- d. Darle leche.

11) ¿En qué momento debe darle suero de rehidratación oral a su hijo?

- a. Después de cada diarrea.**
- b. En cualquier momento.
- c. Cuando llora con lágrimas.
- d. Cuando vomita todo.

12) ¿Si su niño tiene diarrea, en qué circunstancias lo lleva al Centro de Salud?

- a. Cuando llora sin lágrimas y deja de tomar líquidos.
- b. Tiene piel seca y bebe agua.
- c. Cuando presentan 2 deposiciones líquidas seguidas.**
- d. Cuando llora demasiado con lágrimas y bebe.

13) ¿Qué le debe dar a su hijo cuando tiene diarrea?

- a. Agua de anís.
- b. Suero casero.**
- c. Nada porque todo lo elimina.
- d. Solo comida.

14) El tratamiento de un niño que está muy deshidratado incluye:

- a. Tratamiento con suero endovenoso en el hospital.**
- b. Administrar abundante líquido en el hogar.
- c. Aumentar la frecuencia de alimentos en el hogar.
- d. Antibióticos por vía oral o endovenoso.

15) ¿Se presenta como complicación de la diarrea?

- a. Deshidratación.**
- b. Infección.
- c. Buena nutrición.
- d. Aumento de peso.

16) ¿Qué puede pasar si su hijo está muy deshidratado?

- a. Puede entrar en shock y morir.**
- b. Puede darle fiebre y complicarse.
- c. Puede aumentar de peso.
- d. Puede empeorarse si le doy un poco agua.

17) ¿Cómo debe almacenarse el agua para consumo, cuando no hay agua potable conectada a red en su casa?

- a. En un depósito limpio con tapa.**
- b. En un cilindro sin tapa.
- c. No debe almacenarse.
- d. En cualquier depósito.

18) ¿Con qué frecuencia debe cambiarse el agua almacenada para consumo?

- a. Cada 7 días.
- b. Interdiario.**
- c. Cada 3 días.
- d. Cuando se acabe el agua.

19) ¿Dónde deben ser ubicados los depósitos de basura, antes de ser eliminados en el camión recolector?

- a. Dentro de la casa en un recipiente con tapa.**
- b. Dentro de la casa en un tacho.
- c. Fuera de la casa.
- d. Montículo de basura.

20) Antes de preparar los alimentos usted:

- a. Lava muy bien los alimentos.
- b. Se lava las manos.
- c. Verifica que se encuentra en buenas condiciones.
- d. Todas son correctas.

21) En relación a la preparación de los alimentos, señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:

- a. Antes de preparar los alimentos los lava bien en agua potable o clorada.
- b. No le preocupa la condición en que se encuentran los alimentos.
- c. Si hay tiempo suficiente lavarlos bien.
- d. Si se va a cocinar, no es necesario lavarlo previamente.

22) ¿Por qué es importante lavarse las manos con agua y jabón?

- a. Porque protege de enfermedades.
- b. Porque evita la fiebre.
- c. Porque cura enfermedades.
- d. Porque es costumbre lavarse.

23) ¿Cuándo deben lavarse las manos con agua y jabón?

- a. Antes de preparar los alimentos.
- b. Solo después de ir al baño.
- c. Antes de cambiar el pañal.
- d. Cuando se pueda.

24) ¿En qué lugar debe eliminar los pañales descartables de su niño cuando hace deposición?

- a. En un tacho con tapa.
- b. Lo deja al aire libre.
- c. Lo desecha en cualquier lugar.
- d. Lo tira al piso, al lado de su cama hasta que pasa el basurero.

25) ¿Con qué frecuencia usted debe eliminar los pañales descartables sucios?

- a. Se debe eliminar diariamente.

- b.** Se debe eliminar cada 2 días.
- c.** Se debe eliminar semanalmente.
- d.** Cuando pase el basurero.

Anexo 3. Matriz de consistencia

Título	Formulación del problema	Objetivos	Técnicas de instrumentos
“Nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas en madres de menores de cinco años. Centro de Salud Lajas, Chota 2025”	¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas en madres de menores de cinco años, Centro de Salud Lajas, Chota 2025?	Objetivo general. Determinar el nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas en madres de menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Lajas, Chota 2025. Objetivos específicos. ✓ Describir las características sociodemográficas en madres de menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Lajas, Chota 2025.	Técnicas ✓ Encuesta Instrumentos. ✓ Cuestionario: Nivel de conocimiento de la EDA.

		✓ Identificar el nivel de conocimiento sobre generalidades de EDA en madres de menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Lajas, Chota 2025. ✓ Identificar el nivel de conocimiento sobre medidas de control de las EDA en madres de menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Lajas, Chota 2025	
--	--	--	--

Anexo 4. Confiabilidad del Instrumento.

Participantes	Ítems																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
4	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1
5	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1
9	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1
10	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0
11	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1
12	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1
13	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1
15	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1
17	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1

Respuesta incorrecta: 0

Respuesta correcta: 1

Análisis de la confiabilidad

El análisis de investigación empleó la prueba Kuder-Richardson 20 (KR-20); ya que, el instrumento de investigación evalúa el nivel de conocimiento sobre enfermedades diarreicas agudas en madres de niños atendidos en el Centro de Salud Lajas, este cuestionario tiene respuestas categorizadas como correctas o incorrectas, lo cual se ajusta al requisito del KR-20 de trabajar con datos dicotómicos. De esta manera, se sigue la siguiente formula:

$$KR_{20} = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum pq}{S_x^2} \right)$$

Donde:

n: es el número de ítems o preguntas.

p: es el total de respuestas correctas.

q: es el total de respuestas incorrectas.

S²: es la varianza total.

La prueba KR-20 halló que el instrumento tiene un coeficiente igual a 0.8, lo que indica una **buena** confiabilidad del instrumento. Por lo tanto, el cuestionario es adecuado para captar de forma precisa el nivel de conocimientos en la población estudiada. La interpretación se consideró según la siguiente tabla:

Coeficiente	Interpretación
≥ 0,9	Excelente
≥ 0,8	Bueno
≥ 0,7	Aceptable
≥ 0,6	Cuestionable
≥ 0,5	Pobre
< 0,5	Inaceptable