

UNIVERSIDAD FASTA
FACULTAD DE CS. MÉDICAS
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN



CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS MATERNAS FRENTE A LA DIARREA INFANTIL AGUDA

BELEN OCAMPO MONTERO

Tutora: Lic. ANDREA DIRR

Co-tutor: Dr. PABLO DE LA COLINA

DPTO. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

2014

Muchas de las cosas que necesitamos pueden esperar.

El niño no puede, ahora es la hora.

*Se están formando sus huesos, se está haciendo su
sangre y se están desarrollando sus sentidos.*

No podemos responderle mañana.

Gabriela Mistral

Dedico y agradezco este trabajo a mis padres por
levantar mis brazos cuando estaban abatidos.

Mamá: esto es tuyo, Gracias por tu perseverancia.

Los Amo.

Desde lo más profundo de mi corazón agradezco a...

- ∞ A mi abuela Coca, no existe nadie más en este mundo que haya anhelado tanto que termine mis estudios. Abuela te tengo buenas noticias: tu sueño de que sea una profesional se cumplió, ahora voy por más.
- ∞ Mis amigas...mi otra mitad, esa otra parte de mí que me completa. Gracias Florencia Uzal, Estefanía Ferrarello.
A Silvana Passarelli, por hacer de su hogar el mío hogar, escucharme, aconsejarme, empujarme para que me anime siempre a dar más de mí.
A Micaela Tettamanti, que aun dando la vuelta al mundo estas ahí para escucharme y ayudarme. Te amo.
- ∞ A mis compañeras con quienes compartí esta hermosa carrera: Camila I., Felicitas B., Antonella S. y Anahí H. Un placer conocerlas.
- ∞ A mis familiares... Damián Senra, Federico Ocampo, Laura Cepeda, Lili y Raúl, Graciela, Guillermo Senra, Martin y Linda Senra, la familia Pérez completita, a todos ellos por seguirme paso a paso como si fuera una estrella de cine a punto de terminar su película, su primer película claro. Espero me acompañen en las próximas aventuras.
- ∞ A Gastón Francucci, por la suavidad con la que me hace poner los pies sobre la tierra.
- ∞ A mi tutora, la *Lic. Andrea Dirr*, por brindarme consejos en lo profesional y mejor aún, en lo personal.
- ∞ A mi co-tutor Dr. *Pablo de la Colina*, por hacerme sentir una más de su grupo de trabajo en la salita.
- ∞ Al *Departamento de Metodología de la Investigación y de Estadística*, en especial a Vivian Minnaard y Natalia Sordini, por el interés mostrado en mi trabajo. Y el aliento semana a semana, ellas están siempre ahí para nosotros.

RESUMEN

Entre las enfermedades más predominantes de la primera infancia las diarreas explican el 18% de las muertes de niños a nivel mundial. Particularmente en Argentina las diarreas y las infecciones gastrointestinales están dentro de las doce causas de muerte más importantes entre los niños menores de 5 años, lo que genera un gran problema de salud pública en los países en desarrollo, por su alta carga de morbilidad y mortalidad.

Objetivo: Indagar sobre los conocimientos, actitudes, practicas alimentarias de las madres frente al episodio de diarrea aguda y deshidratación de sus niños de 0 a 2 años de edad que asisten a un Centro de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el año 2014.

Materiales y Métodos: Estudio de carácter descriptivo y transversal, donde participaron un total de 120 encuestados con sus respectivos hijos, quienes asisten a un Centro de Salud. Dicha muestra respondió a una encuesta personal con información sobre el conocimiento, la actitud y las prácticas alimentaria que tienen las madres frente al episodio diarreico agudo y la deshidratación. También se evaluara el estado de hidratación de los niños, tipo y duración de lactancia. Por último se establecen factores sociodemográficos como la edad, estado civil, nivel educativo, ocupación y tipo de familia.

Resultados: El 53% de la muestra tiene un nivel de conocimiento suficiente sobre el episodio de diarrea aguda. La mayoría, representada con el 91%, tiene una actitud adecuada frente a la enfermedad. En cuanto a las prácticas alimentarias llevadas a cabo durante la diarrea aguda, un 52% de los encuestados realizan prácticas adecuadas de alimentación. Solo un 20% de la muestra refiere utilizar medicamentos para tratar la diarrea de sus niños, entre los cuales se menciona el agua del arroz como medicamento casero. En relación a la deshidratación, un 59% de la muestra tiene un nivel de conocimiento insuficiente. La actitud que presentan los encuestados es muy adecuada frente al estado de deshidratación. Mientras que en la práctica, se establece un nivel regular para tratar la deshidratación.

Conclusiones: Al observar los resultados concluimos que la actitud de los encuestados frente a la enfermedad diarreica aguda y la deshidratación es muy adecuada, ya que la mayoría refiere preocuparse por su niño y llevarlo inmediatamente a la salita. Analizando los conocimientos se mostró una diferencia entre la diarrea y la deshidratación, presentándose un conocimiento suficiente e insuficiente respectivamente. En cuanto a las prácticas alimentarias para la diarrea aguda se observan prácticas adecuadas, mientras que para la deshidratación las prácticas son regulares.

Palabras claves: episodio diarreico agudo; conocimientos, actitudes y prácticas maternas; deshidratación.

ABSTRACT

Among the most prevalent diseases of early childhood, diarrhea accounts for 18% of child deaths worldwide. Particularly in Argentina, diarrhea and gastrointestinal infections are among the twelve main causes of death of children under 5 years of age. These diseases present high burden of morbidity and mortality rates, turning into a serious public health problem in developing countries.

Objective: To investigate knowledge, attitudes and dietary practices of mothers during episodes of acute diarrhea and dehydration in their children from 0-2 years of age treated at a health care center in the city of Mar del Plata.

Materials and Methods: A total of 120 respondents with their children participated in a descriptive transversal study performed in a health care center in the city of Mar del Plata. They answered a personal survey about knowledge, attitudes and mother's food practices during episodes of acute diarrhea and dehydration in their children. Hydration status of children, type and duration of breastfeeding were evaluated. Finally socio-demographic factors such as age, marital status, educational level, occupation and family type were documented.

Results: 53% of the sample has sufficient level of knowledge about the episode of acute diarrhea. The majority, represented by 91%, adopts a proper attitude towards the disease. Regarding to feeding practices carried out during acute diarrhea, 52% of respondents perform appropriate ones. Only 20% of the sample reports treating diarrhea in their children with medications, including rice water which is considered to be a home-made medicine. In relation to dehydration, 59% of the sample has insufficient level of knowledge. Respondents' attitude towards the state of dehydration is highly appropriate, while treatment, in practice, is regular in the majority of the persons consulted.

Conclusions: According to the results it can be concluded that the attitude of the respondents towards acute diarrheal disease and dehydration is very suitable as the majority of the respondents worry about their children and immediately take them to the health care center. Analyzing people knowledge, a different trend is observed between diarrhea and dehydration, since it is sufficient in the first one and insufficient in the second case. Concerning feeding practices, good ones are adopted during periods of acute diarrhea but regular practices are implemented for dehydration.

Keywords: acute diarrheal episode; knowledge, attitudes and parenting practices; dehydration.

Índice

Introducción.....	2
<i>Capítulo I</i>	
Seguridad Alimentaria.....	5
<i>Capítulo II</i>	
Crecimiento y Desarrollo del niño.....	17
<i>Capítulo III</i>	
Diarrea aguda y Deshidratación en niños.....	29
<i>Capítulo IV</i>	
Conocimientos, actitudes y practicas maternas.....	40
Diseño Metodológico.....	50
Análisis de Datos.....	69
Conclusión.....	105
Bibliografía.....	109

INTRODUCCIÓN



La Seguridad Alimentaria, según Amartya Sen (1982), se establece como un derecho humano, desarrollando el concepto desde la ética, la economía y la política: La Seguridad Alimentaria no depende de la producción agroalimentaria, que en el mundo para esa década alcanzaba a superar las necesidades promedio de la población, sino del acceso.¹

En 1996 La Cumbre Mundial de la Alimentación indicó que: existe Seguridad Alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficiente cantidad de alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimentarias y sus preferencias en cuanto a los alimentos con el objetivo de llevar una vida activa y sana.²

Por su parte Aguirre (2005) establece que Argentina se encuentra en un estado de inseguridad alimentaria puesto que solo cumple con tres de las cuatro dimensiones de la seguridad alimentaria: *disponibilidad*, *suficiencia* y *estabilidad*. El problema radica en el *acceso* puesto que lo que no está garantizado es la equidad, es decir, que toda la población y sobre todo los más pobres, tengan acceso a una alimentación socialmente aceptable, variada y suficiente para desarrollar su vida. Es entonces que se concluye que aquellas personas que pertenecen a un nivel socioeconómico más bajo tendrán problemas al momento de abastecer sus necesidades alimentarias, siendo los más perjudicados los niños, afectando su crecimiento y desarrollo.³

El crecimiento y desarrollo normales son los factores esenciales para prevenir y detectar la enfermedad de un niño. Los logros durante los primeros años de vida son posibles gracias a los determinantes de la salud. Es decir a la interacción entre factores genéticos aportados por la herencia y las condiciones del medio ambiente en las que vive el individuo. Cuando las condiciones en las que vive el niño son favorables, el potencial genético podrá expresarse en forma completa y el niño crecerá hasta su meta genéticamente programada. En caso contrario, en un ambiente desfavorable, como demuestra Lorenzo y otros (2007), no solo el potencial genético se verá limitado sino también el estado de salud en general del niño y su vulnerabilidad frente a las enfermedades.⁴

¹ Sen Amartya, es un filósofo y economista bengalí, galardonado con el Premio Nobel de Economía en 1998.

² FAO, 2009. De Cumbre Mundial sobre la Alimentación, 1996.

³ Aguirre Patricia (2005) explica que la problemática alimentaria no solía tener lugar en la agenda pública ya que el país exportador de alimentos seguía situando el problema en la disponibilidad en vez de en la equidad con que se distribuían los recursos.

⁴ Lorenzo et al. (2007) señalan que la limitación en el crecimiento dependerá de la intensidad y persistencia del agente agresor. No obstante, si los lactantes se mantienen sanos y reciben un aporte de nutrientes adecuado desarrollaran su potencial genético sin inconvenientes.

Entre las enfermedades más predominantes de la primera infancia las diarreas explican el 18% de las muertes de niños a nivel mundial.⁵ Particularmente en Argentina las diarreas y las infecciones gastrointestinales están dentro de las doce causas de muerte más importantes entre los niños menores de 5 años, lo que genera un gran problema de salud pública en los países en desarrollo, por su alta carga de morbilidad y mortalidad.⁶

Álvarez (1998) demostró que existe un alto grado de falta de conocimiento por medio de las madres en cuanto al episodio diarreico agudo, lo que es un dato alarmante siendo estas las responsables de los niños hasta el primer cuarto de vida. Este hecho puede estar ligado al nivel socio económico o nivel de escolaridad de las madres, lo que influye directamente sobre el reconocimiento de síntomas de deshidratación y su tratamiento. En su estudio Álvarez afirmó que las madres que tienden a subestimar la deshidratación son de nivel económico más bajo y tienen menor acceso a los servicios médicos. Como así también existe una correlación directa, pero no significativa, entre el nivel de escolaridad de las madres y la frecuencia con que visitaban el centro de salud.⁷ El autor no solo demostró la falta de información sino explicó también que la madre realiza toda una serie de prácticas para curar la diarrea en vez de prevenir la deshidratación, que es la que causa la muerte. La costumbre de recurrir a las prácticas curativas de la diarrea, según Álvarez (1998) está relacionada con el concepto que tienen las madres acerca de la diarrea y la deshidratación: confunden ambos conceptos pensando que la deshidratación es sólo el conjunto de síntomas de la diarrea y que lo que hay que hacer es limitarla. Desconocen que la deshidratación es un proceso derivado de la diarrea, una complicación de la misma que requiere de atención específica.

La OMS (1992) indicó que la alta tasa de mortalidad de niños por diarrea puede descender si las madres consideraran la terapia de rehidratación oral antes que el tratamiento de la diarrea, práctica que consiste en incrementar el consumo de líquidos, dar suero de hidratación oral (SHO), continuar la alimentación y no usar antidiarreicos.⁸

De acuerdo a lo expuesto anteriormente se realiza este trabajo de investigación con el propósito de enfrentar la problemática con programas educativos dirigidos específicamente a dar información en relación a la diarrea y como proceder frente al episodio. Como así también dar significados claros a las madres de la complicación más grave de la diarrea, la deshidratación, si la madre sabe reconocer los síntomas se puede proceder a un tratamiento oportuno.

⁵ UNICEF, 2006

⁶ Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, 2009.

⁷ Álvarez Larrauri Selene, Dr. en Sociología, se desempeña en el Instituto Nacional de Antropología e Historia, Veracruz.

⁸ Organización Mundial de la Salud. 1992. Ginebra.

A continuación se plantea el siguiente problema de investigación:

- “¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de las madres frente al episodio de diarrea aguda y síntomas de deshidratación de sus niños de 0 a 2 años de edad, que asisten a un Centro de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el año 2014?”

A partir de estos conceptos, surge un Objetivo General que es:

- Indagar sobre los conocimientos, actitudes, practicas alimentarias de las madres frente al episodio de diarrea aguda y síntomas de deshidratación de sus niños de 0 a 2 años de edad que asisten a un Centro de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el año 2014”.

Y en cuanto a los Objetivos Específicos:

- Indagar sobre el conocimiento que tienen las madres del episodio diarreico agudo y los síntomas de deshidratación.
- Investigar las actitudes de las madres frente al episodio de diarrea aguda y el estado de deshidratación.
- Advertir las prácticas maternas frente la deshidratación del niño, como así también las practicas alimentarias de las madres frente al episodio diarreico agudo como manipulación de alimentos, qué alimentos brinda, con qué frecuencia y uso de medicamentos.
- Evaluar el estado de hidratación de los niños.
- Indicar tipo y duración de lactancia.
- Establecer factores sociodemográficos de las madres: edad, estado civil, nivel educativo, ocupación y tipo de familia.

CAPÍTULO I

**Seguridad
Alimentaria**

El concepto de Seguridad Alimentaria ha tomado distintos estados evolutivos a través de los años. En la década del 70 surgió basado en la producción y disponibilidad alimentaria a nivel global y nacional. En los años 80 se añadió la idea del acceso, tanto económico como físico.¹

Fue entonces en esa década que Amartya Sen (1982) reafirmó la Seguridad Alimentaria como un derecho humano, desarrollando el concepto desde la ética, la economía y la política:

*“La Seguridad Alimentaria no depende de la producción agroalimentaria, que en el mundo para esa década alcanzaba a superar las necesidades promedio de la población, sino del acceso”.*²

Finalmente en la década del 90 se llegó al concepto actual que incorpora la inocuidad y las preferencias culturales. En 1996 La Cumbre Mundial de la Alimentación indicó que

*“Existe Seguridad Alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficiente cantidad de alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimentarias y sus preferencias en cuanto a los alimentos con el objetivo de llevar una vida activa y sana”.*³

Amartya Sen, reforzó su afirmación estudiando las hambrunas en diferentes tiempos y culturas hasta 1971 en Bangladesh. Observó que en todos los casos los alimentos estaban potencialmente disponibles en forma de cosechas o de stocks exportables, pero no fueron accesibles a una parte de la población, la que padeció hambre. Concluyó que en ninguna hambruna muere la población, sino que se encubre que sólo mueren los pobres, los que no pueden acceder a los alimentos. Posteriormente, Sen se preguntó:

“¿de qué depende la capacidad de las personas de estar bien alimentadas?”

Ciertamente, Sen (1982) respondió que no depende de la disponibilidad alimentaria que existe en la sociedad, ya que las personas podrían no tener ingresos suficientes para tomar la cuota de alimentos que estadísticamente les correspondiera. Esta capacidad depende del derecho de una persona de acceder a un conjunto de bienes y servicios alternativos. En una economía de mercado, ese derecho opera a través del ingreso real. Si un trabajador vende su fuerza de trabajo y percibe un salario determinado, sus derechos abarcan todos aquellos bienes y servicios que sumados cuesten hasta ese monto

¹ Aguirre Patricia, Doctora en Antropología, responde a diversos interrogantes vinculados al poco explorado tema de la alimentación como hecho histórico, social y cultural.

² Sen Amartya, es un filósofo y economista bengalí, galardonado con el Premio Nobel de Economía en 1998.

³ FAO, 2009. De Cumbre Mundial sobre la Alimentación, 1996.

determinado. En base a esos derechos una persona puede adquirir capacidades: la capacidad de estar bien alimentado, la capacidad de no padecer diarrea, la capacidad de envejecer apaciblemente, la capacidad de, ciertamente, no enfermar.⁴

El concepto de Seguridad Alimentaria plantea cuatro dimensiones primordiales: la Disponibilidad física de los alimentos; la Suficiencia en cantidad para abastecer a toda la población; el Acceso económico y físico a los alimentos y la Estabilidad en el tiempo de las tres dimensiones anteriores. Se establece entonces que para que puedan cumplirse los objetivos de Seguridad Alimentaria deben realizarse simultáneamente estas cuatro dimensiones. En caso contrario nos encontramos en estado de Inseguridad Alimentaria. Según FAO:

*“Existe inseguridad alimentaria cuando las personas están desnutridas a causa de la indisponibilidad material de alimentos, su falta de acceso social o económico y/o un consumo insuficiente de alimentos. Las personas expuestas a la inseguridad alimentaria son aquellas cuya ingestión de alimentos está por debajo de sus necesidades calóricas, así como las que muestran síntomas físicos causados por carencias de energía y de nutrientes como resultado de una alimentación insuficiente, o de la incapacidad del organismo para utilizar eficazmente los alimentos a causa de una infección o enfermedad. También se podría definir el concepto haciendo referencia únicamente a las consecuencias de un consumo insuficiente de alimentos, considerando que la utilización fisiológica de los alimentos por el organismo entra en el ámbito de la nutrición y la salud”.*⁵

Desde otra perspectiva FAO establece que:

*“Puede haber inseguridad alimentaria nacional, en el sentido de que el país no puede producir o importar alimentos suficientes para satisfacer la demanda del mercado. Por lo que los precios de los alimentos aumentarán provocando limitación en el acceso de los mismos. Un número creciente de hogares quedará expuesto a la inseguridad alimentaria”.*⁶

⁴ Para Sen Amartya, estar bien alimentado es decisivo para la libertad. El hambre es un atentado a la libertad de tal magnitud que justifica una política activa orientada a tutelar el derecho a los alimentos hasta tanto este se haga efectivo y los pobres puedan asumir su propia autonomía.

⁵ FAO 2004, *Análisis de la Pobreza y la Seguridad Alimentaria Nutricional*. Antecedentes y principios del sistema de información y cartografía sobre la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad SICIIV.

⁶ FAO 2011. *Una introducción a los conceptos básicos de la seguridad alimentaria*. Vinculación de información y toma de decisiones para mejorar la seguridad alimentaria.

La inseguridad alimentaria no se limita a las personas que tienen un régimen alimenticio deficiente en un momento dado del tiempo, sino que incluye a aquellos cuyo acceso a los alimentos es inseguro o vulnerable, es decir, a aquellos expuestos al peligro de padecer insuficiencia alimentaria. Dentro de esta población, los de mayor importancia e incidencia son: aquellos que se encuentran en las zonas rurales con dificultades de accesibilidad a alimentos, zonas urbanas dentro del índice de pobreza; trabajadores independientes o del sector informal, desempleados, mano de obra migrante; y según grupo etareo, mujeres embarazadas, niños lactantes, niños en edad escolar y ancianos. El Diagrama N° 1 demuestra lo recientemente expuesto.⁷

Diagrama N° 1: Circulo Vicioso de la vulnerabilidad, pobreza e inseguridad alimentaria.



Fuente: Adaptado de FAO⁸

De las cuatro dimensiones antes mencionadas que establecen la Seguridad Alimentaria, Argentina solo cumple con tres de ellas: presenta *disponibilidad* alimentaria aparente de 3.100 Kcal / persona / día según las hojas de balance⁹; *suficiencia*, en cuanto que hay cantidad y variedad alimenticia para abastecer a toda la población; y *estabilidad* anual frente a la disponibilidad y suficiencia. El problema radica en el acceso puesto que lo que no está garantizado es la equidad, es decir:

*“que toda la población y sobre todo los más pobres, tengan acceso a una alimentación socialmente aceptable, variada y suficiente para desarrollar su vida”.*¹⁰

⁷ FAO, 1999. Implicaciones de las políticas económicas en la seguridad alimentaria. *Capítulo 4: Repercusiones de las políticas en la seguridad alimentaria*. Roma.

⁸ FAO 2011. *Una introducción a los conceptos básicos de la seguridad alimentaria*.

⁹ FAO, 2001. *Perfiles Nutricionales por Países*. Argentina

¹⁰ Aguirre Patricia (2005) explica que la problemática alimentaria no solía tener lugar en la agenda pública ya que el país exportador de alimentos seguía situando el problema en la disponibilidad en vez de en la equidad con que se distribuían los recursos.

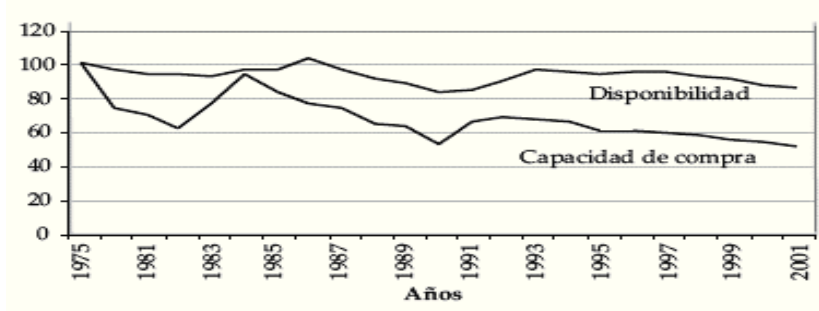
Según el programa mundial de alimentos (2003), el acceso también se puede definir como:

*“la capacidad de los hogares para adquirir alimentos, condicionada por la situación socioeconómica del hogar”.*¹¹

En base a lo expuesto anteriormente, Aguirre desarrolló el concepto de Seguridad Alimentaria desde una mirada poco común. Esta autora discriminó las características del acceso en dos niveles: los condicionantes económicos del acceso y las estrategias de los hogares para moverse dentro de las restricciones de acceso. Frente a tal visión, la doctora Aguirre desarrolló un estudio de la inseguridad alimentaria y las estrategias que intentaron las familias para superarla. Cabe destacar que dicho estudio fue en los 90', periodo que estaba dominado por la convertibilidad.

Los condicionantes económicos del acceso están compuestos por dos factores: los precios y el ingreso, este último definido por la ocupación. Como se mencionó anteriormente la problemática en Argentina radica en el acceso a los alimentos y no en la disponibilidad, por lo tanto la capacidad de compra adquiere un rol fundamental por el carácter urbano de la población. El Grafico N° 1 permite visualizar la evolución de la disponibilidad y la capacidad de compra mostrando claramente que en los últimos años, mientras la disponibilidad sufrió oscilaciones de no más del 15%, la capacidad de compra sufrió una caída del 60%. Esto es consecuencia del periodo de hiperinflación que atravesó la Argentina, dejando como resultado no solo el aumento de desocupación sino también la disminución del nivel de ingresos, pasando de ser un país de ingresos medios a ser un país de ingresos bajos. Estos cambios en el empleo, ingresos y precios claramente afectaron a la población vulnerable, es decir a los más pobres.¹²

Gráfico N° 1: Evolución de los índices Disponibilidad y Capacidad de compra



Fuente: FAO, según datos de INDEC 1975-2001

¹¹ Programa Mundial de Alimentos, 2003. *Vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria de la población desplazada*. Colombia.

¹² Calvo Beatriz y Aguirre Patricia (2005) destacaron que en el mismo periodo, Argentina pasó de ser un país con alimentos baratos a ser un país con alimentos caros con precios similares a los de Europa.

Cabe destacar que durante los diez años de convertibilidad se verificó una crisis de acceso que impactó en la seguridad alimentaria a nivel macro afectando al menos al 35% de la población del área. Se hubiera esperado entonces que esto provoque un aumento similar en la cantidad de niños desnutridos. Sin embargo dicho aumento no ocurrió debido a que los agregados sociales no son pasivos, los hogares desarrollaron estrategias domésticas que les permitieron moderar, aunque no superar, la crisis de acceso. Tal como desarrolló Aguirre (1997), estas estrategias son el punto clave de la seguridad alimentaria de los hogares, constituyendo el segundo nivel microsocial del acceso.

Las estrategias domesticas de consumo, son definidas por Bourdieu como:

*“las prácticas que los agregados sociales realizan en el marco de la vida cotidiana para mantener o mejorar la alimentación y las razones, creencias y sentidos que se aducen para justificarlas”.*¹³

Definidas como prácticas y representaciones, las estrategias domésticas de los hogares nos permiten comprender cómo y por qué cambiaron las formas de comer y qué efectos tuvieron estos cambios en la población. Se han aislado cuatro prácticas domesticas de consumo que permiten a los hogares pobres acceder a más cantidad y/o mejor calidad de alimentos. Entre ellas se destacan la diversificación de las formas y fuentes de ingresos; la diversificación de fuentes de abastecimiento; el manejo de la composición familiar y la autoexplotación.

En cuanto a la diversificación de las formas y fuentes de los ingresos se asume que en la pobreza las mezclas de ingresos monetarios y en especie amortiguan las restricciones salariales. En lo referente a las fuentes de ingreso, éstas suelen ser múltiples y variadas, como los mercados de trabajo urbanos formal e informal; la asistencia social provista por el estado; las redes de ayuda mutua y la autoproducción. Haciendo mención a la diversificación de las fuentes de abastecimiento, existen dos cadenas de abastecimiento alimentario: el circuito formal de ferias, almacenes, supermercados, panaderías, que venden productos industrializados y sufren alguna forma de control sanitario y fiscal, y el circuito informal de locales multifunción, vendedores ambulantes y quintas. Este comercializa, junto a productos industriales, otros de producción casera, sobrantes de la industria alimentaria y alimentos provenientes de establecimientos clandestinos que operan sin control bromatológico alguno. Se manejan con pequeña escala, poco stock y modalidades de crédito adaptadas a las posibilidades de sus clientes, quienes valorizan más la oportunidad de la compra y el plazo de pago. En lo referente al manejo de la composición familiar, se ha comprobado que cuando los ingresos fluyen de los hijos a los padres se tenderá a tener

¹³ Bourdieu Pierre (1995) afirma que las estrategias se desarrollan en la práctica por ensayo y error, alimentadas por los resultados de la experiencia familiar y del entorno de amigos, vecinos e iguales. Más que racionales Pierre señala que las estrategias son razonables.

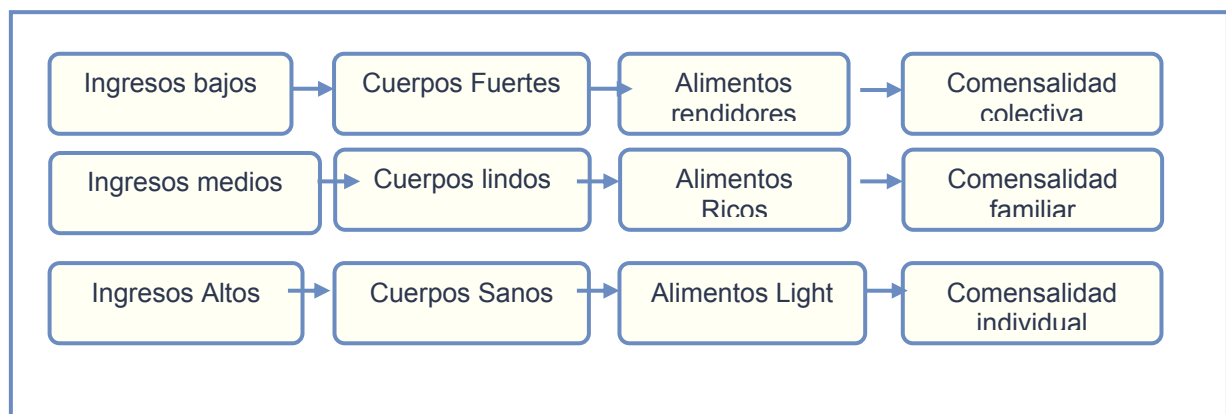
familias numerosas, incluso a captar miembros a través de la adopción o del parentesco ampliado. En cambio cuando los ingresos fluyen de los padres a los hijos, los padres elegirán tener familias más pequeñas, con pocos niños, buscando calidad antes de cantidad de hijos. Por último, en cuanto a la autoexplotación, los hogares tienden a trabajar más y/o comer menos o distinto, es decir distribuir los alimentos en forma diferente o bajar la calidad del régimen.¹⁴

Para el estudio de las estrategias de consumo doméstico Aguirre (2001) realizó un estudio cualitativo para explicar acerca de las preferencias alimentarias de cada sector de ingresos con las características materiales de su vida cotidiana, denominando dichas preferencias y elecciones como representaciones. Aguirre concluyó, que así como no se comen calorías sino comida, al analizar las representaciones se comprende que tampoco se comen productos sino platos.

Esta transformación doméstica de los productos en platos define los estilos de vida. Este pasaje implica tanto operaciones prácticas como operaciones ideológicas que comprenden visiones acerca de la vida, las edades, los sexos, la salud y el cuerpo. Estas visiones se transforman en principios de incorporación de la comida mediatizados por una idea del cuerpo que cada sector construye como su ideal, cada sector se reconoce y se diferencia por la manera de comer y de vivir.¹⁵

Siguiendo esta idea teórica y en referencia a nuestra sociedad, Aguirre (2005) señala tres representaciones del cuerpo que funcionan como principio de inclusión de tres tipos de alimentos, que se organizan en tres tipos de comensalía, según las condiciones objetivas de vida.

Esquema N° 1: Representaciones sociales



Fuente: Adaptado de Aguirre Patricia: "Una visión desde la antropología alimentaria".

¹⁴ Aguirre Patricia, 2001. *Los alimentos rendidores y el cuerpo de los pobres*. En: antropología de la alimentación. España.

¹⁵ Marcel Mauss (1968). Antropólogo y sociólogo considerado como uno de los padres de la etnología francesa.

Las representaciones se fundan en las condiciones objetivas en que desarrollan su vida los diferentes sectores de ingresos. Éstas no son inamovibles, las condiciones económicas cambian. Nuevas ideas o visiones de la realidad pueden imponerse, de manera que las representaciones del cuerpo, la comida y la forma de comer también cambiarán, encontrando inaceptable o feo lo que antes hallaban lindo.¹⁶

Aguirre (2001) describió la primera representación social estableciendo un cuerpo fuerte correlacionándose clase social con ingresos más bajos, y su consiguiente principio de incorporación: los alimentos rendidores que se organizan en un tipo de comensalidad colectiva que amplía el parentesco abriéndose a los compañeros. Se interpreta que el ideal del cuerpo fuerte no es más que una relectura de su propia imagen ya que los cuerpos de los hombres y mujeres pobres se caracterizan por su contundencia. Este ideal de fortaleza también resulta coherente con las necesidades del trabajo de mano de obra intensiva, ocupación predominante en este sector de ingresos. De esta manera, como señala Aguirre (2001), el cuerpo fuerte se expresa en formas generosas, redondeadas, caderas y cinturas anchas. El concepto fuerte designa al mismo tiempo: a una persona bella, sana y poderosa. Sin embargo si contrastamos este ideal del cuerpo fuerte con las cifras de prevalencia de enfermedades en el Sistema Público de Salud, veremos que este sector es el que se enferma más, se atiende menos y muere proporcionalmente más y más joven que los otros sectores de ingresos, demostrando que esta representación del cuerpo fuerte encubre su debilidad y enfermedad.¹⁷

Como se menciona anteriormente, la idea principal está en la dimensión del cuerpo fuerte, por lo tanto los alimentos seleccionados por este sector se los conoce no solo como fuertes sino también como rendidores. Entre los cuales encontramos las carnes rojas, las féculas, los cereales, las grasas, los azúcares, los vinos y los picantes. Dichas preferencias alimentarias, en las representaciones populares, deben cumplir tres requisitos: deben ser baratos, deben llenar y deben gustar.

En cuanto a su valor económico, Aguirre (1997) destacó que los alimentos rendidores debían ser *baratos* por lo que observó que en la canasta de los pobres, la relación precio/cantidad era importante a la hora de seleccionar alimentos. Cabe recordar que el estudio de las estrategias de los hogares se realizó durante el periodo de inflación, por lo que con el precio de 1 Kg de lechuga se compraban cerca de medio ½ kilo de carne, casi 800 gr. de fideos secos o entre 1.300Kg y 800 gr de pan. Con esos precios y donde

¹⁶ Las representaciones sociales se muestran en el Esquema N° 1.

¹⁷ Aguirre Patricia (2001), señala que las estrategias de consumo están construidas en la dinámica que relaciona el precio de los productos que los hace accesibles, la tecnología de cocción y el tiempo. Las canastas de consumo con los alimentos que las componen, se eligen porque responden al ideal que cada sector se hace de su cuerpo y de los efectos de la alimentación sobre él, es decir sobre su fuerza, su salud, su belleza y de las categorías que se emplean para evaluar sus efectos.

cada centavo vale, elegir una verdura o una fruta que tienen categoría de acompañamiento, frente a una carne roja que tiene categoría de comida por su valor nutritivo, simbólico y social, equivale a una irracionalidad. Se puede concluir entonces que en este sector los alimentos que predominan son el pan, los fideos, las grasas y carnes del cuarto delantero.¹⁸

En relación a que los alimentos rendidores deben *llenar* o *saciar*, se observó que esta función era cubierta por el volumen, el contenido graso de los alimentos y por el contenido en azúcar, como se muestra en las imágenes.

Imagen N° 1: Guiso, preparaciones que abundan

Volumen y saciedad se logran con alimentos ricos en hidratos de carbono y en grasas, en preparaciones como guisos y sopas. Cabe destacar que la fritura es de primera elección en este grupo, junto con los panificados, las sopas grasosas y los cortes de carne grasos, fibrosos y duros. La grasa no solo cumple la función de saciar sino que se considera trazador del consumo de los pobres, ya que es prácticamente inexistente entre los otros sectores.



Fuente: www.google.com.ar/imagenes/guiso

La falta de nutrientes encubierta por el volumen en los platos da origen a lo que se denomina hambre silenciosa de la obesidad en la pobreza. El azúcar también es un alimento que llena, el alto consumo de azúcar se debe al mate dulce que acompaña, sobre todo a las mujeres, toda la jornada. El mate dulce les da esa sensación de saciedad que les permite excluirse de la comida familiar reforzando a la vez el papel de sacrificio que acompaña el rol femenino (Aguirre 1997).

¹⁸ Aguirre Patricia (1997) destaca a modo de comparación que no sucede lo mismo con la canasta de los sectores de medianos ingresos, donde predominan los alimentos lácteos, las frutas, las verduras y las carnes magras.

Finalmente y en relación a que los alimentos rendidores deben *gustar*, este grupo particular tiene una mirada positiva de la comida, sin poner en primera plana la elección de alimentos por ser ricos sino por el significado que les brinda. Prefieren lo que de todas maneras estarían obligados a comer, protegiéndose de la frustración de desear lo imposible.¹⁹

En relación a la segunda representación social, los sectores de ingresos medios, la representación dominante es el cuerpo lindo, designado así sólo si es flaco, lo cual se identifica a la vez con la belleza y la salud. Este ideal de belleza esbelta resulta imposible ya que predominan los alimentos considerados ricos, llenos de azúcar y grasa. Es por eso que este sector es el principal consumidor de dietas adelgazantes. Han superado la necesidad y la función de la comida cae del lado del placer, cuando se puede comer lo que se quiere no sólo lo que se necesita, se come mucho. Dentro de la canasta de consumo los primeros alimentos en volumen son las bebidas azucaradas, luego las carnes en diversos cortes y tipos, los fiambres y las conservas, frutas, verduras y finalmente lácteos. Y se escogen las preparaciones al horno, pastas frescas rellenas, tartas, soufflés, aumentan la cantidad de comidas pre-hechas o súper-congeladas, minutas, tortillas, revueltos y comidas horneadas y grilladas. La función del gusto es opuesta a la que se ha señalado en los sectores pobres, es por eso que no se está del lado de la necesidad sino del placer. Y como el placer es comer rico y mucho y eso conspira contra el cuerpo ideal, genera culpa cuya condena sería vivir sometidos a la tiranía de las dietas.²⁰

Imagen N° 2: Balanza, ¿nuestra amiga?



Fuente: www.google.com.ar/imagenes/pesar

¹⁹ Aguirre (1997) menciona que dicho grupo poblacional ha construido alrededor de ellos un *gusto de lo necesario*, que hace que prefieran lo que de todas maneras están obligados a comer.

²⁰ Aguirre (1997) reafirmó que este grupo de medianos ingresos consumen más productos light y asisten a los gimnasios con el objetivo de poder seguir comiendo desmesuradamente.

Estos sectores llaman dieta al período de abstinencia que media entre dos períodos de consumo excesivo. Esta renuncia al goce en el presente se observa más en los sectores de ingresos medios y altos porque la propensión a sacrificar los deseos presentes a los beneficios futuros depende del grado en que estos beneficios se vean como razonables de ser obtenidos. En cambio en la pobreza gozar de la vida hoy, comer tanto como se pueda y compartirlo con amigos, es la filosofía que priva en quienes tienen un futuro incierto.²¹

Por último, la tercera representación social, en el ámbito de los sectores de mayores ingresos, se observa el ideal del cuerpo sano, que también se identifica con la preocupación por estar delgados, asociada tanto a la estética como a la salud. Siguiendo este único deseo de estar delgados, los alimentos serán light, comidas exentas de grasas y azúcares. Al analizar sus canastas, este sector come más frutas y verduras, queso semiduro y leche descremada. Eligen abandonar los fideos, cambiándolos por arroz en diferentes variedades, más aguas minerales y menos gaseosas, más vinos que el sector medio. Las preparaciones de elección son el omelette, crep y ensaladas. Aquí el volumen pasa a segundo plano, es responsabilidad individual y signo auto-dominio, por lo tanto un valor moral, saber cuándo parar de comer. Según Aguirre (2000), en los sectores pobres se enmascara desnutrición con la obesidad. En cambio en los sectores de altos ingresos las dos enfermedades que se destacan son el stress y el accidente cardiovascular, ambas relacionadas con la intensa actividad laboral. Este sector considera un valor moral someter el cuerpo a la decisión de hacerlo sano y bello a través de la delgadez. La belleza es doble: una gracia de la naturaleza y un mérito que se opone a la fealdad de la gordura tanto como al abandono y la dejadez, ambos identificados con la pobreza.²²

Para ampliar la información, en la década del 90` Argentina sufrió un periodo de hiperinflación que provocó una crisis de acceso a los alimentos que se manifiesta por la caída de la capacidad de compra debido al aumento de precios y disminución de los ingresos. Resultado de esta situación el país queda en estado de inseguridad alimentaria. En ese marco, Aguirre (2003) hace mención a las estrategias de los hogares más pobres para mejorar el acceso a los alimentos, quienes diversificaron sus fuentes de ingresos y de abastecimiento, redujeron el tamaño de las familias y se auto-explotaron, trabajando más y comiendo menos. Quedando expuestos a la inseguridad alimentaria, no solo por la falta de acceso de alimentos, sino también por la inocuidad que presentaban aquellos alimentos que podían conseguir de fuentes de abastecimiento que no tenían ningún control bromatológico

²¹ Bourdieu (1990) explica que el premio del sector con ingresos medianos a altos, se basa en renunciar hoy a las pastas y los postres y torturarse en el gimnasio luego para así obtener la delgadez, la belleza y la salud.

²² Aguirre (2000) concluye que este grupo afectado no come lo que quieren ni lo que saben, sino lo que pueden. Sus estrategias domésticas de consumo han demostrado éxito en mantener el volumen de sus canastas, sin embargo están lejos de ser exitosas por su calidad.

o sanitario. Seleccionaron entonces, alimentos rendidores y comidas baratas, que llenan y gustan para así formar canastas alimentarias que permitieron moderar la crisis de acceso. Esta organización del consumo, si bien es racional en términos costo-beneficio, no quiere decir que sea una canasta nutricionalmente adecuada. Al contrario, la búsqueda de volumen sostenido por los hidratos, las grasas y los azúcares, coloca a los sectores de menores ingresos en una situación crítica desde el punto de vista nutricional, por manifestar desnutrición crónica, obesidad y acentuar el riesgo de padecer enfermedades. Cabe mencionar entonces que según OMS, más de 2 millones de niños mueren cada año por enfermedades diarreicas causadas por la contaminación del agua o los alimentos. Es por eso que se plantean políticas, no solo para mejorar el acceso a los alimentos, sino también medidas de seguridad alimentaria para la protección de la inocuidad de los alimentos.²³

²³ Organización Mundial de la Salud, 2001. *Inocuidad de los alimentos*. Ginebra

CAPÍTULO II

**Crecimiento y
Desarrollo Del Niño**

Los primeros años de vida constituyen una etapa trascendental para el futuro de una persona. La trayectoria vital que caracteriza a cada ser humano como persona única e irrepetible comienza a fraguarse desde las primeras semanas de vida. Es solo en esta en la que se producen tantos importantes y acelerados cambios y procesos de desarrollo en tan poco tiempo.¹

El crecimiento y desarrollo óptimo de un infante no solo se atribuye al cumplimiento de los requerimientos nutricionales, sino también es el resultado de la interacción de factores genéticos aportados por la herencia y las condiciones del medio ambiente en el que vive el individuo. Si las condiciones de vida físicas, biológicas, nutricionales y psicosociales son favorables, el potencial genético podrá expresarse en forma completa y el niño crecerá hacia su meta genéticamente programada tomando su canal o carril de crecimiento entre el final del primer año o comienzos del segundo año de vida. En caso contrario, bajo condiciones ambientales desfavorables, el potencial genético se verá limitado, dependiendo de la intensidad y la persistencia del agente agresor.² Según Behrman (1995), es esencial el conocimiento del crecimiento y desarrollo normales del niño para prevenir y detectar la enfermedad, identificando las desviaciones manifiestas de los patrones normales.

La OMS define al proceso de crecimiento y desarrollo como:

*“el conjunto de cambios somáticos y funcionales producidos en el ser humano desde la concepción hasta su adultez”.*³

Imagen N° 3: Crecimiento y desarrollo de niños



Fuente: www.olebebe.com

¹ Hidalgo García Ma. Victoria et al., 2008. Licenciada en Psicología por la Universidad de Sevilla (1986) y doctora en Psicología por la misma Universidad (1994).

² Lorenzo Jessica et al. 2007. *Nutrición del niño sano* (2ª Ed). Buenos Aires: Corpus.

³ OMS, 1994. *Manual de crecimiento y desarrollo del niño*. 2ª ed. Washington DC.

Behrman Richard (1995) por su parte, define al crecimiento como:

“el aumento de tamaño corporal en conjunto o al aumento de sus diferentes partes”.

Y diferencia al término desarrollo como:

“los cambios en la diferenciación morfológica y funcional de los tejidos y órganos adquiriendo mayor complejidad, como así también los cambios en la función incluidos los que se ven influenciados por los entornos emocional y social.”⁴

Evaluar el cuidado y la atención que recibe un niño durante los primeros años es, entonces, fundamental dado que son la base de la salud, el crecimiento y el desarrollo en el futuro. Durante este periodo, las niñas y los niños aprenden más rápidamente que en cualquier otra época. Los recién nacidos y lactantes se desarrollan con mayor rapidez y aprenden más cuando reciben amor y afecto, atención, aliento y estímulos mentales, así como alimentos nutritivos y una buena atención de la salud.⁵

Gutiérrez (1994) afirmó que los logros durante los primeros años de vida son posibles gracias a los determinantes de la salud. Es decir que las condiciones de salud de una persona dependen de cuatro factores: el patrimonio biológico; las condiciones sociales, económicas y ambientales en las cuales el hombre es criado y vive; el estilo de vida adoptado; y los resultados de las intervenciones médico-sanitarias, que tienen una importancia relativa variable de acuerdo con el problema de salud en cuestión. Así por ejemplo el autor señaló que, en el caso de la frecuencia de los cuadros diarreicos, su impacto en la salud y su gravedad, se encuentran relacionados con factores de diversa índole, entre los cuales se encuentran: el nivel de escolaridad y la cultura de la comunidad, principalmente de las madres de familia, agentes primarios de la salud; el estado nutrición, especialmente de los niños menores de 5 años, ya que son un grupo muy vulnerable a estas enfermedades; el saneamiento básico, fundamentalmente la eliminación de desechos, el suministro de agua, y la limpieza de los alimentos, debido a los mecanismos de transmisión de la enfermedad diarreica y a su naturaleza; el acceso y la calidad de los servicios de salud.⁶

⁴ Behrman Richard, 1995. Se ha desempeñado como presidente del Departamento de Pediatría en Case Western Reserve University School of Medicine (1976-1989). Además fue ejecutivo de la Federación de Organizaciones Pediátricas y profesor de Pediatría en la Universidad de Columbia.

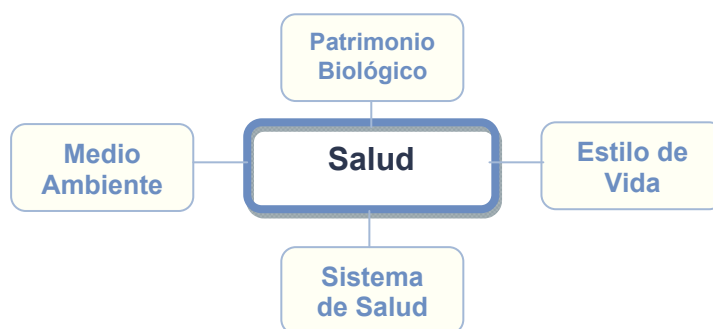
⁵ UNICEF, 2003. Para la vida. *El desarrollo infantil y aprendizaje temprano*. <http://www.unicef.org>.

⁶ Gutiérrez (1994) añadió que no solo factores como el nivel de escolaridad y la cultura de la comunidad, el estado nutrición de los niños, el saneamiento básico, y el acceso y la calidad de los servicios de salud están relacionados con las enfermedades; sino también se observó factores psicosociales, entre los que se encuentran las prácticas, creencias, valores, símbolos, ideologías, normas y elementos no racionales de la población en la que se habita.

La OMS (1998) define a los factores determinantes de la salud como:

*“Conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones”.*⁷

Diagrama N° 2: Determinantes de salud⁸



Fuente: Adaptado de Lalonde: A New Perspective on the Health of Canadians: a working document.

Lalonde (1974) desarrolló cada uno de los conceptos que abarcan los determinantes de la salud que se muestran en el Diagrama N° 2, explicó que el campo biológico incluye aspectos físicos y mentales de base biológica, como el patrimonio genético, los procesos físicos y mentales del desarrollo y madurez, y toda la fisiopatología del organismo humano. El segundo grupo consiste en las condiciones sociales, económicas y ambientales en las cuales fuimos criados y vivimos, las cuales reúnen un conjunto de factores de expresión más colectiva como el acceso a la educación, a los servicios urbanos, y toda una gama de agentes externos, cuyo control individual es más limitado. Por ejemplo, la calidad del abastecimiento del agua y de los productos alimenticios, la contaminación atmosférica, entre muchos otros. La categoría ‘estilo de vida’ comprende factores con un mayor control de los individuos, como hábitos personales y culturales entre ellos el cigarrillo, dieta, ejercicios físicos, etc., cuya incorporación a la vida de la persona depende, en gran medida, de la decisión de cada uno. Finalmente el autor describió el cuarto conjunto de situaciones, señalando que se encuentra el sistema que la sociedad organiza para cuidar de la salud de sus ciudadanos y responder a sus necesidades. Comprende los servicios de salud, hospitales y centros de salud, los profesionales, el conjunto de equipos y tecnologías. Tradicionalmente es aquí donde los gobiernos invierten más recursos financieros, sin que se pueda identificar, la mayor parte de las veces, un retorno en términos de cambios en los niveles de salud de la población como un todo. Según Lalonde los determinantes de salud nacen del reconocimiento de que el enfermarse o el tener una vida saludable no dependen

⁷ OMS (1998). *Glosario: Promoción de la Salud*. Ginebra

⁸ Lalonde M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians: a working document*. Ottawa: Health and Welfare Canada.

únicamente de aspectos físicos o genéticos, sino que son influenciados por las relaciones sociales y económicas que generan formas de acceso a la alimentación, a la educación, al trabajo, a la renta, a la distracción y a un ambiente adecuado, entre otros aspectos fundamentales para la salud y la calidad de vida. Tiene como principal atributo un enfoque más amplio e integrado de los cuatro grupos, permitiendo la inclusión de todos los diversos campos de responsabilidad sobre los temas de salud, como autoridades, pacientes, profesionales de salud, proporcionando también un análisis interactivo del impacto de cada grupo en un determinado problema de salud.⁹

Hidalgo (2008) también hizo referencia sobre los determinantes de salud, en relación a los procesos biológicos, señaló que forman parte del calendario madurativo de la especie. En segundo lugar, la estimulación ambiental procedente de las interacciones con otras personas, de las experiencias vividas, de los valores y condiciones predominantes en el grupo social, etc., son los factores diferenciadores que van a contribuir a la definición del curso del desarrollo. Por tanto, se debe tener presente que la importante maduración biológica de este periodo canaliza y posibilita potencialidades de desarrollo, pero la estimulación procedente del contexto es necesaria para plasmar esas potencialidades en capacidades y nuevos logros. Durante este periodo, el contexto familiar como primer microsistema, y los padres y madres como principales agentes socializadores, son los responsables fundamentales de cubrir todas las necesidades de desarrollo que experimentan los más pequeños.¹⁰

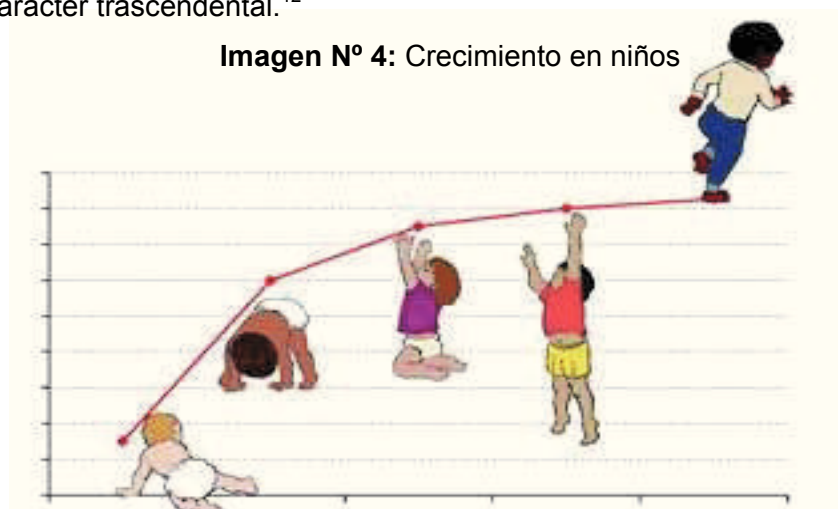
Entre las necesidades básicas se señalan la atención y satisfacción de las necesidades físico-biológicas que son especialmente relevantes durante esta etapa porque garantizan la seguridad y supervivencia de unos bebés totalmente indefensos y dependientes del cuidado de los adultos. En este sentido, como destacan Ochaita y Espinosa (2004), las necesidades básicas e importantes como una adecuada alimentación, una vivienda digna, una higiene saludable, una buena atención sanitaria, un descanso suficiente y una buena supervisión y seguridad ambiental son fundamentales para asegurar que se pongan en marcha los procesos madurativos necesarios para promover el espectacular desarrollo que tendrá lugar durante esta etapa. La adecuada satisfacción de estas necesidades físico-biológicas incide de forma directa en los grandes progresos que tienen lugar en relación con el desarrollo físico y psicomotor. Durante estos dos años, niños y niñas casi duplican su altura y cuaduplican su peso respecto a los valores del nacimiento.

⁹ Lalonde (1974), remarcó que de los determinantes de salud, el factor que más influencia tiene sobre la salud es el estilo de vida con un 50%, seguido del ambiente 20% y la herencia 20%, y finalmente el sistema sanitario 10%.

¹⁰ Hidalgo García Ma (2008), señala que el desarrollo humano supone convertir a un recién nacido en un miembro activo e integrado de la compleja sociedad que nuestra especie ha construido a lo largo de la historia.

Junto al crecimiento físico, el dominio de nuevas habilidades motoras tampoco pasa desapercibido: los niños aprenden a levantar la cabeza, a sentarse, a gatear y a andar. Los bebés pasan de una falta absoluta de control sobre su cuerpo a realizar acciones motoras complejas, voluntarias y coordinadas gracias al desarrollo madurativo y a la estimulación ambiental. Este control corporal que se completa hacia el final del segundo año de vida supone, sobre todo, una gran autonomía en los movimientos y una creciente independencia de los cuidadores.¹¹

Junto a estas necesidades básicas relacionadas con la seguridad, el crecimiento y la supervivencia, tienen gran importancia durante estos años las necesidades cognitivo-lingüísticas, cuya atención y satisfacción permitirán la aparición de grandes progresos en este ámbito del desarrollo. Así, los bebés necesitan disfrutar de experiencias y relaciones que estimulen el desarrollo de habilidades de pensamiento y comunicación. Aunque todas las necesidades que se han descrito hasta ahora son importantes las relacionadas con el desarrollo socio-afectivo según Bowlby (1976) tienen un papel decisivo durante esta etapa. Para crecer y desarrollarse de forma adecuada, los bebés requieren ser cuidados por adultos afectuosos, sensibles y atentos a sus necesidades, que sepan interpretar sus señales y responderles adecuadamente en todo momento. La necesidad de sentirse querido y aceptado permanece a lo largo de todo el ciclo vital, sin embargo durante los primeros años tiene un carácter trascendental.¹²



Fuente: OMS 2008

¹¹ Ochaíta, Esperanza, doctora en psicología del niño. Es miembro de UNICEF desde el año 1994, era directora del Centro de Estudios del Menor y la Familia. En 1999, Ochaíta creó el Instituto Universitario UAM-UNICEF de Necesidades y Derechos de la Infancia, del que fue directora hasta 2013.

¹² Bowlby John (1907-1990), psicoanalista inglés, notable por su interés en el desarrollo infantil y sus pioneros trabajos sobre la *Teoría del Apego*. Señaló que el afecto incondicional unido a la disponibilidad permanente de los cuidados son ingredientes esenciales para el establecimiento de un vínculo afectivo necesario durante la primera infancia.

La adquisición de todos estos logros de desarrollo fraguados en las interacciones tempranas y cotidianas con los adultos facilitará, al final de esta etapa, el inicio de las relaciones con los iguales. En conjunto, la atención y satisfacción adecuada de todas las necesidades en esta etapa hacen posible que los procesos de desarrollo durante los primeros años sean óptimos.

Hasta los 5 o 6 años de edad, las diferencias en el crecimiento dependen de la nutrición, del modo de alimentarse, del medio ambiente, de la atención sanitaria y del factor psicosocial más que de los factores genéticos y otros que se mencionaron anteriormente como los de maduración biológica y aquellos relacionados con la estimulación ambiental. Desglosando estos tres tal como se muestra en el diagrama nº 4, se destacan a continuación los factores psicosociales, salubridad ambiental y lo que respecta a la nutrición.

En lo que respecta a los factores psicosociales, se los puede definir como el conjunto de actitudes de los individuos que rodean al niño.¹³ Tal como se mencionó anteriormente, mientras más afectuoso sea el entorno del niño mejor se desarrollaran sus capacidades y son los padres quienes cumplen un rol fundamental en este aspecto. Se puede decir que la insatisfacción de necesidades básicas como la alimentación o la vivienda que perciben los padres podría causar ansiedad y otros problemas emocionales en los niños, aún sin tener efectos negativos en el estado nutricional.

Es probable que la insuficiencia alimentaria familiar, entendida como la disponibilidad limitada e incierta de alimentos nutricionalmente adecuados e inocuos, o la capacidad limitada e incierta de adquirir alimentos adecuados en formas socialmente aceptables, afecte la salud de los niños, aun cuando la privación alimentaria sea de sus padres y no de ellos, lo que podría causar cambios negativos en las prácticas parentales, entre otras razones, por el incremento del estrés, las preocupaciones o los sentimientos de privación.¹⁴

El estilo parental es una influencia fundamental para el desarrollo infantil, pues durante este periodo las interacciones con los padres proveen elementos esenciales. Pelletier (2005) afirma que un estilo parental positivo y recíproco, afectado por la tendencia para proveer un ambiente rico en lenguaje, lo cual es fuertemente influenciado por el grado de educación de los padres, se relaciona con un mejor desarrollo de habilidades cognitivas. La habilidad para establecer estilos positivos puede estar jerarquizada por la situación socioeconómica, o por circunstancias personales como el desempleo, el estrés y/o la depresión. Varios estudios han documentado cómo las mujeres que viven en condiciones de pobreza con niños pequeños son más depresivas que las mujeres no pobres. A su vez, la

¹³ Avalos Chavez Luis, se ha destacado como Pediatra post graduado en el Hospital Civil de Belén; maestro en Salud Pública y doctor en Ciencias de la Salud Pública por la Universidad de Guadalajara.

¹⁴ Pelletier D, Olso C, et al. 2003. *Inseguridad alimentaria hambre y desnutrición*. Washington.

depresión materna está asociada con problemas cognitivos y de lenguaje, pobres habilidades sociales y problemas conductuales durante la infancia y la niñez. Teniendo en cuenta esto, se trata de brindar el mejor entorno posible para que el niño no absorba los conflictos de los padres.¹⁵

En lo que respecta a los factores ambientales, los niños se ven expuestos a riesgos ambientales en los lugares donde habitan, aprenden, juegan y exploran. La exposición a los contaminantes ambientales puede ejercer un impacto profundo sobre la salud de los niños y sus consecuencias pueden ser permanentes, al punto de afectar su habilidad para lograr un pleno desarrollo de sus capacidades y deteriorar su calidad de vida.¹⁶

Se sabe que la malnutrición no solo está asociada a hábitos alimentarios, sino también a la degradación y contaminación del suelo. La OMS señala que la carga total de malnutrición es atribuible al ambiente en un 50%, sobre todo a causa de la falta de agua potable, higiene, infraestructura sanitaria y seguridad alimentaria deficientes que aumentan la aparición de diarreas y parasitosis afectando la nutrición infantil.¹⁷

Por lo tanto, la OMS (2006) afirma que el 36% de la mortalidad infantil es atribuible a factores ambientales modificables, es decir que realmente sea posible cambiar aplicando las tecnologías, políticas y medidas de prevención y de salud pública disponibles. Agrega, además, que los factores de riesgo ambiental contribuyen a la carga de morbilidad en 85 categorías de las 102 enfermedades principales, grupos de enfermedades y traumatismos que enfrenta hoy el mundo. Las enfermedades con mayor carga atribuible a factores ambientales, según la OMS, son diarrea y las infecciones respiratorias inferiores representándose en un 26% de todas las defunciones por causas ambientales. Cabe mencionar también, que dicha morbilidad causada por los riesgos ambientales es desproporcionadamente alta en los países en desarrollo en relación con los países desarrollados.

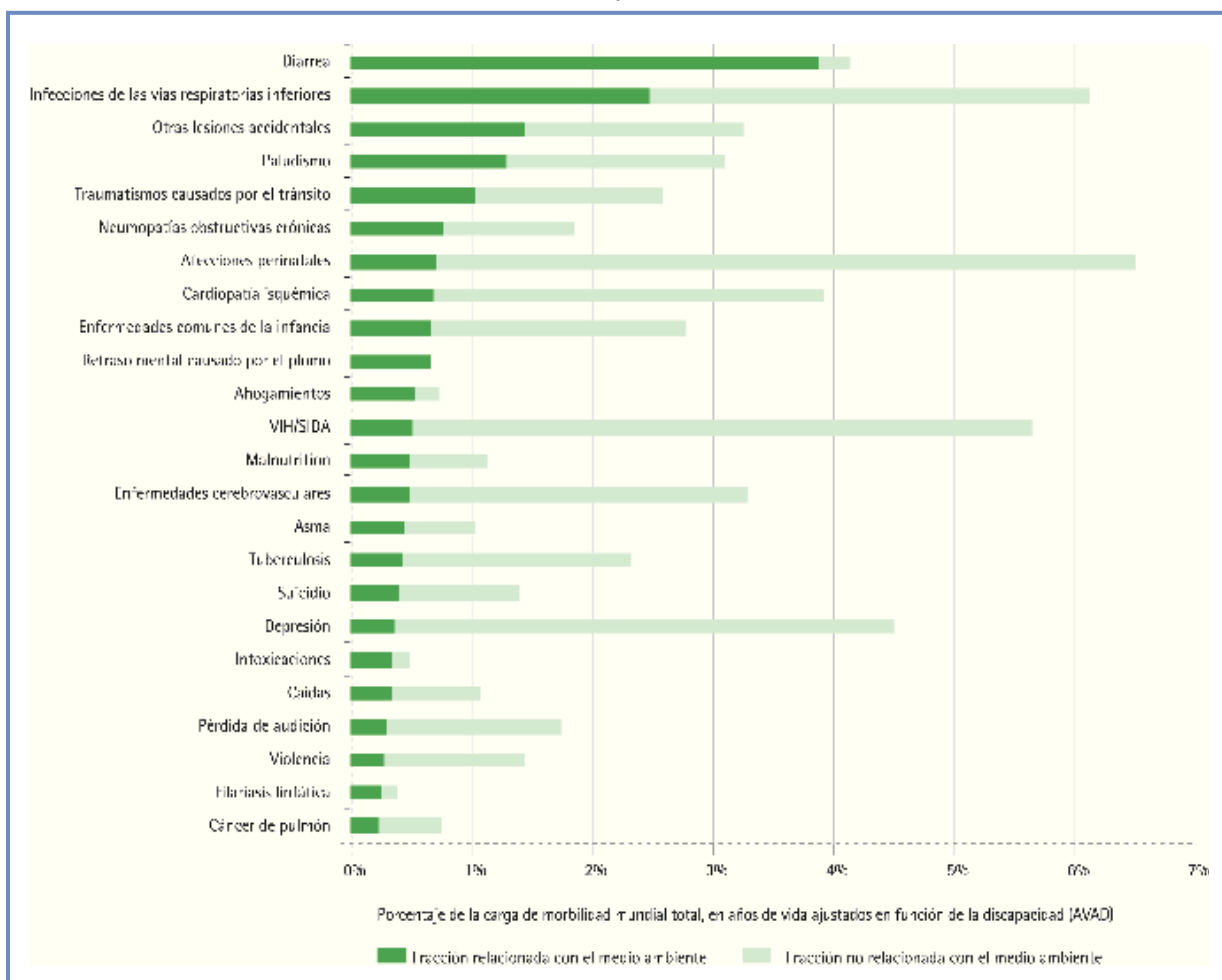
¹⁵ Garrett P, Ferron J. 1994. *Poverty experiences of young children and the quality of their home environments*.

¹⁶ Ministerio de Salud. Capítulo 2: *Salud infantil y ambiente*.
. www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/2-capitulos-sana.pdf

¹⁷ Prüss-Ustün, A., Corvalán, C. 2006. Ambientes saludables y prevención de enfermedades. Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. *Organización Mundial de la Salud*.

Esto se debe a los diversos tipos de riesgos ambientales y a las dificultades en el acceso a la atención primaria de la salud. A continuación se muestra las principales enfermedades causadas por el medio ambiente.

Gráfico N° 2: Enfermedades con la mayor contribución causal del medio ambiente.



Fuente: OMS 2002

En 2002, la OMS estimó que el 88% de todos los casos globales de diarrea son atribuibles al agua insegura y a la contaminación de los alimentos, así como también a falta de infraestructura sanitaria adecuada y a comportamientos de higiene deficientes. En ese mismo año, en la Argentina, la tasa de diarrea aguda en niños menores de 5 años fue de casi 16 por 100.000 habitantes, con variaciones importantes entre las regiones del país.¹⁸

¹⁸ Prüss-Ustün, A., Corvalán, C. 2006. Ambientes saludables y prevención de enfermedades. Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. Organización Mundial de la Salud.

La falta de acceso a agua de consumo limpia e inocua y a servicios de saneamiento básicos, así como las condiciones de higiene deficiente en las que vive el 39% de la población mundial, ocasionan casi el 90% de todas las muertes por enfermedades diarreicas, principalmente en niños.¹⁹ La prevención primaria de las enfermedades diarreicas mediante intervenciones de mejora del abastecimiento de agua, el saneamiento y la higiene se basa en la reducción de la transmisión de microorganismos patógenos por la vía fecal-oral que comprende la provisión de un abastecimiento de agua mejorado, la planificación en materia de seguridad del agua, el tratamiento y el almacenamiento seguro del agua doméstica, la mejora de las instalaciones de saneamiento y la educación en materia de higiene. Se ha documentado en diversos estudios la asociación estadística entre el crecimiento y la malnutrición infantiles y el acceso al agua potable, el saneamiento y una higiene correcta. Es por ello que los factores conductuales transmitidos a través de la enseñanza son importantes para determinar la penetración y la adopción sostenible de las prácticas relacionadas con el agua, el saneamiento y la higiene. Es necesario que la instalación y el funcionamiento de instalaciones de agua y saneamiento se acompañen de la transferencia de conocimientos sobre cómo utilizarlas, de cambios conductuales sostenibles y del fomento de la higiene.²⁰

Imagen N° 5: Saneamiento ambiental



Fuente: www.ms.gba.gov.ar

Por último, se habla de la nutrición como otro de los factores nombrados que condiciona al crecimiento y desarrollo del niño. Un equilibrado aporte de nutrientes es necesario para obtener un adecuado estado de salud, un óptimo crecimiento y desarrollo y

¹⁹ OMS/UNICEF. 2010. *Progress on sanitation and drinking-water*. Ginebra

²⁰ Bomela NJ. 2009. Public Health Nutrition. *Social, economic, health and environmental determinants of child nutritional status in three Central Asian Republics*.

un desarrollo físico y psicosocial y, además, ayudar al establecimiento de hábitos alimentarios saludables que permitan prevenir determinados problemas de salud de la edad adulta. Las recomendaciones deben tener en cuenta, no sólo las ingestas de nutrientes necesarios para evitar carencias, sino considerar también las acciones preventivas de los nutrientes para evitar determinadas patologías.

La desnutrición afecta tanto la defensa inmunológica del cuerpo como la no inmunológica. Como resultado, aumenta la incidencia, la severidad y la duración de enfermedades comunes en la niñez, como la diarrea, las infecciones respiratorias agudas y el sarampión. En los países en desarrollo, aproximadamente el 55 por ciento de la mortalidad en niños menores de cinco años está asociada a la desnutrición y simplemente un incremento modesto en las tasas de lactancia materna tiene el potencial de prevenir hasta un 10 por ciento de las muertes en niños menores de cinco años.²¹

Diagrama N° 3: Círculo vicioso de la enfermedad



Fuente: www.accioncontraelhambre.org/salud.php

La nutrición adecuada es una condición indispensable en cualquier fase del crecimiento físico. De ella depende la formación del tejido nuevo y el recambio energético necesario para el desarrollo funcional tanto de órganos como del cuerpo en general. La relación entre la energía que entra y la que se consume en el organismo plantea una condición de equilibrio que se modifica en función de factores externos como la alimentación, condición socioeconómica, hábitos higiénicos, manejo inadecuado del agua y excretas, entre otros y factores internos como el sexo, la edad y la enfermedad. De esta

²¹ Comité permanente de nutrición del sistema de las Naciones Unidas

última, las de tipo infeccioso y parasitario constituyen una de las principales causas de desnutrición que incide directamente en el crecimiento infantil.²²

La inseguridad alimentaria se caracteriza por la falta de acceso a los alimentos por la población más vulnerable, lo que concluye en malnutrición generando un desarrollo físico y cognitivo deficiente.²³ Un déficit proteico–calórico severo tiene implicaciones muy fuertes sobre la salud de las personas. Por una parte se traduce en desnutrición, la cual tiene entre sus consecuencias el retraso de la talla para el peso y del peso para la edad, así como la predisposición a las infecciones, en especial a la infección respiratoria aguda y a la enfermedad diarreica aguda, que son las principales causas de morbilidad general en los niños y niñas. Al igual que el déficit proteico–calórico, el déficit en micronutrientes presenta una relación directa con enfermedades e incapacidades. En el caso del hierro se relaciona con el déficit en atención escolar, disminución de la capacidad de trabajo de los adultos, riesgos en la gestación y parto en las mujeres. La carencia de vitamina A hace vulnerables las mucosas y contribuye a la aparición de enfermedades respiratorias y diarreas. En carencias prolongadas, predispone a la ceguera nocturna y en general a la disminución de la visión.²⁴

²² Serrano Sanchez Carlos, se ha desempeñado como Doctor en antropología biológica, universidad de Paris (1975).

²³ FAO, 2011. *Una introducción a los conceptos básicos de la seguridad alimentaria*.

²⁴ Programa Mundial de Alimentos, 2003. *Vulnerabilidad a la Inseguridad Alimentaria de la Población Desplazada por la Violencia*. Colombia

CAPÍTULO III

**Diarrea Aguda y
Deshidratación en Niños**

La OMS (2013) define al episodio diarreico en menores de dos años como:

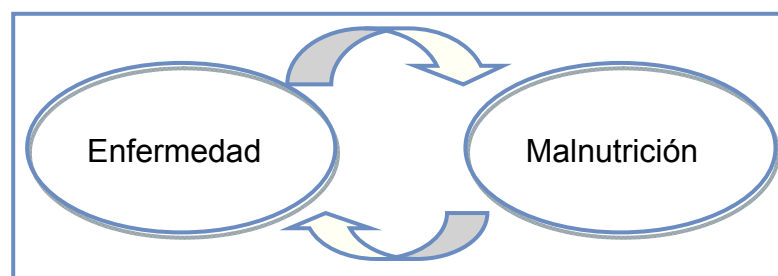
“La eliminación de heces líquidas tres o más veces al día o con una frecuencia mayor que la normal para la persona, o una deposición anormal asociada con moco, pus o sangre. La deposición frecuente de heces formes de consistencia sólida no es diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y pastosa por bebés amamantados.”

Dado que los hábitos evacuatorios de los niños y lactantes sanos son usualmente variables, otra definición posible que asume la OMS para la diarrea es:

“el aumento de la frecuencia, el volumen o el contenido líquido de las deposiciones respecto al habito usual de cada individuo”

Afirma también que la diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos. La infección se transmite por alimentos o agua contaminados que son consumidas, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente. Cabe destacar que en todo el mundo, 780 millones de personas carecen de acceso al agua potable y 2 500 millones a sistemas de saneamiento apropiados. Es por ello que la OMS concluye que la diarrea causada por infecciones es frecuente en países en desarrollo. Por ejemplo, en nuestro país, los niños menores de tres años sufren en promedio tres episodios de diarrea al año. Cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermarse por enfermedades diarreicas, tal como se describió en el capítulo anterior del círculo vicioso de enfermedad.¹

Diagrama N° 4: Círculo vicioso de la enfermedad



Fuente: Adaptado de OMS, Enfermedades diarreicas.

¹ OMS, 2013. *Enfermedades diarreicas*. Nota descriptiva N°330

Las diarreas se clasifican según diferentes parámetros: según el tiempo de evolución, según la altura del tubo digestivo en donde se originan, según la magnitud de las pérdidas intestinales que produzcan, según el mecanismo fisiopatológico y según su etiología. En cuanto a la clasificación según el tiempo de evolución se diferencian las diarreas agudas: que son aquellas de menos de 15 días de evolución. Las diarreas prolongadas: de evolución entre 15 y 30 días. Y las diarreas crónicas: que son aquellas de más de 30 días de evolución.²

En lo que refiere a la diarrea aguda o síndrome diarreico agudo, Roggiero (2006)³ define que es una entidad clínica caracterizada por la eliminación de heces con un contenido líquido mayor al habitual y/o aumento en la frecuencia de las deposiciones diarias, con repercusión variable en el estado general del paciente. Afirma también que la frecuencia del síndrome diarreico agudo representa un problema sanitario importante en los países en vías de desarrollo, dado que existe una estrecha asociación entre enteritis grave, desnutrición y pobreza extrema. Puede estimarse que este síndrome origina anualmente alrededor de 1 millón de defunciones en niños menores de cinco años solamente en América Latina, la mayoría de estos fallecimientos se produce por su complicación más frecuente: la deshidratación aguda. En zonas carenciadas, el riesgo de morir por diarrea es elevado, pero más elevado aun es el riesgo de enfermar. Roggiero (2006), calcula que en áreas de alta incidencia, el síndrome de diarrea aguda representa entre el 25% y 30% del total de las consultas médicas ambulatorias de la lactancia, y el 35% de las internaciones en servicios pediátricos.

Según OMS (2013), las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 760.000 millones de niños cada año. Establece que la diarrea puede durar varios días y puede privar al organismo del agua y las sales necesarias para la supervivencia. Cabe destacar que la mayoría de las personas que fallecen por enfermedades diarreicas en realidad mueren por una grave deshidratación y pérdida de líquidos, y de ese grupo en riesgo de muerte, los que presentan mayor riesgo son los niños malnutridos o inmunodeprimidos. Las intervenciones destinadas a prevenir las enfermedades diarreicas se orientan al control en el acceso al agua potable, el acceso a buenos sistemas de saneamiento y al lavado de las manos entre otros cuidados higiénicos.⁴

² Torresani Maria Elena, 2006. *Cuidado nutricional pediátrico*. Ed: Eudeba. La Lic. M. E. Torresani es docente a cargo de Fisiopatología y Dietoterapia del Niño en la Escuela de Nutrición de la Facultad de Medicina de la UBA. Es miembro, además, del Comité de Docencia e Investigación en la misma casa de estudios.

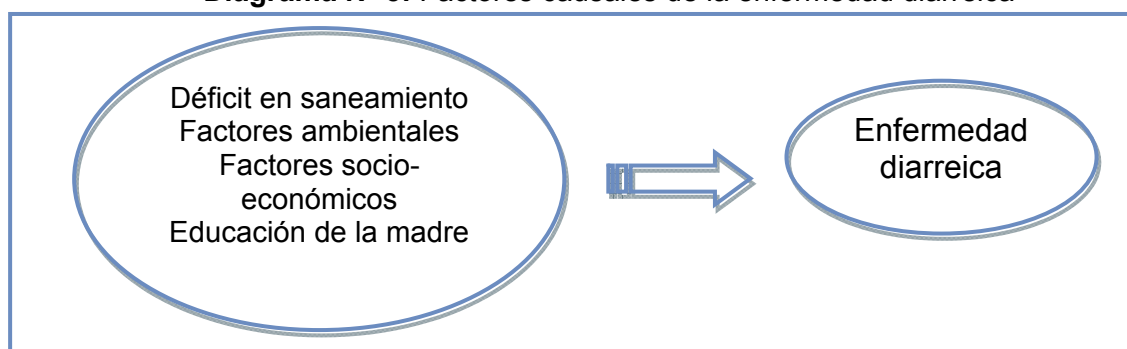
³ Roggiero Eduardo, 2006. Col: *Cuidado nutricional pediátrico*. Pediatra y autor del libro: Desnutrición infantil, 2007.

⁴ OMS, 2013. *Enfermedades diarreicas*. Nota descriptiva N°330

En relación a las causas de diarrea, estudios demuestran (1990) que la enfermedad es multicausal y en ella intervienen una variedad de factores biológicos, ambientales y sociales, entre los cuales cabe mencionar las infecciones por bacterias, virus y parásitos; el estado inmunitario y nutricional del niño y los factores del ambiente que facilitan la transmisión de los agentes patógenos, tales como la baja calidad sanitaria del agua, los hábitos de higiene personal poco saludables, la mala eliminación de excretas, el control de moscas y otros insectos, contaminación de los alimentos, el hacinamiento en las viviendas, falta de educación sanitaria, insuficiente atención de salud, entre otros. Todos estos generan un medio propicio para el desarrollo de esta entidad. Como se mencionó anteriormente, existe una estrecha relación entre el síndrome diarreico y la pobreza extrema, incluyendo también algunos factores relacionados con la madre como: ignorancia, madres analfabetas y/o menores de 17 años, el poco o nulo control prenatal, el bajo impacto en la promoción de la lactancia materna exclusiva, ablactación muy temprana o tardía.⁵

Por su parte, Monteverde (2010) en un estudio realizado en el conurbano bonaerense, demuestra la estrecha relación entre la diarrea y el déficit en servicios de saneamiento básico, factores socio-económicos, factores ambientales y de educación del jefe de familia.

Diagrama N° 5: Factores causales de la enfermedad diarreica



Fuente: Adaptado de Monteverde Malena: Saneamiento, educación, medio ambiente y diarreas.

Monteverde (2010) afirma que las deficiencias en los servicios de saneamiento básico constituyen el factor de riesgo más importante de todos los relacionados con el medio ambiente. Dicha autora indicó que el número mundial de episodios de diarrea se reduciría en promedio un 16,7%, si el acceso a los servicios de saneamiento fuera universal. Si a esto se suma la desinfección del agua en el lugar de consumo, la reducción de los episodios alcanzaría en promedio al 53%. Por último, proporcionar acceso a un abastecimiento regulado de agua corriente, conexión de la vivienda a la red de cloacas y tratamiento parcial

⁵ Figueroa Manuel (1990) en su estudio, observó una clara asociación entre la incidencia de las diarreas y la fuente de agua en las casas. Los niños que tienen llave de agua en sus casas padecen menos episodios de diarrea anuales que los niños en cuyas casas compran el agua en barriles con procedencia desconocida.

de las aguas residuales, permitiría conseguir una reducción promedio del 69%.⁶ En lo que respecta a la educación, Monteverde señala que la población menos educada podría tener conductas menos preventivas o eficaces para evitar los riesgos asociados a la falta de servicios, comparada con la población que ante la falta de cobertura sabe cómo minimizar los riesgos. Además, la población más favorecida desde el punto de vista socio-económico, tiene acceso a alternativas tanto de consumo ejemplo: agua envasada mineral, como de sistemas alternativos ejemplo: bombas a motor para la extracción de agua de acuíferos más profundos que resultan relativamente seguros ante la carencia de conexiones a redes de agua y ausencia de cloacas. Por último, la población con mayores niveles de educación formal, en general, se encuentra en mejores condiciones económicas y vive en comunidades con mejores condiciones ambientales, tanto desde el punto de vista socioeconómico como del medio natural.⁷

Imagen N° 6: Barrios bajo el agua



Fuente: <http://www.eltribuno.info/salta/bajoelagua>

En mención a los factores epidemiológicos, Duffau (2006) señala la importancia en relación con el huésped, entre los cuales se encuentran: la edad, el estado nutricional y el tipo de alimentación que recibe el niño. Respecto de la edad, los mayores índices de morbilidad por el síndrome diarreico se encuentran en la franja comprendida entre 0 y 2

⁶ Monteverde (2010), estimó en su estudio que el 25% de la población bajo estudio no contaba con ninguno de los dos servicios de saneamiento y que más del 60% no contaba con conexión a red cloacal en la vivienda. Dichos datos presentan relación con las cifras del INDEC (2001) del Censo de Población, Hogares y Vivienda de Argentina. Donde la cobertura de agua corriente alcanzaba al 74.73% de las viviendas de la provincia de Buenos Aires y la cobertura de la red cloacal alcanzaba algo más de la mitad de las mismas, el 52.56%.

⁷ Monteverde (2010), mencionó que el 57% de la población cuyo jefe de hogar tiene baja educación, vive en barrios en los que los basurales son un problema, mientras que dicha cifra es del 39% entre la población relativamente más educada.

años. En cuanto al estado nutricional, estudios establecen el efecto sinérgico entre el estado nutricional y el padecimiento de infecciones. Por ejemplo, La FAO (2002) demostró que los niños con kwashiorkor no tenían capacidad de formar anticuerpos a la vacunación para la tifoidea, y su capacidad se restauró después de una terapia con proteína. Asimismo, los niños con malnutrición proteica tienen una respuesta antigénica disminuida a la inoculación de la vacuna para fiebre amarilla. Estos estudios indican claramente que el organismo malnutrido tiene una capacidad reducida para defenderse a sí mismo contra la infección.⁸ De acuerdo a dicha relación, cualquier deficiencia de nutrientes, altamente relacionada con condiciones de pobreza, si es suficientemente severa, afectará la resistencia a la infección. A su vez, las infecciones no importa cuán leves sean, tienen efectos adversos sobre el estado nutricional. La importancia de esos efectos depende del estado nutricional previo del individuo, de su naturaleza, de la duración de la infección, y de la dieta durante el período de recuperación. El autor establece que una alimentación inapropiada y deficiente tanto en energía como en calidad de nutrientes, así como también la falta de higiene de los alimentos desarrolla ámbitos propicios para padecer diarrea. Por último, hace mención al agente causal, y afirma que las diarreas infecciosas se pueden contagiar de manera directa a través del contacto personal con pacientes enfermos o portadores, o de una forma indirecta, tal como se describió recientemente, a través de la contaminación del agua y los alimentos que luego son consumidos.⁹

Se establece que la diarrea es altamente peligrosa no solo por la pérdida de nutrientes durante el episodio, lo que se empeoraría si la madre no alimenta bien a su niño. Sino también por la pérdida de fluidos del organismo. La pérdida de un volumen de agua y de sales mayores que lo habitual lleva a la deshidratación. Esta afección se presenta cuando las pérdidas de agua y sales son mayores que el consumo. A mayor número de deposiciones diarreicas, mayor será la cantidad de agua y sales que el niño pierde. Tal como se mencionó anteriormente, la deshidratación durante la diarrea es muy seria y es una de las principales causas de muerte alrededor del mundo.¹⁰

⁸ FAO, 2002. *Nutrición humana en el mundo en desarrollo*. Colección: Alimentación y nutrición N° 29 Cap 3.

⁹ Duffau Gastón (2006) señala la importancia de la edad en niños con la sintomatología, en el sentido que cuanto más pequeño es el niño, más probable es que se deshidrate si hace una diarrea prolongada. Y lo atribuye a que el niño pequeño presenta: mayor contenido de agua corporal, mayor comunicabilidad entre los compartimentos líquidos, importante gasto energético, superficie corporal extensa en relación al peso, menor capacidad de ahorro renal de agua y dependencia de terceros para obtener agua.

¹⁰ USAID, 2005. *Lineamientos para los nuevos protocolos de tratamiento de la diarrea*.

La OMS (2011) define a la deshidratación como:

*“el estado resultante de una pérdida excesiva de agua del organismo”.*¹¹

Por su parte la Sociedad de Pediatría (2006) denomina deshidratación aguda:

“a la expresión clínica de un balance negativo de agua y solutos en el organismo bien por aumento de pérdidas, disminución de ingresos o por combinación de ambas situaciones”.

Y afirma que se trata de un proceso agudo en el que se equiparan las pérdidas de agua con la pérdida brusca de peso. La causa más frecuente de deshidratación en nuestro medio es la gastroenteritis aguda, secundaria sobre todo a agentes infecciosos. La deshidratación es entonces un síntoma de la enfermedad diarreica que se diagnostica por inspección y exploración y se confirma por la pérdida de peso que determina el grado de gravedad del cuadro: leve, pérdida menor o igual del 5% del peso; moderada, pérdida entre 6-9%; y grave, pérdida mayor o igual del 10%.¹²

La OMS (2005) extiende la clasificación de deshidratación en una escala de tres, tal como se muestra en la Tabla N° 1: deshidratación incipiente o leve sin signos ni síntomas; deshidratación moderada presentándose sed, comportamiento inquieto o irritable, reducción de la elasticidad de la piel, ojos hundidos. Y deshidratación severa, cuyos síntomas se agravan: pérdida parcial del conocimiento, falta de diuresis, extremidades frías y húmedas, pulso rápido y débil, tensión arterial baja o no detectable y palidez.¹³

¹¹ OMS, 2011. *Tratamiento inicial de la deshidratación en la malnutrición aguda grave.*

¹² Jiménez Treviño y Rodríguez Suarez (2006) remarcan la incidencia de la deshidratación es difícil de precisar y depende de factores etiológicos, socioculturales, higiénicos y climáticos. Además afirman que existe un discreto predominio en varones y la gran mayoría de los casos se producen en menores de 18 meses.

¹³ OMS, 2005. *The treatment of diarrhoea: a manual for physicians and other senior health workers.* Geneva.

Según la OMS (2013), la deshidratación grave puede ocasionar la muerte si no se restituyen al organismo el agua y los electrolitos perdidos, ya sea mediante una solución de sales de rehidratación oral (SRO), o mediante infusión intravenosa.¹⁴

Tabla N° 1: Estimación del porcentaje de peso perdido por datos clínicos.

Grado de deshidratación	Leve	Moderado	Severo
Pérdida de peso Lactantes	5%	10%	15%
Pérdida de peso Niños mayores	3%	6%	9%
Pulso	Normal	Ligeramente incrementado	Muy incrementado
Tensión arterial	Normal	Normal o baja	Normal o baja
Llenado capilar	< 2 segundos	3-5 segundos	> 6 segundos
Fontanela anterior	Normal	Ligeramente deprimida	Muy deprimida
Tono ocular	Normal	Ligeramente disminuido	Muy disminuido
Lágrimas durante el llanto	Presentes	Disminuidas	Ausentes
Mucosa oral	Hidratada o saliva filante	Seca	Muy seca
Sed	Leve	Moderada	No puede beber
Turgencia de la piel	Normal	Disminuida	Sin turgencia
Estado neurológico	Alerta o ligeramente irritable	Irritable	Letárgico
Gasto urinario	Normal	Disminuido	Anuria

Fuente: Adaptado de Organización Mundial de Gastroenterología. Diarrea aguda en adultos y niños,

La terapia de hidratación oral se consideró el descubrimiento más importante del XX. Por lo que la OMS desarrollo el Suero Oral, siendo este seguro y efectivo para la prevención y tratamiento de la deshidratación por diarrea. Este suero consta de: sodio 90 mEq/L, potasio 20 mEq/L, bicarbonato 30 mEq/L, cloro 80 mEq/L, glucosa 111 mEq/L. El

¹⁴ OMS, 2013. *Enfermedades diarreicas*. Nota descriptiva N°330.

medicamento es efectivo porque repone las pérdidas de agua y electrolitos por las evacuaciones diarreicas, al conservarse la absorción intestinal de glucosa, sodio y agua durante los episodios de diarrea, corrigiendo la deshidratación en periodos cortos, de cuatro a seis horas, con su administración oral a dosis fraccionada.¹⁵

En cuanto al tratamiento la OMS (1995) recomienda un plan a seguir según los datos clínicos que presente el niño, que se resumen en la Tabla N° 2. El plan A en pacientes sin deshidratación o deshidratación leve, el plan B en casos con deshidratación moderada y el plan C en enfermos con choque hipovolémico.

Tabla N° 2: Evaluación del estado de hidratación y plan de tratamiento.

	Bien hidratado	Deshidratado (dos o más signos)	Choque hipovolémico (dos o más signos)
Observe:			
Sed	Normal	Aumentada, bebe con avidez	No puede beber
Estado general	Alerta	Inquieto; irritable	Inconsciente
Ojos	Normales, llora con lágrimas	Hundidos, llora sin lágrimas	Hipotónico
Boca y lengua	Húmedas	Secas, saliva espesa	Secas
Respiración	Normal	Rápida y profunda	Débil o ausente
Explore:			
Elasticidad de la piel	Normal	El pliegue se deshace con lentitud (más de 2 segundos)	El pliegue se deshace con lentitud (más de 2 segundos)
Pulso	Normal	Rápido	Débil o ausente
Llenado capilar	< 2 segundos	3 a 5 segundos	> 5 segundos
Fontanela (lactantes)	Normal	Hundida	Hundida
Decida:			
Plan de tratamiento	Plan A	Plan B	Plan C

Fuente: Adaptado de OMS. Reading on Diarrhoea: A Students` manual.

El plan A consiste en adiestrar a los familiares para que apliquen el ABC del tratamiento: Alimentación constante, Bebidas abundantes y Consulta educativa. La OMS propone ofrecer 75 mL de la fórmula en el caso de niños menores de un año, administrada a cucharadas después de cada evacuación.¹⁶ Frente al gran mercado comercial de fórmulas hidratantes, Botas Irene (2011) afirma que la única fórmula que ha probado beneficios es la

¹⁵ OMS, 1984. Diarrea diseases control program: oral rehydration salts. Ginebra.

¹⁶ OMS, 1995. *The treatment of diarrhea: A manual for physicians and other senior health workers.* Geneva.

de la OMS reducida en osmolaridad, la cual se ha asociado a menor vómito, menor gasto fecal y menor necesidad de hidratación intravenosa. El plan B consiste en la rehidratación por vía oral. Se administrarán 100 mL/kg de peso de esta fórmula en dosis fraccionadas cada 30 minutos durante cuatro horas. Botas (2011) añade que no se debe usar otras soluciones como bebidas gaseosas, té o jugos, ya que por el contenido de los diversos solutos, no rehidratará adecuadamente al paciente e incrementarán el gasto fecal al aumentar la secreción intestinal de líquido. El plan C se inicia en pacientes con deshidratación grave. Se administra solución fisiológica por vía intravenosa durante aproximadamente tres horas.¹⁷

Entre las medidas clave para tratar las enfermedades diarreicas, Botas (2011) cita las siguientes: como primer medida la Rehidratación, tal como se menciona anteriormente, con solución salina de rehidratación oral recomendada por la OMS. La solución se absorbe en el intestino delgado y repone el agua y los electrolitos perdidos en las heces. En segundo lugar complementos de zinc, reducen un 25% la duración de los episodios de diarrea y se asocian con una reducción del 30% del volumen de las heces. Tercer medida mencionada son los alimentos ricos en nutrientes: el círculo vicioso de la malnutrición y las enfermedades diarreicas puede romperse continuando la administración de alimentos nutritivos, incluida la leche materna, durante los episodios de diarrea y proporcionando una alimentación nutritiva aun en niños sanos. Por último recomienda consultar a un agente de salud, en particular para el tratamiento de la diarrea persistente o cuando hay sangre en las heces o signos de deshidratación.¹⁸

En cuanto a la alimentación durante y pos episodio diarreico, Jiménez y Suarez (2006), afirman que existe consenso general sobre la necesidad de reinicio precoz de una alimentación normal, tras una breve fase de rehidratación, que permita una adecuada recuperación nutricional. La presencia de nutrientes realiza un efecto trófico sobre el enterocito y la realimentación precoz conduce a una mayor ganancia de peso, no empeora ni prolonga la diarrea, ni produce mayor incidencia de vómitos o intolerancia a la lactosa. La lactancia materna debe mantenerse sin restricciones, incluso a veces durante la fase de rehidratación rápida. Los niños que toman fórmula adaptada deben reanudarla normalmente, evitando ineficaces e hipocalóricas diluciones de la misma. En los niños que realizan una alimentación variada debe mantenerse una dieta normal, evitando alimentos ricos en grasas y alimentos con alto contenido en azúcares simples, de elevada

¹⁷ Botas (2011) señala que si se presenta vómito o distensión abdominal, se puede intentar infusión por sonda nasogástrica a razón de 20-30 mL/kg/hora. Y en los casos que se presente gasto fecal mayor a 10 g/kg/hora, alteración del estado neurológico, sepsis o íleo se debe iniciar rehidratación parenteral

¹⁸ Botas Irene agrega que en la deshidratación por diarrea aguda, la prevención es especialmente importante debido a que la disminución en la morbimortalidad relacionada con el adiestramiento en el hogar tiene grandes repercusiones positivas.

osmolaridad, son mejor tolerados los alimentos con hidratos de carbono complejos como el arroz, la polenta y otros cereales.¹⁹

La OMS (1989) ha demostrado que entre las ventajas de la alimentación sostenida durante la diarrea, están la recuperación más rápida de la fisiología alterada, incluyendo la absorción intestinal; asimismo, los episodios diarreicos se hacen más cortos y hay mayor ganancia de peso de los niños durante y después del episodio diarreico. Por lo expuesto la OMS recomienda que se mantenga la alimentación durante el episodio diarreico, dando preferencia a los alimentos a los que el niño esté habituado sin restricción. Así mismo aconseja el uso de fórmulas lácteas hidrolizadas o elementales, o bien, los alimentos específicos, pero en ningún caso se propone una dieta a las madres para que la preparen en el hogar. Es insuficiente la información respecto al uso de dietas basadas en alimentos disponibles y que las madres acepten para alimentar a sus hijos durante la enfermedad, especialmente en el ámbito comunitario. La OMS asegura que esta información es importante para poder adecuar las recomendaciones que debe hacer el personal de salud a las madres respecto a la alimentación de sus hijos durante la enfermedad, entre las que se mencionan: no usar medicación innecesaria y prevenir de deshidratación con suplementación de fluidos de mantenimiento con las sales de rehidratación oral propuestas.²⁰

Martínez Salgado (1998), menciona algunos resultados de sus estudios, demostrando que de un total de 100 personas responsables de menores con episodios diarreicos, solo el 37% usó sales de rehidratación oral, de este total el 64% cometieron errores al prepararlo. Es insuficiente la información que tienen las madres respecto al uso de sales o alimentos recomendables durante la enfermedad, especialmente en el ámbito comunitario. Es por ello que se ha identificado la necesidad de conocer el manejo actual de la diarrea en los hogares, considerando la diversidad de conocimientos y creencias que tienen las madres y/o personas que están a cargo del cuidado de estos niños.²¹

¹⁹ Jiménez Treviño y Rodríguez Suarez (2006) señalan que la reducción de disacaridasas no tiene repercusión clínica en la mayoría de los niños con diarrea aguda, por lo que se debe emplear leche normal, reservando las fórmulas sin lactosa para casos de intolerancia demostrada, con diarrea prolongada que empeora al reintroducir la leche, heces con pH inferior a 5,5 y/o presencia de más de un 0,5% de sustancias reductoras.

²⁰ OMS, 1989. *The treatment and prevention of acute diarrhea*. 2a. Edición. Ginebra.

²¹ Martínez Salgado, también destacó en su estudio que el 75% de las madres no suspendían totalmente la alimentación a sus hijos durante la enfermedad, y que la mayoría (83%), les ofrecía al menos algunos alimentos. La importancia radica entonces en qué alimentos brindar.

CAPÍTULO IV

**Conocimientos, Actitudes
y Prácticas Maternas**

La madre de familia es la principal agente de salud que actúa en el hogar desde hace siglos, según explicó Reyes (2007). Su función principal es el de cuidar a la familia más aun a sus hijos haciendo uso de sus conocimientos adquiridos para ponerlo en práctica y demostrando una actitud positiva frente a su hijo ante la enfermedad que tuviera. Los conocimientos de las madres son ricos de experiencias que pasan de generación en generación y a la vez fortalecidos o corregidos por el personal de salud que busca la prevención de las enfermedades a través de la educación. Reyes señaló que a pesar de mantener una tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en niveles cercanos a cero, aún se identifican problemas en el conocimiento por parte de madres y familiares tal como se presenta en la Tabla N° 3. En cuanto a los problemas más destacados se señaló: la persistencia de costumbres y hábitos inadecuados que favorecen la aparición de complicaciones como deshidratación. La eficacia de la consulta de niños con diarrea para disminuir la mortalidad, depende de si las madres usan correctamente la terapia de hidratación oral y el resto de los componentes del manejo efectivo de casos en el hogar. La autora consideró que si la madre piensa positivamente sobre lo que puede hacer para cuidar a su hijo, tendrá la posibilidad entonces de poner en práctica sus conocimientos y así contribuir a la salud de su hijo.¹

Tabla N° 3: Conocimiento de las madres sobre enfermedad diarreica aguda, medidas preventivas y prácticas en el hogar, de niños.

Nivel de conocimiento	N	%
Alto	30	17,7
Medio	112	66,3
Bajo	27	16
Total	169	100

Fuente: Adaptado de Matta y Ortega: Conocimiento sobre medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDA y su relación con características sociodemográficas.

En un estudio realizado Matta y Ortega (2012) observaron que la mayor proporción de las madres de familia, es decir un 66,3%, tiene un nivel medio de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda, medidas preventivas y prácticas en el hogar y el 16% presenta un nivel de conocimiento bajo.²

¹ Yuriena Reyes y Yurelis Rey Camacho (2007) agregan que muchos de los procesos defunciones se evitan cuando las madres cumplen y proporcionan buenas costumbres higiénicas en la familia; razón por la cual es importante saber si las madres tienen los conocimientos necesarios para prevenir y controlar una enfermedad diarreica aguda ya que si se aumenta el nivel de conocimiento en las madres entonces se puede disminuir las enfermedades diarreicas agudas.

² MattaMariños W, et al. (2012) concuerdan que el nivel de conocimiento de las madres mejora conforme al trabajo que realizan los agentes comunitarios en los ejes temáticos de promoción de la salud y prevención de enfermedades más relevantes en la infancia.

Casi todas las muertes por diarrea aguda se observan en menores de 5 años y ocurren en países en desarrollo donde la mayor letalidad se asocia con factores socioeconómicos, desnutrición y manejo inadecuado de los episodios diarreicos.³ Según Delgado (2006), uno de los principales problemas que se asocian con la mayor gravedad de las enfermedades en los niños menores de cinco años es la falta de conocimiento de los padres de los signos de peligro que indican cuando a un niño se le debe atender en un centro de salud. El retardo en la consulta de los niños con signos de peligro de enfermedad diarreica aguda puede provocar el deterioro del menor e incluso llevarlo a la muerte. Muchas veces los niños con diarrea aguda grave y deshidratación no se llevan con premura a un centro de atención y se les trata en la casa suministrándoles sólo líquidos caseros y en muchas ocasiones antidiarreicos, antiespasmódicos o antibióticos, cuyos medicamentos están contraindicados. Afirma Delgado que estos hechos se pueden prevenir con el conocimiento adecuado sobre los aspectos generales de la diarrea, los signos de peligro y la terapia de rehidratación oral.⁴ El autor muestra que 20% de las madres no tenía claro que en un episodio diarreico se incrementa la frecuencia en el número de deposiciones. También encontró que cerca de la cuarta parte somete a sus hijos a ayuno en caso de diarrea y que en esa misma frecuencia usan las fórmulas de rehidratación. En otro estudio cualitativo concluyó que las prácticas de tratamiento de rehidratación oral adecuadas se obstaculizan porque no se percibe una relación clara entre diarrea y deshidratación, vista esta última como un signo más de la enfermedad diarreica y no como pérdida de líquidos corporales y complicación.

Imagen N° 7: Hidratación



Fuente: <https://www.google.com.ar/search/hidratacion>

³ Lozano et al., (2004). Enfermedad diarreica aguda. Bogotá

⁴ Delgado (2006) señaló que el grado de conocimientos sobre los signos de peligro de enfermedad diarreica aguda que tienen las madres y en general los llamados cuidadores primarios como las abuelas, las madres sustitutas, las madres comunitarias, aun es un tema poco explorado.

En dicho estudio también se buscó explorar los signos de deshidratación percibidos por las madres en un episodio de enfermedad diarreica. Encontraron en sus hijos signos como disminución de peso, debilidad, pérdida de apetito, entre otros. Sin embargo ciertos signos importantes como boca seca, llanto sin lágrimas y pérdida de elasticidad de la piel no los refirieron las madres del estudio.⁵

En Colombia, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud en el año 2000, revela que en conocimientos sobre terapia de rehidratación oral (TRO) los resultados fueron que 92% de las madres con nacimientos en los últimos cinco años, conocían acerca de TRO para manejar la diarrea en los niños, el conocimiento aumentaba con la edad y la educación de la madre y era mayor en la zona urbana. Por lo que contrariamente, la falta de conocimiento se asoció a madres de baja edad, niveles de instrucción incompletos y pertenecientes a zonas rurales.⁶

En cuanto a la terapia de rehidratación oral, Álvarez (1998) indica que hay dos situaciones que impiden que la terapia de rehidratación oral evite la deshidratación y desenlaces fatales: la primera tiene que ver con el escaso uso de sales de hidratación oral (SHO), y la segunda, con el consumo de medicinas contraindicadas. El autor estima que el uso de SHO en los episodios diarreicos fue de 56.7% y que de ese porcentaje sólo 60.9% lo usó adecuadamente. En dicho estudio notifica también que en 17.6% de los casos de diarrea se suministraron antidiarreicos y en 56.2% de los casos se utilizaron antibióticos, lo cual representa una cifra muy elevada considerando que la mayoría de las diarreas agudas se deben a infecciones virales auto-limitadas en no más de 7 días, cuya evolución no se modifica con el empleo de antibióticos. Frente a dichos valores Álvarez distinguió dos fases a seguir una vez que la madre reconoce que el niño presenta diarrea aguda: en la primera se realiza una serie de prácticas de auto-atención esperando que se cure la enfermedad. En la segunda fase, el episodio se hace público, es decir, la familia empieza a preocuparse porque no cede la enfermedad. El paso a la segunda fase entonces, se da en los casos en que el niño empieza a complicarse con deshidratación sin ser percibido por la madre. En esta fase se realiza una serie de prácticas curativas, las que incluyen el uso de tés curativos y medicación contraindicada, esta última incluye: administración de antidiarreicos y antibióticos los cuales desvían la atención del tratamiento, es decir, de la deshidratación.⁷

⁵ Delgado (2006) remarcó que casi todas las madres sabían preparar la solución de rehidratación oral. Y como alternativa mencionaron la mezcla de agua, sal y azúcar aunque no siempre en las proporciones adecuadas.

⁶ Salud sexual y reproductiva: *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogotá: Profamilia; 2000.

⁷ Álvarez Selene (1998), remarcó que el uso de medicina contraindicada se asocia con efectos colaterales indeseables que pueden ocasionar inclusive la muerte, por prolongar la diarrea y su agravante: la deshidratación.

Battistini (2009) observa la actitud de las madres frente al episodio y estima que el 50,0% las madres llevan al niño al centro de salud más cercano. Mientras que 45,0% le da remedio casero, lo cual no es un dato relevante. Se puede observar en la Tabla N° 4.⁸

Tabla N° 4: Actitud de las madres y/o cuidadores, de los niños menores ante la diarrea.

Actitud de las madres y/o cuidadores.	Nº	%
Lo lleva al centro más cercano	30	50
Lo lleva al curandero	01	1,7
Lo lleva a la farmacia	02	3,3
Le da remedio casero	27	45
Total	60	100

Fuente: Adaptado de Battistini: Diarrea en lactantes menores.

Álvarez (1998) describió cómo algunas madres, cuyos hijos han alcanzado estadios graves de deshidratación, van combinando indiscriminadamente las distintas prácticas conforme se agrava la situación. El patrón de estas combinaciones es el de utilizar todo tipo de recurso que se tiene a la mano y cada vez con mayor desesperación, pues lo que la madre hace no está solucionando el problema. Se da entonces la paradoja de realizar toda una serie de prácticas para curar la diarrea en vez de prevenir la deshidratación, que es la que causa la muerte. La costumbre de recurrir a las prácticas curativas de la diarrea está relacionada con el concepto que tienen las madres acerca de la diarrea y la deshidratación: confunden ambos conceptos pensando que la deshidratación es sólo el conjunto de síntomas de la diarrea y que lo que hay que hacer es limitarla. Desconocen que la deshidratación es un proceso derivado de la diarrea, una complicación de la misma que requiere de atención específica. Esta falta de conocimientos puede estar ligado al nivel socio económico y/o nivel de escolaridad de las madres, lo que influye directamente sobre el reconocimiento de síntomas de deshidratación y su tratamiento.⁹

⁸ Battistini (2009), agregó que el 43,3% de los menores se ubican en el estrato social IV de las familias de los niños con diarrea, mientras que 40,0% pertenecen al estrato social III y solo el 16,7% al estrato social más alto.

⁹ Álvarez Larrauri Selene (1998) estableció una fuerte relación entre el uso de medicación contraindicada por las madres y la condición social y cultural en las que viven. Señaló también que el rechazo a la utilización del suero de rehidratación oral es por falta de conocimiento acerca del mismo y por subestimar la deshidratación.

En su investigación Álvarez (1998) afirmó que:

“Las madres que tienden a subestimar la deshidratación son de nivel económico más bajo y tienen menor acceso a los servicios médicos. Como así también existe una correlación directa, pero no significativa, entre el nivel de escolaridad de las madres y la frecuencia con que visitaban el centro de salud.”¹⁰

La OMS (1992), por su parte, indicó que la alta tasa de mortalidad de niños por diarrea puede descender si las madres consideraran la terapia de rehidratación oral antes que el tratamiento de la diarrea, práctica que consiste en incrementar el consumo de líquidos, dar suero de hidratación oral (SHO), continuar la alimentación y no usar antidiarreicos.¹¹

En el estudio de investigación señalado anteriormente Álvarez establece que en los niños con deshidratación severa, sólo 2% del total de madres entrevistadas describieron la deshidratación como: pérdida de líquidos y sales minerales. Según esa investigación cualitativa, la confusión entre diarrea y deshidratación está vinculada a la práctica de no utilizar el SHO, pero también a la de suministrar medicamentos contraindicados. Incluso, aumentar el consumo de líquidos, mediante la administración de té y refrescos, no se asocia generalmente con la reposición de líquidos necesaria para prevenir la deshidratación, sino con la curación de la diarrea. El hecho de que muchas madres no conciban la deshidratación como pérdida de líquidos y que ninguna tenga conocimiento sobre la función del suero no solo obstaculiza la utilización de la terapia de rehidratación oral sino que también pone en peligro de muerte a los niños menores de 5 años.¹²

Imagen N° 8: Signos de Deshidratación



Fuente: <https://www.google.com.ar/imagenes/signosdedeshidratacion>

¹⁰ Álvarez Larrauri Selene, Dr. en Sociología, se desempeña en el Instituto Nacional de Antropología e Historia, Veracruz.

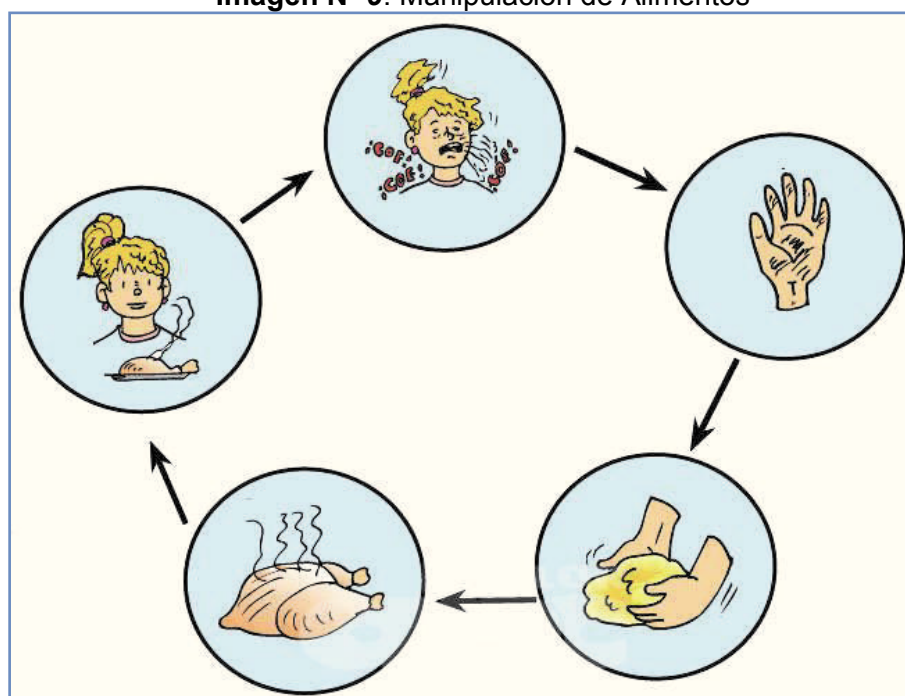
¹¹ Organización Mundial de la Salud. 1992. Ginebra.

¹² Álvarez Larrauri Selene, señaló que el 30% de las 125 madres que sí dieron el SHO utilizaron además medicinas contraindicadas. Y el porcentaje de madres que utilizó medicamentos y no la terapia de SHO fue de 70%. Por lo que se entiende que fue mayor el porcentaje de madres que usó medicamentos en el grupo que no utilizó el SHO que en el que sí lo administró.

Existen una variedad de factores que, según Vicente (1998) culminan en una influencia a nivel familiar, en la actitud y conducta de la madre para prevenir o no la diarrea infantil. Entre los cuales se destacan los factores económicos, socioculturales y de recursos que asociados a rasgos del ambiente que habita la población. Uno de los puntos a destacar es la educación, esta puede mejorar la higiene, la nutrición y reducir los índices de morbilidad de la diarrea. También la promoción de conductas preventivas inherentes es una responsabilidad del personal de salud en cualquier entorno del cuidado de la misma, no obstante, en el caso de los niños el trabajo es indirecto por centrarse en la madre como generador de autocuidado.¹³

En adición a los factores influyen las prácticas que llevan a cabo las madres, Reyes (2007) enumera algunos de los aspectos más importantes relacionados con la prevención de las enfermedades diarreicas agudas ya que existe una relación directa entre la diarrea infantil y las prácticas higiénicas inadecuadas en los hogares. La autora considera como aspectos correctos: Lavarse las manos antes de manipular alimentos; lavarse las manos luego de usar el servicio; lavar frutas y vegetales con abundante agua; hervir el agua que se consume; mantener higiene del niño; vigilar limpieza de los objetos que se lleva a la boca.¹⁴

Imagen N° 9: Manipulación de Alimentos



Fuente: <http://www.google.com.ar/imgres/manipulaciondealimentos>

¹³ Vicente María (1998) añadió que conocer las creencias y valores que orientan la conducta materna en la crianza de los niños, específicamente con respecto a la atención de la salud, constituye un elemento importante en la labor del personal de salud.

¹⁴ Reyes (2007) encuestó a más de 400 madres y reveló que más del 50% presentaban malos hábitos higiénicos.

OMS (2014) destaca la importancia de la alimentación del lactante y del niño pequeño para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. Afirma que los primeros 2 años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general. Agrega que una lactancia materna óptima tiene tal importancia que permitiría salvar la vida de unos 800.000 menores de 5 años todos los años. En los países en que la prevalencia del retraso del crecimiento es muy alta, la promoción de la lactancia materna y de una alimentación complementaria adecuada podría evitar la muerte de unos 220.000 menores de 5 años. La leche materna también es una fuente importante de energía y nutrientes para los niños de 6 a 23 meses. Puede aportar más de la mitad de las necesidades energéticas del niño entre los 6 y los 12 meses, y un tercio entre los 12 y los 24 meses.¹⁵

Imagen N° 10: Lactancia Materna



Fuente: <https://www.google.com.ar/search/amamantar>

La OMS y UNICEF recomiendan inicio inmediato de la lactancia materna en la primera hora de vida, lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida e introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los 6 meses, continuando la lactancia materna hasta los 2 años o más. Sin embargo, muchos lactantes y niños no reciben una alimentación óptima. Así, por ejemplo, solo un 38% de los lactantes de 0 a 6 meses reciben lactancia exclusivamente materna. Estudios establecen que la lactancia materna protege al niño de infecciones gastrointestinales, que se observa no solo en los países en desarrollo, sino también en los países industrializados. El riesgo de muerte por diarrea y otras infecciones puede aumentar en los lactantes que solo reciben lactancia parcialmente materna o exclusivamente artificial.

¹⁵ OMS, 2014. *Alimentación del lactante y del niño pequeño*. Nota descriptiva N°342

Puesto que la leche materna es una fuente esencial de energía y nutrientes, durante las enfermedades reduce la mortalidad de los niños malnutridos.¹⁶

La OMS (2009) añadió que el período de la alimentación complementaria, comienza de los 6 a 23 meses de edad, etapa en la que existe mayor incidencia de retraso en el crecimiento, deficiencia de micronutrientes causadas por infecciones respiratorias y diarreas. En esta etapa de vida, la incidencia de enfermedades diarreicas es mayor y está relacionada con la contaminación de los alimentos.¹⁷

En relación al manejo terapéutico Reyes (2007) señala que la mortalidad por diarrea viene dada fundamentalmente por la deshidratación debido al manejo inadecuado en la casa, este fue uno de los puntos de mayor importancia en su estudio, por lo que durante la investigación se hizo hincapié en el uso de las sales de rehidratación oral donde fue tomada como el mejor manejo terapéutico. En cuanto a los alimentos, la autora muestra que las madres eliminan de la dieta algunos alimentos cuando sus hijos comienzan con diarrea, con lo cual es importante señalar que la alimentación durante el episodio de diarrea provee los nutrientes que el niño necesita para vivir.¹⁸

En cuanto a la educación de la madre, siendo este un factor muy importante en la literatura, Alcázar et al., (2011) afirma que influye en la salud del niño de cinco maneras principales: conlleva una mejor combinación de los insumos relacionados con la búsqueda de la mejor salud de los niños; las madres más educadas son más eficientes en la producción de bienes para la salud de sus hijos, dada su restricción presupuestaria; puede generar cambios en sus preferencias, menos hijos, pero más sanos; implica un mayor ingreso para el hogar; y, por otro lado, al aumentar el costo de oportunidad de las madres de criar a sus hijos, puede tener un efecto adverso para la salud del niño. De acuerdo los autores, los mecanismos por los cuales la educación de las madres mejora el desarrollo de sus hijos en países en desarrollo son: la educación formal enseña directamente a la madre conocimientos sobre la nutrición; las habilidades aprendidas en el sistema educativo formal permiten a las futuras madres diagnosticar y tratar a sus hijos cuando tienen problemas de salud, por ejemplo obtener información de fuentes escritas; la educación formal de las madres las expone a la sociedad moderna y, por lo tanto, a la medicina moderna.¹⁹

En cuanto a la relación entre el conocimiento nutricional de la madre y su nivel educativo, Alcázar (2011) señaló en primer lugar, que el mayor porcentaje de mujeres sin conocimiento nutricional posee educación primaria, mientras que entre las madres con

¹⁶ idem

¹⁷ OMS, 2009. *Guía Práctica del lavado de manos*. Washington, D.C: OPS.

¹⁸ Reyes (2007) demostró que más del 50% de las madres eliminaban uno o más alimentos de la dieta cuando su hijo presentaba diarrea. Entre los principales el huevo, el pescado y la lactancia artificial en menor proporción.

¹⁹ Alcázar et al., (2011) encuentran que el efecto de la educación de la madre sobre la salud del niño tiene su origen en el acceso a los medios de información.

conocimiento el grupo más grande es el de las que poseen secundaria, en especial en el caso de las madres urbanas que dieron a luz en un establecimiento de salud. Otro hecho resaltante es que el porcentaje de madres sin nivel educativo siempre es mayor en el caso de las mujeres sin conocimiento; y en contraste, el porcentaje de mujeres con educación superior es siempre mayor entre las madres que sí perciben de manera adecuada el crecimiento de su hijo. Estos datos son evidencia de una relación positiva entre la educación formal y el conocimiento nutricional como la que se mencionó anteriormente. Entre otras variables que mencionó el autor, que podrían servir para caracterizar a las madres con conocimiento y las que no lo poseen se encuentra el estado conyugal de la mujer. En este ámbito se halla que más de 80% viven con una pareja. En el área urbana el porcentaje es levemente mayor entre las clasificadas como con conocimiento y en el campo ocurre lo inverso. Por otro lado, en cuanto al estado laboral y las características prenatales no se hallan diferencias entre las madres con conocimiento y sin conocimiento, lo cual indicaría que el ingreso propio de las madres no influiría en la salud de los niños, ni tampoco la asistencia a los controles prenatales de la madre. Para cerrar, Alcázar afirma que la relación entre pobreza y conocimiento de las madres es negativa: el porcentaje de madres pobres y sin conocimiento es siempre menor que el porcentaje de madres con conocimiento y pobres.²⁰

²⁰ Alcázar et al. (2011) agregaron que en el caso de los niños urbanos de madres con conocimiento nacidos en un establecimiento de salud, 31% tuvieron diarrea; mientras que 34% de los niños rurales hijos de madres con conocimiento padecieron esta afección.

DISEÑO METODOLÓGICO



El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo pues consiste en la caracterización del comportamiento del fenómeno a estudiar, según tiempo, lugar y persona. En relación al tiempo de ocurrencia de los hechos y el registro de la información se establece que es un estudio de tipo transversal, puesto que las variables son estudiadas simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

El universo de estudio lo constituyen todas las madres, padres o tutores e hijos que asisten a un Centro de Salud de la ciudad de Mar del Plata.

La muestra no probabilística fue seleccionada por conveniencia y se estableció un total de 120 encuestados.

La unidad de análisis fue cada padre, madre o tutor e hijos que asisten al centro de salud de la ciudad de Mar del Plata.

En el presente trabajo se describen los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas frente al episodio diarreico agudo de su hijo; se evalúa su conocimiento en relación al tema, su prevención y tratamiento; se evalúa si su hijo presenta signos de deshidratación y si la madre puede detectarlos. Asimismo, se identifican algunas características sociodemográficas de la población objeto de estudio, como sexo, edad, ocupación, tipo de familia, nivel educativo, y número de hijos.

El instrumento de recolección de datos es un cuestionario que se divide en dos secciones: la primera abarca los datos personales y sociodemográficos de la persona en estudio, y la segunda comprende una serie de preguntas para conocer a cerca de los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias que tiene la madre, padre o tutor acerca del periodo de diarrea aguda de su hijo/a y el estado de hidratación del mismo. Cabe destacar que se encuestará a aquellas madres, padres o tutores que asisten a la salita por control y/o seguimiento por haber tenido su hijo menor de 2 años diarrea aguda en el último año o bien que estén asistiendo por la enfermedad diarreica en el momento de recolección de datos.

Los datos serán recolectados por la autora del presente trabajo durante el mes de Agosto del año 2014.

A continuación se describen las variables.

Conocimiento de la madre, padre o tutor sobre el episodio diarreico agudo

Definición conceptual: Entendimiento, inteligencia, razón natural. Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.

Definición operacional: Entendimiento, inteligencia, razón natural. Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje que tienen las madres en relación al episodio diarreico agudo.

Las dimensiones a estudiar son el concepto de diarrea, su causa, su tratamiento, su complicación más frecuente y como prevenirla.

En lo que respecta a la categorización del *concepto*, hay una única pregunta que se categoriza como:

Conocimiento suficiente	1 respuesta correcta
Conocimiento insuficiente	0 respuesta correcta

Categorización para la *causa*, se le realizara dos preguntas:

Conocimiento suficiente	2 respuestas correctas
Conocimiento regular	1 respuesta correcta
Conocimiento insuficiente	0 respuesta correcta

Categorización para la *complicación*:

Conocimiento suficiente	1 respuesta correcta
Conocimiento insuficiente	0 respuesta correcta

Categorización para el *tratamiento*:

Conocimiento suficiente	1 respuesta correcta
Conocimiento insuficiente	0 respuesta correcta

Categorización para la *prevención*:

Conocimiento muy suficiente	8 respuestas correctas
Conocimiento suficiente	4-7 respuestas correctas
Conocimiento regular	1-3 respuestas correctas
Conocimiento insuficiente	0 respuesta correcta

La evaluación total del conocimiento sobre el episodio diarreico agudo en su conjunto se categoriza de la siguiente manera:

Conocimiento muy suficiente	11-12 respuestas correctas
Conocimiento suficiente	8-9-10 respuestas correctas
Conocimiento regular	5-6-7 respuestas correctas
Conocimiento insuficiente	2-3-4 respuestas correctas
Conocimiento muy insuficiente	0-1 respuesta correcta

Actitud de madre, padre o tutor frente al episodio diarreico agudo

Definición conceptual: Conjunto de creencias, sentimientos y tendencias de un individuo que dan lugar a un determinado comportamiento o manera de obrar ante cierto hecho o situación.

Definición operacional: Conjunto de creencias, sentimientos y tendencias de las madres que dan lugar a un determinado comportamiento o manera de obrar ante el episodio de diarrea aguda de su hijo.

La actitud a evaluar se relaciona con la creencia de la madre, padre o tutor de la diarrea aguda y que acción tomar. Se realizan dos preguntas para esta variable y se categorizan las respuestas como:

Actitud adecuada	2 respuestas correctas
Actitud regular	1 respuesta correcta
Actitud inadecuada	0 respuesta correcta

Práctica de la madre, padre o tutor frente al episodio diarreico agudo

Definición conceptual: Acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo. La práctica es el aspecto concreto, la acción o conducta establecida.

Definición operacional: Acciones observables de las madres en respuesta al episodio de diarrea aguda. La práctica es el aspecto concreto, la acción o conducta establecida que poseen las madres para el manejo de la alimentación y/o de la lactancia durante la enfermedad.

Las dimensiones a estudiar para la evaluación de la práctica son:

- la manipulación de los alimentos,
- tipo de alimentos y líquido administrados,
- frecuencia con que son administrados y,
- uso de medicación alternativa.

Manipulación de alimentos

Definición conceptual: Conjunto de procedimientos que realiza una persona para asegurar la inocuidad de los alimentos o bebidas a consumir.

Definición operacional: Conjunto de procedimientos que realizan las madres para asegurar la inocuidad de los alimentos o bebidas a consumir por su familia.

Se evalúa los procedimientos de la madre, padre o tutor en estudio en lo que respecta la higiene personal, la separación de alimentos crudos de los cocidos, la cocción de alimentos, las temperaturas seguras y el agua y alimentos seguros.

Para la categorización de la *higiene personal*:

Higiene muy adecuada	4 respuestas correctas
Higiene adecuada	3-2 respuestas correctas
Higiene regular	1 respuestas correctas
Higiene inadecuada	0 respuestas correctas

Categorización para *contaminación cruzada*:

Práctica muy adecuada	3 respuestas correctas
Práctica adecuada	2 respuestas correctas
Práctica regular	1 respuestas correctas
Práctica inadecuada	0 respuestas correctas

Categorización para *cocción de alimentos*:

Práctica muy adecuada	3 respuestas correctas
Práctica adecuada	2 respuestas correctas
Práctica regular	1 respuestas correctas
Práctica inadecuada	0 respuestas correctas

Categorización para el *manejo de la temperatura*:

Manejo muy adecuada	2 respuestas correctas
Manejo regular	1 respuestas correctas
Manejo inadecuada	0 respuestas correctas

Categorización para el *uso de agua y alimentos seguros*

Práctica muy adecuada	4 respuestas correctas
Práctica adecuada	3-2 respuestas correctas
Práctica regular	1 respuestas correctas
Práctica inadecuada	0 respuestas correctas

En su conjunto la práctica de manipulación de alimentos se evalúa según la siguiente categorización:

Práctica muy adecuada	13-14-15-16 respuestas correctas
Práctica adecuada	10-11-12 respuestas correctas
Práctica regular	7-8-9 respuestas correctas
Práctica inadecuada	4-5-6 respuestas correctas
Práctica muy inadecuada	0-1-2-3 respuestas correctas

Tipo de alimentación y líquidos ofrecidos

Definición conceptual: Proceso de ingestión de alimentos por parte de los organismos para proveerse de energía y de esta manera alcanzar su óptimo de crecimiento.

Definición operacional: Proceso de ingestión de alimentos por parte de los niños para proveerse de energía y de esta manera alcanzar su óptimo crecimiento. Como así también para afrontar las perdidas nutricionales durante la diarrea aguda.

Se evalúa a la madre, padre o tutor si suspende la alimentación durante la enfermedad, y en caso de que no qué alimentos y líquidos brinda durante la diarrea aguda. Se determina si la alimentación y líquidos establecidos son adecuados o no.

Frecuencia de alimentación ofrecida

Definición conceptual: Cantidad de veces al día en que se alimenta a los organismos para proveerse de energía y de esta manera alcanzar su óptimo de crecimiento.

Definición operacional: Cantidad de veces al día en que se alimenta al niño que padece enfermedad diarreica aguda para proveerse de energía y de esta manera alcanzar su óptimo de crecimiento o bien para afrontar la enfermedad.

Se evalúa la cantidad de veces al día que alimenta a su hijo durante la diarrea.

En su conjunto la práctica de alimentación establecida por el encuestado se evalúa según la siguiente categorización:

Práctica muy adecuada	12-13-14 respuestas correctas
Práctica adecuada	9-10-11 respuestas correctas
Práctica regular	6-7-8 respuestas correctas
Práctica inadecuada	3-4-5 respuestas correctas
Práctica muy inadecuada	0-1-2 respuestas correctas

Uso de Medicamentos

Definición conceptual: Fármaco destinado para su utilización en las personas, dotado de propiedades con el fin de prevenir, aliviar o mejorar enfermedades, o para modificar estados fisiológicos.

Definición operacional: Fármaco destinado para su utilización en las personas, dotado de propiedades con el fin de prevenir, aliviar o mejorar enfermedades, o para modificar estados fisiológicos que presentan los niños con diarrea y que sus madres administran con o sin el consentimiento de un médico.

De interés para este trabajo de investigación se evalúa la utilización de antibióticos, antiespasmódicos y antidiarreicos cuya utilización es contraindicada en menores de 2 años. Se indaga si utiliza medicamentos durante el episodio diarreico y de ser afirmativo qué tipo de medicamento es usado. Las respuestas se categorizan según el uso o no de medicamentos.

Conocimiento de la madre, padre o tutor sobre deshidratación

Definición conceptual: Entendimiento, inteligencia, razón natural. Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.

Definición operacional: Entendimiento, inteligencia, razón natural. Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje que tienen las madres en relación al estado resultante de una pérdida excesiva de agua del organismo.

Las dimensiones de esta variable comprenden el concepto de deshidratación, su causa, su tratamiento, su complicación, su prevención y conocimientos sobre signos de deshidratación.

Categorización para *concepto*:

Conocimiento suficiente	1 respuesta correcta
Conocimiento insuficiente	0 respuesta correcta

Categorización para *causa*:

Conocimiento suficiente	1 respuesta correcta
Conocimiento insuficiente	0 respuesta correcta

Categorización para *tratamiento*:

Conocimiento muy suficiente	2 respuestas correctas
Conocimiento suficiente	1 respuesta correcta
Conocimiento insuficiente	0 respuestas correctas

Categorización para *complicación*:

Conocimiento suficiente	1 respuesta correcta
Conocimiento insuficiente	0 respuesta correcta

Categorización para *prevención*:

Conocimiento suficiente	1 respuesta correcta
Conocimiento insuficiente	0 respuesta correcta

Categorización para *signos de deshidratación*:

Conocimiento muy suficiente	Más de 6 respuestas correctas
Conocimiento suficiente	2-5 respuestas correctas
Conocimiento insuficiente	0-1 respuesta correcta

En su conjunto el conocimiento sobre deshidratación que tiene el encuestado se evalúa según la siguiente categorización:

Conocimiento muy suficiente	11-12 respuestas correctas
Conocimiento suficiente	8-9-10 respuestas correctas
Conocimiento regular	5-6-7 respuestas correctas
Conocimiento insuficiente	2-3-4 respuestas correctas
Conocimiento muy insuficiente	0-1 respuestas correctas

Actitud de la madre, padre o tutor frente a la deshidratación

Definición conceptual: Conjunto de creencias, sentimientos y tendencias de un individuo que dan lugar a un determinado comportamiento o manera de obrar ante cierto hecho o situación.

Definición operacional: Conjunto de creencias, sentimientos y tendencias de las madres que dan lugar a un determinado comportamiento o manera de obrar ante la deshidratación de su hijo.

Se evalúa la actitud de la madre, padre o tutor en estudio según la creencia que tenga cuando el niño presente signos de deshidratación. Se toma como única respuesta correcta que lleve al niño a la salita u hospital.

Práctica de la madre, padre o tutor frente a la deshidratación

Definición conceptual: Acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo. La práctica es el aspecto concreto, la acción o conducta establecida.

Definición operacional: Acciones observables de las madres en respuesta a la deshidratación de su hijo. La práctica es el aspecto concreto, la acción o conducta establecida que poseen las madres para el manejo de la bebida y/o sales de rehidratación oral y de la lactancia durante la enfermedad.

Las dimensiones a estudiar para la evaluación de la práctica frente a la deshidratación son:

- tipo de líquido ofrecido,
- frecuencia de administración de líquidos y,
- conocimiento y uso de sales de rehidratación oral.

Tipo de líquido ofrecido

Definición conceptual: Bebida que se ingiere por parte de los organismos para asegurar la supervivencia.

Definición operacional: Bebida, de mayor importancia el agua, que ingiere el niño para asegurar la supervivencia, como así también para afrontar las pérdidas hídricas durante la diarrea aguda.

Se evalúa a la madre, padre o tutor que líquidos brinda cuando el niño presenta deshidratación y si estos son adecuados o no.

Frecuencia de líquido ofrecido

Definición conceptual: Cantidad de veces al día en que se ingiere líquidos por los organismos para asegurar la supervivencia.

Definición operacional: Cantidad de veces al día en que el niño enfermo con diarrea aguda ingiere líquidos no solo para asegurar la supervivencia sino también para reponer las pérdidas hídricas.

Se evalúa a la madre, padre o tutor la cantidad de veces al día que ofrece líquidos, fundamentalmente agua, a su hijo cuando esta deshidratado. Se toma como respuesta correcta que le ofrezca 4 o más veces al día.

Sales de rehidratación oral

Definición conceptual: Compuesto de sales que se administra en casos de deshidratación para reponer las pérdidas de electrolitos y fluidos.

Definición operacional: Compuesto de sales que se le administra al niño en casos de deshidratación por diarrea aguda para reponer las pérdidas de electrolitos y fluidos.

Se evalúa a la madre, padre o tutor si conoce acerca de las SRO y si la práctica de elaboración es correcta o no.

En su conjunto la práctica frente a la deshidratación que tiene el encuestado se evalúa según la siguiente categorización:

Práctica adecuada	3-4 respuestas correctas
Práctica regular	2 respuestas correctas
Práctica inadecuada	0-1 respuestas correctas

Estado de hidratación.

Definición conceptual: Grado de humedad normal en los tejidos del cuerpo.

Definición operacional: Grado de humedad normal en los tejidos del cuerpo.

El médico pediatra determina mediante la exploración física del niño con enfermedad diarreica aguda si tiene o no algún grado de deshidratación.

Evaluación del estado de hidratación

Signos y síntomas	Deshidratación leve	Deshidratación moderada	Deshidratación grave
1- Observe			
Conciencia	Normal Alerta	Irritable, intranquilo	Obnubilado, inconsciente
Ojos	Normales	Hundidos	Muy hundidos y secos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Boca/lengua	Pastosa	Seca	Muy seca
Sed	Bebe normal, no sediento	Sediento, bebe con muchas ganas	Bebe poco o incapaz de beber
Fontanela	Normal	Deprimida	Muy deprimida
2- Explore			
Piel	Pliegue negativo	Pliegue positivo	Pliegue muy positivo
3- Evalúe			
Pérdida de peso	< 5%	5-10%	> 10%
Taquipnea	No	Leve	Moderada
Tensión arterial	Normal	Descenso	Hipotensión, posible shock
Aumento del pulso	No	Leve	Pulso rápido y débil
Flujo de orina	Normal/Escaso	Oliguria	Oliguria/Anuria

Fuente: Adaptado de "Reading on Diarrhoea: A students `manual". OMS, 1992. Geneva

Se categoriza la evaluación del estado de hidratación del niño como deshidratación leve, moderada o grave. De no presentar ningún signo y/o síntoma se lo considerará bien hidratado:

0 signos	Sin deshidratación
1-2 signos	Deshidratación leve
3-4 signos	Deshidratación moderada
Más de 4 signos	Deshidratación grave

Tipo de lactancia

Definición conceptual: Período en el que el recién nacido se alimenta de leche materna o leche de vaca o artificial.

Definición operacional: Período en el que el recién nacido se alimenta de leche materna o leche de vaca o artificial. Se clasifican distintos tipos de lactancia y se determinan mediante encuesta:

- Lactancia materna exclusiva: Alimentación del niño con leche materna exclusivamente. Permite que el lactante reciba únicamente gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).
- Lactancia artificial: Alimentación del niño con leche de vaca o fórmulas lácteas.
- Lactancia materna predominante: Lactancia materna, incluyendo leche extraída o fórmulas lácteas como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba líquidos como agua, agua endulzada, infusiones, zumos, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).
- Lactancia materna completa: Incluye a la lactancia materna exclusiva y a la lactancia materna predominante.
- Alimentación complementaria: Leche materna y alimentos sólidos o líquidos. Permite cualquier comida o líquido incluida leche no humana.

Duración de la lactancia

Definición conceptual: Período en el que el recién nacido se alimenta de leche.

Definición operacional: Período en el que el recién nacido se alimenta de leche.

Se determina el tiempo transcurrido de lactancia a través de la encuesta. La madre, padre o tutor deberá seleccionar la respuesta según la siguiente categorización:

- El niño actualmente está tomando leche.
- Tomo leche durante los 6 primeros meses.
- Tomo leche hasta antes de los 6 primeros meses.
- Tomo leche hasta después de los 6 primeros meses.
- Comió otros alimentos junto con la leche antes de cumplir los 6 meses.

Edad de la madre

Definición conceptual: Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de captación por la fuente de información.

Definición operacional: Años cumplidos que tiene la madre, padre o tutor que está a cargo del niño enfermo por diarrea aguda desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de captación por la fuente de información.

Se le pregunta a la persona en estudio a través de una encuesta.

Edad del niño

Definición conceptual: Tiempo de vida del niño transcurrido desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de captación por la fuente de información.

Definición operacional: Tiempo de vida del niño con diarrea aguda transcurrido desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de captación por la fuente de información.

Se le pregunta a la madre, padre o tutor en estudio la fecha de nacimiento de su hijo.

Estado Civil

Definición conceptual: Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.

Definición operacional: Situación personal en que se encuentra o no la persona en estudio en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.

Se le pregunta a la madre, padre o tutor en estudio a través de la encuesta. El estado civil se clasifica de la siguiente manera:

- Soltero: Persona que no contrajo matrimonio.
- Casado: Persona que contrajo matrimonio.
- Divorciado: Persona que tramitó la disolución del matrimonio.
- Viudo: Persona que ha perdido al cónyuge por fallecimiento.
- Conviviente: Relación marital de dos individuos sin estar unidos en vínculo matrimonial.
- Separado: Persona que ha finalizado la vida conyugal.

Nivel educativo.

Definición conceptual: Grado de estudio más alto aprobado por una persona.

Definición operacional: Grado de estudio más alto aprobado por la persona que realiza el cuidado del niño con diarrea.

Se le pregunta a la madre, padre o tutor en estudio a través de la encuesta. El nivel educativo se clasifica en las siguientes categorías:

- Sin instrucción / Nunca asistió: son las personas que nunca concurrieron a un establecimiento de enseñanza formal.
- Primario incompleto, Secundario incompleto, Terciario/Universitario incompleto: incluye a las personas que asistían a algunos de esos niveles de enseñanza formal pero no llegaron a completarlo.
- Primario completo, Secundario completo, Terciario / Universitario / Posgrado completo: incluye a las personas que cursaron y aprobaron el último grado / año de alguno de esos niveles.

Tipo de ocupación.

Definición conceptual: Tarea o función que una persona desempeña en su puesto de trabajo y que puede estar relacionada o no con su profesión (nivel de educación) y por la cual recibe un ingreso en dinero.

Definición operacional: Tarea o función que desempeña la persona a cargo del niño con enfermedad diarreica en su puesto de trabajo y que puede estar relacionada o no con su profesión (nivel de educación) y por la cual recibe un ingreso en dinero.

Se determina a través de la encuesta si la persona es:

- Ama de Casa
- Estudiante
- Profesional
- Empleado
- Desempleado
- Trabajador independiente
- Ninguno

Tipo de familia

Definición conceptual: Principal forma de organización de los seres humanos en relación al parentesco. Este puede ser de dos tipos: de afinidad mediante el establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio o la adopción, y de consanguinidad, filiación entre padres e hijos.

Definición Operacional: Principal forma de organización de los seres humanos en relación al parentesco. Este puede ser de dos tipos: de afinidad mediante el establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio o la adopción, y de consanguinidad, filiación entre padres e hijos. Una familia puede ser clasificada en los siguientes tipos y se determina a través de la encuesta:

- Familia nuclear: Formada por la madre, el padre y su descendencia.
- Familia extensa: Formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos (puede incluir abuelos, tíos, primos y otros parientes afines).
- Familia monoparental: En la que el hijo o hijos vive(n) sólo con uno de los padres.
- Familia homoparental: En la que el hijo o hijos vive(n) con una pareja homosexual.
- Familia ensamblada: En la que está compuesta por agregados de dos o más familias (ejemplo: madre sola con sus hijos se junta con padre viudo con sus hijos), y otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos.

A continuación se presente el consentimiento informado y seguido la encuesta:

“Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias maternas frente al episodio diarreico agudo y síntomas de deshidratación en niños que asisten a c.a.p.s en la ciudad de Mar del Plata”, es una investigación que estoy realizando como trabajo de tesis para obtener el título de Licenciatura en Nutrición, por lo que dicha encuesta sólo se lleva a cabo con fines académicos.

Queda resguardada la información aquí detallada, garantizando el secreto estadístico y la confidencialidad de la información brindada por los participantes.

Por este motivo, solicito su autorización para participar en este estudio, que consiste en contestar un listado de preguntas sobre los conocimientos que tienen las madres sobre la diarrea de sus hijos y la deshidratación, y que actitudes y prácticas alimentarias lleva a cabo durante el periodo de la enfermedad.

Ma. Belén Ocampo Montero
Carrera de Lic. en Nutrición
Facultad de Ciencias Médicas

Seguidamente se muestra el instrumento de recolección de datos:

Encuesta N°: ____	Relación con el niño/a: Madre, Padre o tutor
Fecha: __/__/____	Edad:
Sexo: F M	Número de Hijos:
Estado Civil:	Ocupación:
Soltero/a	Ama de casa
Casado/a	Estudiante
Divorciado/a	Profesional
Viudo/a	Empleado
Conviviente	Desempleado
Separado	Trabajador independiente
	ninguno
	Otro.....
Nivel Educativo:	Tipo de Familia:
Sin Instrucción	Familia Nuclear
Primario Incompleto	Familia Extensa
Primario Completo	Familia Monoparental
Secundario Incompleto	Familia homoparental
Secundario Completo	Familia Ensamblada
Terciario Incompleto	
Terciario Completo	
Universitario Incompleto	
Universitario Completo	
Posgrado	
Fecha de Nacimiento del niño/a: __/__/____	
1- La Diarrea Aguda se define como:	
A. Heces blanquecinas y olorosas	
B. Heces líquidas y/o aumento del número de deposiciones	
C. Ausencia de deposiciones	
D. Dolor estomacal	
E. Heces duras con sangre	
F. No sabe	
2- La principal causa de Diarrea Aguda es:	
A. Empacho por alimentos	
B. Tomar frío	
C. Bacterias, Parásitos y Virus que contaminan los alimentos	
D. No sabe	
3- Cuál de las siguientes son otras causas de Diarrea Aguda:	
A. Tomar agua hervida	
B. Comer ensaladas en invierno	
C. Una persona con diarrea puede contagiar a otra si no mantiene higiene personal como lavado de manos, bañarse, etc.	
D. No sabe	
4- La complicación más frecuente de la Diarrea Aguda es:	
A. Obstrucción intestinal	
B. Deshidratación	
C. Neumonía	
D. Hepatitis	
E. Constipación	
F. No sabe	
5- El principal tratamiento para la Diarrea Aguda implica:	
A. Aumentar el consumo de agua	
B. Uso de medicamentos	
C. Dieta	
D. Brindar infusiones como te, café, mate cocido	
E. Suspender la alimentación	
F. No sabe	

6- Cuáles de las siguientes considera que son medidas preventivas para la Diarrea Aguda:

- A. Lavarse las manos antes de manipular los alimentos
- B. Lavar las frutas y verduras
- C. Bañarse con agua hervida
- D. Lavarse las manos luego de usar el servicio sanitario
- E. Hervir el agua de consumo
- F. Mantener la higiene del niño
- G. Vigilar limpieza de los objetos que se lleva a la boca el niño
- H. Conservar los alimentos en la heladera
- I. Brindar lactancia exclusiva los primeros 6 meses de vida
- J. No sabe

7- Usted cree que la Diarrea Aguda:

- A. Se cura sola
- B. Empeora si no se trata
- C. Causa la muerte por deshidratación
- D. No sabe
- E. Otro:

8- Qué hace cuando el niño/a tiene Diarrea:

- A. Nada, espera a que se cure
- B. Llama a un familiar/amigo para pedir ayuda o consejos
- C. Lo lleva a la farmacia
- D. Lo lleva al curandero
- E. Le da remedio casero
- F. Lo lleva al médico o salita prontamente
- G. Otro:

9- Frente a la sintomatología del episodio usted:

- A. No hace nada y espera a que se le pase
- B. Llama a un familiar y/o amigo/a
- C. Se preocupa
- D. Ninguna de las anteriores
- E. Otro:.....

10- En cuanto a la alimentación: Durante el episodio de Diarrea Aguda usted:

- A. Selecciona algunos alimentos
- B. Suspende la alimentación y Solo le da líquidos
- C. Continúa con la alimentación habitual
- D. No sabe que alimentos darle
- E. Otro:.....

11- Cuáles de los siguientes alimentos considera que son buenos consumir durante la Diarrea Aguda:

- | | | | |
|----------------------|--|-------------------|--|
| - Galletitas de agua | | - Puré de zapallo | |
| - Pan | | - Tomate | |
| - Queso..... | | - Papas | |
| - Pescado | | - Lechuga | |
| - Carne de vaca | | - Acelga | |
| - Pollo | | - Durazno | |
| - Arroz | | - Mandarina | |
| - Polenta | | - Manzana..... | |
| - Fideos | | - Banana | |
| - Lentejas | | - Otro:..... | |

12- Que líquidos considera que son buenos consumir durante la Diarrea Aguda:

- | | | | |
|-------------------------|--|---------------------|--|
| - Leche de vaca | | - Lactancia Materna | |
| - Chocolateada | | - Jugo | |
| - Mate Cocido con Leche | | - Te | |
| - Agua | | - Gaseosa | |
| - Otro..... | | | |

13- Con que frecuencia alimenta a su hijo/a durante la Diarrea Aguda:

- A. Realiza las 4 comidas del día
- B. 2 o 3 veces al día
- C. 1 vez al día
- D. No lo alimenta durante la diarrea

- 14- Cuál/es de las siguientes opciones realiza habitualmente para mantener la higiene:
- A. Lavarse las manos antes y durante la preparación de comidas
 - B. Lavarse las manos después de ir al baño
 - C. Lava y desinfecta la mesada, utensilios y equipos usados en la preparación de alimentos
 - D. Evita el contacto de alimentos y áreas de la cocina con insectos, mascotas y otros animales
 - E. Ninguno de los anteriores
 - F. Otro.....

- 15- Cuál/es de las siguientes opciones realiza para separar los alimentos crudos de los cocidos:
- A. Separa siempre los alimentos crudos de los cocidos
 - B. Limpia las superficies y los utensilios entre la manipulación de carnes crudas y carnes cocidas, vegetales u otras comidas listas para su consumo
 - C. Conserva los alimentos en recipientes separados para evitar el contacto entre crudos y cocidos
 - D. Ninguno de los anteriores
 - E. Otro.....

- 16- Cuál/es de las siguientes opciones realiza al momento de cocción de alimentos:
- A. Cocina completamente los alimentos, especialmente las carnes, pollo, pescado y huevo.
 - B. En la cocción de carne picada, quedan zonas rojizas en el interior
 - C. Hierva las sopas y guisos
 - D. Recalienta completamente la comida cocinada
 - E. Ninguna de las anteriores
 - F. Otro.....

- 17- Cuál/es de las siguientes opciones realiza para mantener los alimentos a temperaturas seguras:
- A. Deja alimentos cocidos a temperatura ambiente por más de 2 horas
 - B. Enfía rápidamente los alimentos cocinados
 - C. Mantiene bien caliente la comida lista para servir
 - D. Guarda las comidas preparadas por mucho tiempo
 - E. Descongela los alimentos a temperatura ambiente
 - F. Ninguna de las anteriores
 - G. Otro.....

- 18- Cuál/es de las siguientes opciones tiene en cuenta para usar el agua y alimentos seguros:
- A. Usa agua potable o la potabiliza antes de consumirla
 - B. Selecciona alimentos frescos
 - C. Prefiere alimentos procesados tales como la leche pasteurizada
 - D. Lava las frutas y las verduras cuidadosamente
 - E. Utiliza alimentos después de la fecha de vencimiento
 - F. Ninguna de las anteriores
 - G. Otro.....

- 19- Usa medicamentos para tratar la Diarrea Aguda de su hijo:
- A. Si
 - B. No

- 20- Cuál de los siguientes usa:
- A. Antibióticos
 - B. Antiespasmódicos
 - C. Antidiarreicos
 - D. Remedio casero ¿Cuál?.....
 - E. Otro.....

- 21- La deshidratación se define como:
- A. Estado en que el niño/a vomita todo lo que come
 - B. Estado en que el cuerpo no tiene suficiente líquido para funcionar adecuadamente
 - C. Estado en que el niño/a transpira mucho y moja su ropa
 - D. Cuando el niño no quiere o no puede beber líquidos
 - E. No sabe
 - F. Otro.....

22- La deshidratación se produce cuando:

- A. El niño/a llora mucho
- B. El niño/a no toma muchos líquidos
- C. El niño/a pierde líquidos por Diarrea Aguda
- D. El niño/a tiene gripe
- E. No sabe
- F. Otro.....

23- Cuando el niño/a esta deshidratado usted le da:

- A. Bebida Energizante
- B. Agua hervida
- C. Agua clorada
- D. Te
- E. Sales de rehidratación
- F. Jugos de frutas naturales
- G. Nada, espera a que se cure
- H. Otro.....

24- Considera que si se agrava la deshidratación, el niño/a:

- A. Se cura solo
- B. Se desmaya
- C. Muere
- D. No sabe
- E. Otro.....

25- Para prevenir la deshidratación considera que:

- A. El niño debe tomar suficiente agua
- B. El niño de dormir mas
- C. El niño debe comer más que antes
- D. No sabe
- E. Otro.....

26- Cuáles de los siguientes considera que son signos de deshidratación:

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| - Piel seca | <input type="checkbox"/> | - Boca y lengua secas | <input type="checkbox"/> |
| - Lloro con muchas lagrimas | <input type="checkbox"/> | - Tos | <input type="checkbox"/> |
| - Moja más pañales al día | <input type="checkbox"/> | - Dolor estomacal | <input type="checkbox"/> |
| - Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> | - Saliva espesa | <input type="checkbox"/> |
| - Bebe con muchas ganas | <input type="checkbox"/> | - Esta irritable | <input type="checkbox"/> |
| - Está muy contento | <input type="checkbox"/> | - Manos hinchadas | <input type="checkbox"/> |
| - Otro..... | <input type="checkbox"/> | | |

27- Si el niño/a tiene los ojos hundidos, bebe con dificultad y está siempre dormido, usted:

- A. Le da medicación
- B. Lo deja dormir
- C. Lo lleva al hospital o salita
- D. Le da lactancia materna
- E. Le da todo tipo de bebidas
- F. Otro.....

28- Con que frecuencia ofrece líquidos a su hijo/a cuando esta deshidratado:

- A. 4 o más veces al día
- B. 3 veces al día
- C. 2 veces al día
- D. 1 vez al día
- E. No le ofrece durante la diarrea

29- Conoce las sales de rehidratación oral: Si

No

30- ¿Cómo las prepara?: Practica Correcta

Practica Incorrecta

31- Valoración clínica del grado de deshidratación aguda

Signos y síntomas	DH leve	DH moderada	DH grave
Conciencia	Normal Alerta	Irritable, intranquilo	Obnubilado, inconsciente
Ojos	Normales	Hundidos	Muy hundidos y secos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Boca/lengua	Pastosa	Seca	Muy seca
Sed	Bebe normal, no sediento	Sediento, bebe con muchas ganas	Bebe poco o incapaz de beber
Piel	Pliegue negativo	Pliegue positivo	Pliegue muy positivo
Pérdida de peso	< 5%	5-10%	> 10%
Fontanela	Normal	Deprimida	Muy deprimida
Taquipnea	No	Leve	Moderada
Tensión arterial	Normal	Descenso	Hipotensión, posible shock
Aumento del pulso	No	Leve	Pulso rápido y débil
Flujo de orina	Normal/Escaso	Oliguria	Oliguria/Anuria

Si presenta:

A- 0 signos: sin deshidratación B- 1 o 2 signos: DH leve. C- 3 a 4 signos: DH moderada. D- Más de 4 signos: DH grave

32- Con que tipo de lactancia alimenta/ó a su hijo:

- A. Lactancia materna exclusiva
- B. Lactancia artificial
- C. Lactancia materna predominante
- D. Lactancia materna completa

33- Con respecto a la duración de la lactancia el niño/a:

- A. Está tomando leche
- B. Tomo solo leche durante los 6 primeros meses
- C. Tomo solo leche hasta antes de los 6 primeros meses
- D. Tomo solo leche hasta después de los 6 primeros meses
- E. Comió otros alimentos junto con la leche antes de cumplir los 6 meses

ANÁLISIS DE DATOS

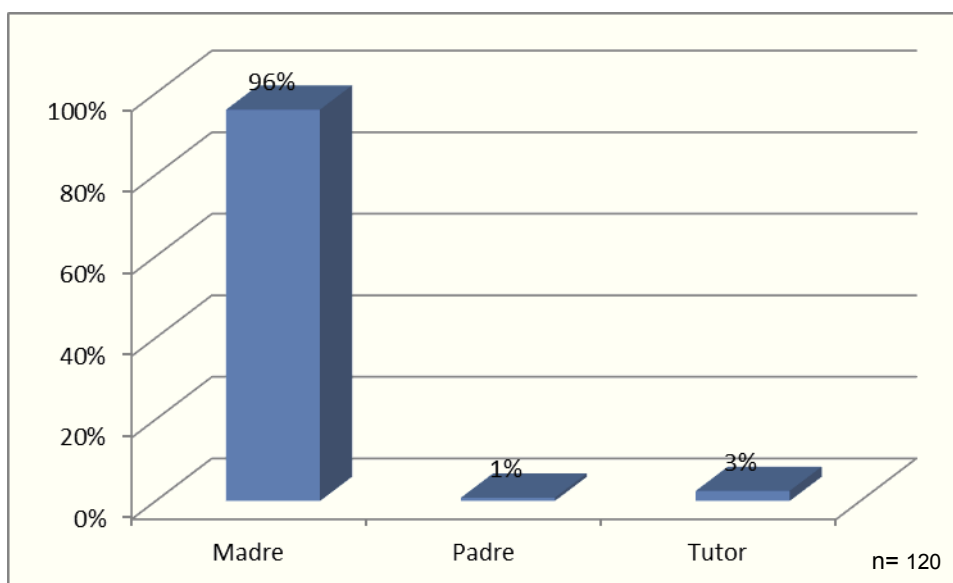


Para la presente investigación se realizó un trabajo de campo que consistió en encuestar a 120 madres, padres o tutores de niños/as de entre 0 y 2 años de edad que asistieron durante el mes de Agosto 2014 a un Centro de Salud de la ciudad de Mar del Plata. El motivo de la consulta fue el episodio de diarrea aguda o control de él mismo.

Los objetivos que se persiguen alcanzar con esta investigación son indagar sobre el conocimiento y la actitud que tienen las madres del episodio diarreico agudo y los síntomas de deshidratación, advertir las prácticas maternas frente a la deshidratación del niño, como así también las practicas alimentarias de las madres frente al episodio diarreico agudo como manipulación de alimentos, qué alimentos brinda, con qué frecuencia y uso de medicamentos. También se evaluara el estado de hidratación de los niños, tipo y duración de lactancia. Por último se establecerán factores sociodemográficos como la edad, estado civil, nivel educativo, ocupación y tipo de familia.

Inicialmente se presenta la relación de la persona que realizó la encuesta respecto del niño/a que acude a la salita. Los resultados se detallan en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 1: Relación entre el encuestado y el niño/a que asiste a la consulta.

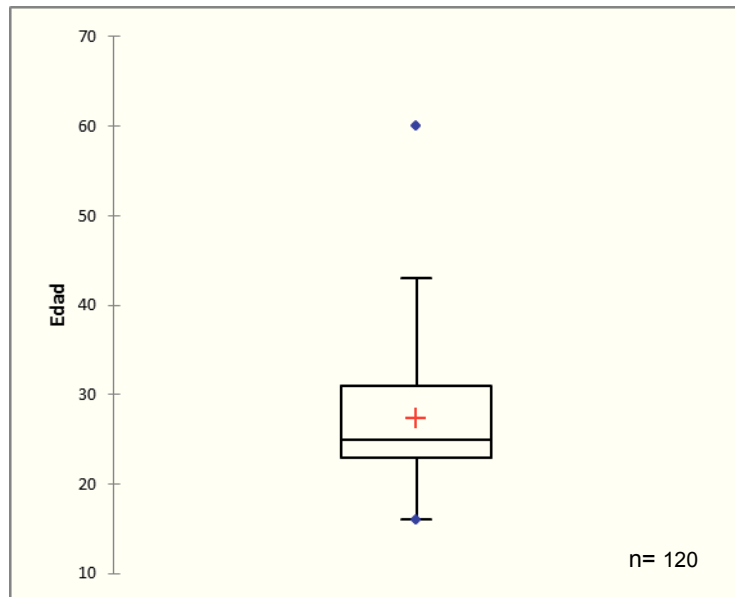


Fuente: Elaboración propia.

Como se muestra en el gráfico, el 96% de los encuestados tienen relación madre – hijo con los niños que asisten a la salita. Mientras que un 3% son tutores y un 1% son padres quienes acompañan a los niños.

Seguidamente se presenta la distribución por edad de los encuestados. Los resultados se observan en el gráfico a continuación:

Gráfico N° 2: Distribución etaria de la muestra.

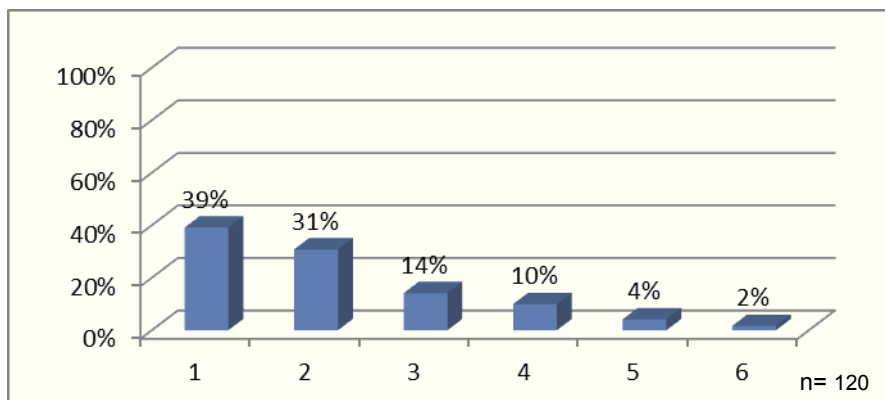


Fuente: Elaboración propia.

En relación al presente gráfico, se observa que las edades oscilan entre los 16 y 60 años. La distribución de las edades es asimétrica positiva ya que el 50% de los encuestados tiene 25 años o menos. Asimismo se establece que el promedio de edad es de 27,2 años.

A continuación se muestra la cantidad de hijos que manifiesta tener cada uno de los encuestados:

Gráfico N° 3: Número de Hijos

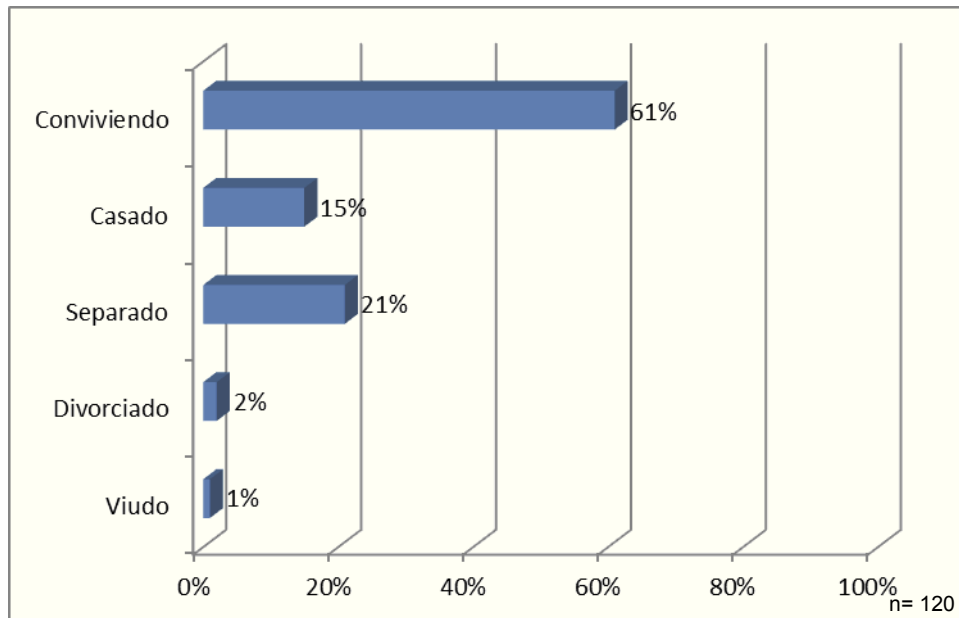


Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico anterior se pueden observar los resultados en cuanto al número de hijos que manifiesta tener cada encuestado. Siendo el mayor porcentaje aquellos que tienen un único hijo, representando el 39% del total de encuestados. Cabe mencionar que el porcentaje disminuye a medida que aumenta el número de hijos por encuestado.

En el gráfico a continuación se muestran los resultados para el estado civil de los encuestados:

Gráfico N° 4: Estado Civil

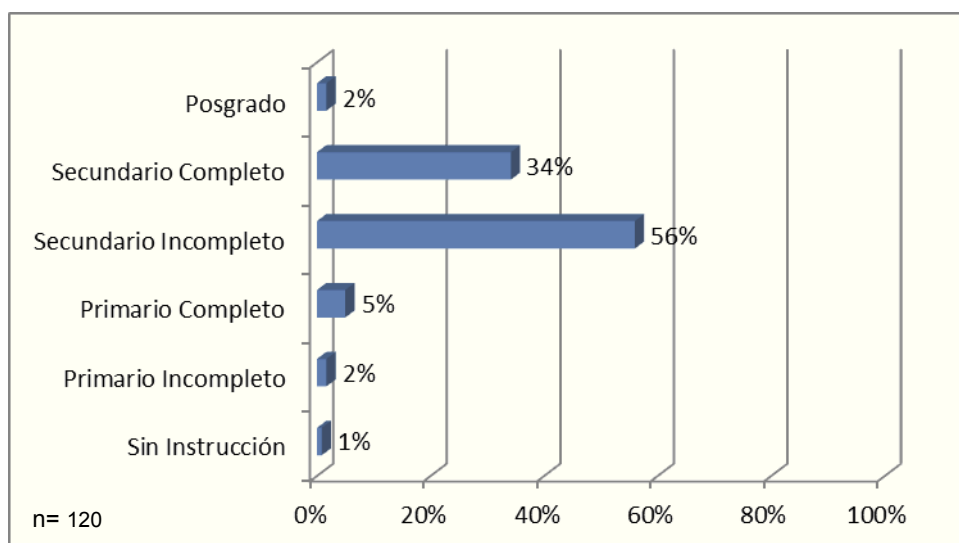


Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar en el gráfico, un 76% de los encuestados está en pareja ya sea mediante el concubinato o casado legalmente, representados por el 61% y el 15% respectivamente. Mientras que el 24% restante se encuentran separados, divorciados o viudos.

Posteriormente se indaga sobre el nivel de instrucción de los encuestados, los resultados se muestran en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 5: Distribución de la muestra según nivel de instrucción

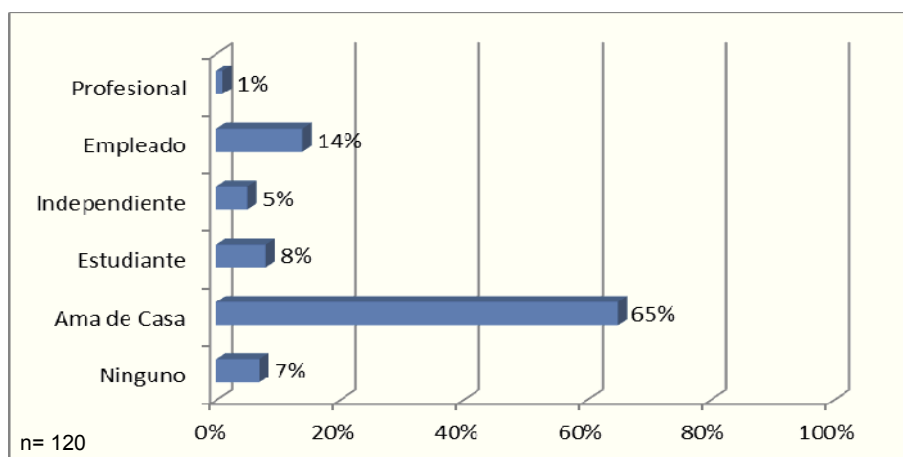


Fuente: Elaboración propia.

A partir del gráfico anterior, es posible observar que más de la mitad de la muestra no han completado sus estudios y solo un 3% no tiene instrucción. Cabe destacar que del 36% de los encuestados que han finalizado el secundario, solo un 2% continuaron sus estudios.

En cuanto a la ocupación de los encuestados, los resultados se muestran a continuación:

Gráfico N° 6: Distribución de la muestra según tipo de ocupación

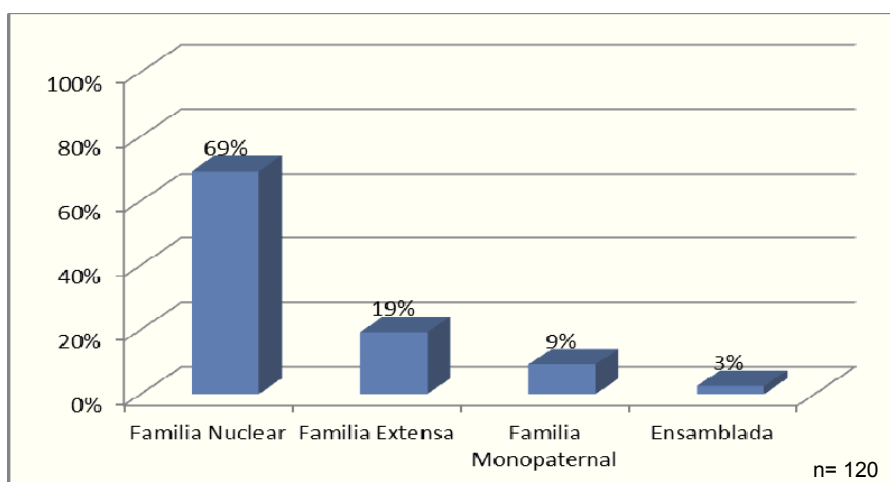


Fuente: Elaboración propia

Con respecto al gráfico presente, la mayor parte de los encuestados está representado por amas de casa con un 65% el total de la muestra. Solo un 20% tiene empleo ya sea como trabajador en relación de dependencia, trabajador independiente o profesional.

En lo que respecta al tipo de familia que presentan los encuestados, surgieron los datos que se muestran en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 7: Distribución de la muestra según tipo de familia

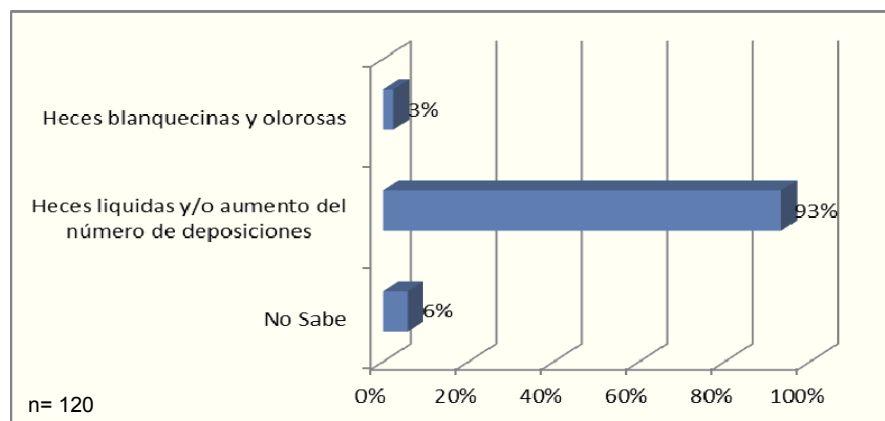


Fuente: Elaboración propia

Observando el gráfico anterior se puede inferir que la mayoría, representada por el 69% de la muestra, tiene un tipo de familia nuclear. Seguido por el 19% que presenta el tipo de familia extensa, cabe destacar que este tipo de familia incluye a las madres solteras o separadas que viven con sus padres, además de aquellas parejas que viven con algún familiar.

A continuación se presentan los gráficos que muestran los datos registrados acerca de los conocimientos que tienen los encuestados sobre el episodio de diarrea aguda, como ser el concepto, la causa principal, la complicación, su tratamiento y medidas preventivas. Los datos del siguiente gráfico muestran los conocimientos sobre el concepto de diarrea aguda que tienen los encuestados:

Gráfico N° 8: Definición de Diarrea

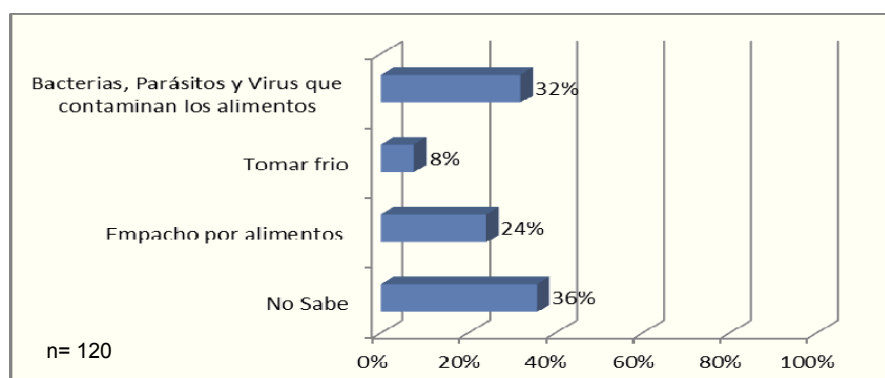


Fuente: Elaboración propia

Como se observa en el gráfico, la mayoría de la muestra afirma que la diarrea aguda es el conjunto de heces líquidas y/o el aumento del número de deposiciones, con lo cual se establece que el 93% tiene un conocimiento suficiente como para dar una definición del episodio diarreico. Cabe mencionar que solo un 6% afirma no saber.

Así mismo se indaga sobre la principal causa de diarrea aguda, el gráfico siguiente muestra los datos recabados:

Gráfico N° 9: Principal causa de diarrea

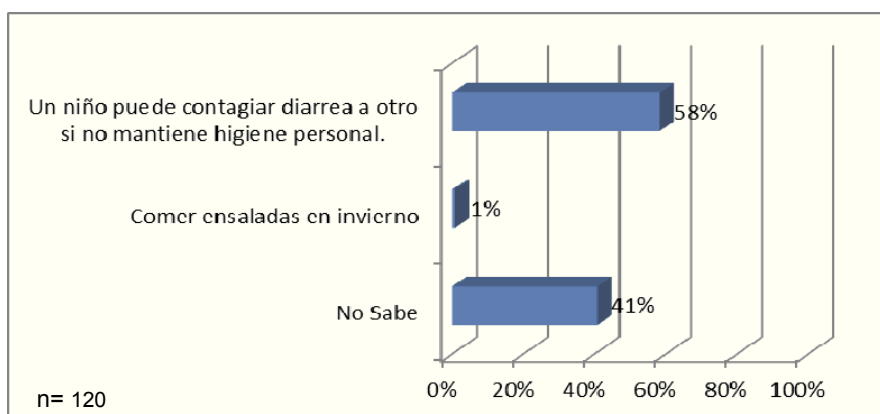


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico anterior se observa que solo un 32% de la muestra tiene conocimiento sobre la principal causa de diarrea aguda, afirmando que es por el consumo de alimentos o agua contaminada por bacterias, parásitos o virus. La mayoría de los encuestados, representando el 68% de la muestra, no presenta un conocimiento suficiente de la causa del episodio, ya sea por no saber o bien por afirmar erróneamente que la diarrea aguda se presenta por tomar frío o por empacho por alimentos.

Seguidamente se indaga sobre otras causas de diarrea aguda, se muestran los datos recabados en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 10: Otras causas de diarrea

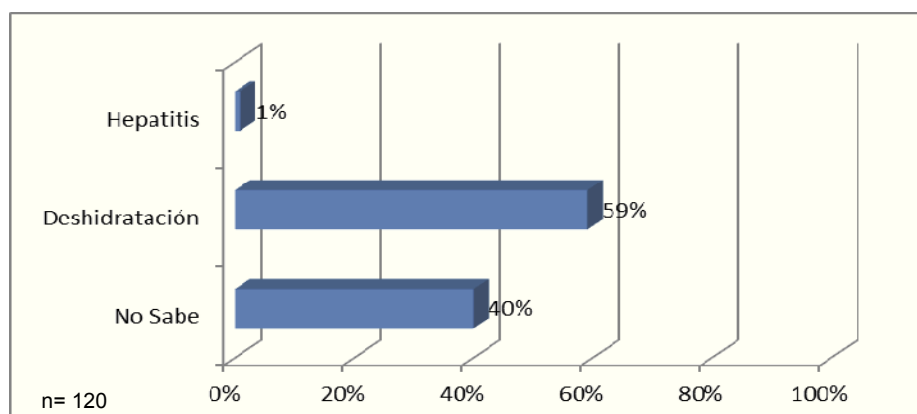


Fuente: Elaboración propia

Como puede observarse en el gráfico, más de la mitad de la muestra afirma que un niño con diarrea aguda puede contagiar a otro si no se mantienen medidas de higiene personal, como son el lavado de manos, de juguetes, del chupete, entre otros. Cabe mencionar que un 41% manifiesta no saber otras posibles causas de diarrea.

Respecto a los conocimientos que tiene la muestra sobre la complicación de la diarrea aguda, los datos recabados se muestran en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 11: Complicación más frecuente de la diarrea

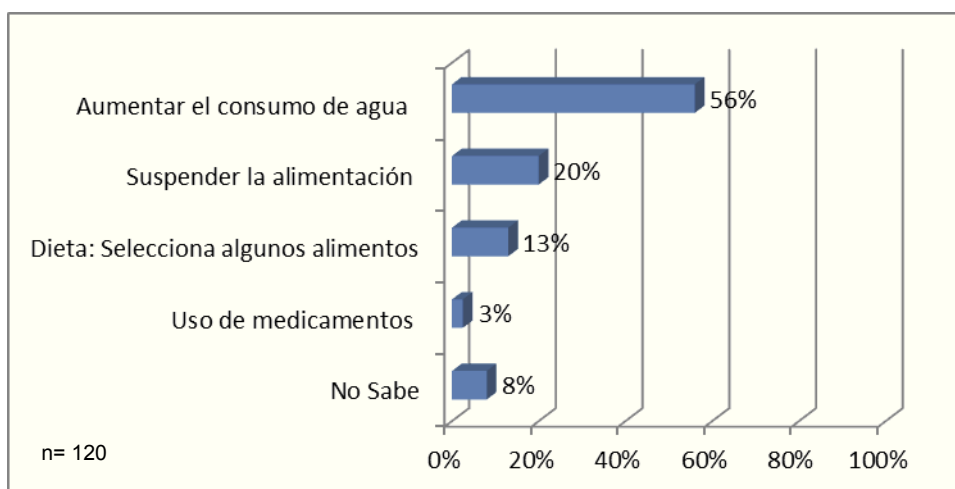


Fuente: Elaboración propia

Como se observa en el gráfico anterior, la mayoría de la muestra, representada por un 59%, tiene un conocimiento suficiente sobre cuál es la complicación más frecuente de la diarrea aguda, afirmando que es la deshidratación. Cabe resaltar que un 40% no sabe al respecto. Dato alarmante puesto que, como afirma OMG (2012), la deshidratación es la principal causa de muerte de la enfermedad diarreica en niños menores de 2 años.¹

En relación a los conocimientos que presentan los encuestados sobre el tratamiento de la diarrea aguda, los datos que surgieron se presentan en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 12: Tratamiento de la diarrea



Fuente: Elaboración propia

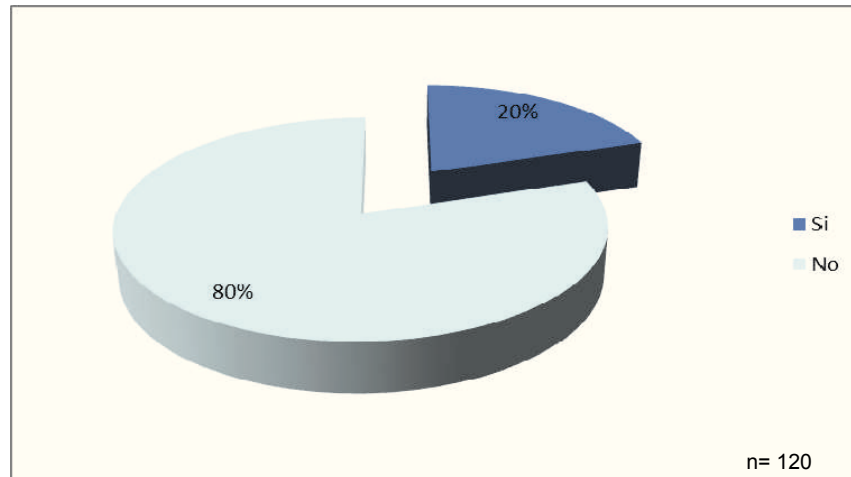
La mayoría de los encuestados, representados por un 56% de la muestra, afirma que el tratamiento eficaz de la diarrea aguda es aumentar el consumo de agua, un 20% prefiere suspender la alimentación, mientras que un 13% elige brindar una dieta. Solo un 3% refiere el uso de medicamentos, en relación a ello, algunos autores alegan en contra del tratamiento con fármacos no solo por el desarrollo de efectos secundarios, sino que puede producir un aumento de la incidencia de la diarrea en niños de 0 a 2 años.² Por otra parte, cabe destacar que un 8% de la muestra afirma no saber sobre el tratamiento de la diarrea aguda.

¹ Organización Mundial de Gastroenterología (2012) afirma también que, de no mediar una rehidratación rápida y adecuada, la deshidratación severa puede llevar al shock hipovolémico y muerte en el correr de las 12–18 h siguientes a la instalación del primer síntoma.

² Fernández L.B et al., 2010. Diarrea Aguda.

Posteriormente se indaga a los encuestados sobre el uso de medicamentos o remedios caseros como tratamiento de la diarrea aguda de sus niños, los resultados se muestran en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 13: Uso de medicamentos o remedios caseros para tratar la diarrea aguda.

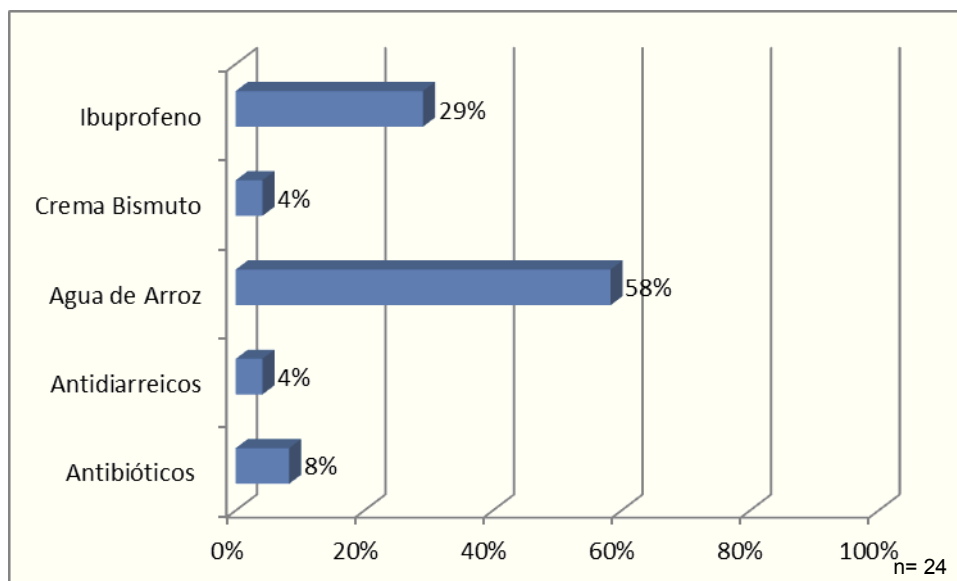


Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en el gráfico, un 80% de la muestra afirma no utilizar ningún tipo de medicamento o remedio casero para tratar la diarrea aguda, mientras que el 20% restante de la muestra si lo hace.

En el gráfico a continuación se detallan los medicamentos y remedios caseros más utilizados por los encuestados:

Gráfico N° 14: Medicamentos y remedios caseros utilizados por los encuestados.

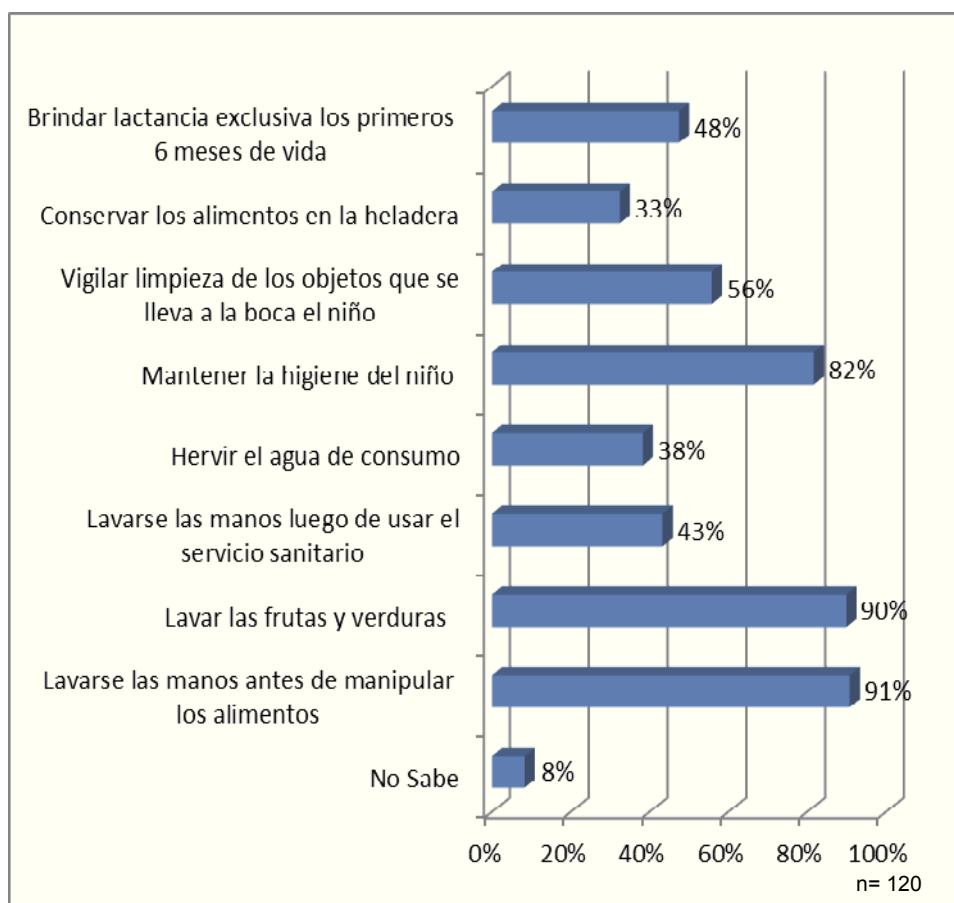


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico anterior se observa que la mayoría de los encuestados, representados por el 58% de la muestra, refieren utilizar el agua del arroz previamente hervido como remedio casero para tratar la diarrea aguda. En segundo lugar, un 29% de los encuestados afirma que utiliza ibuprofeno para el dolor estomacal o fiebre que a veces puede manifestarse durante la enfermedad. Cabe destacar que un 12% de la muestra utiliza antidiarreicos y antibióticos, ambos medicamentos están contraindicados en menores de 2 años.

Posteriormente se interroga sobre el conocimiento que presentan los encuestados sobre las medidas preventivas de la diarrea aguda, los datos se muestran en el gráfico a continuación:

Gráfico N° 15: Medidas preventivas de la diarrea.

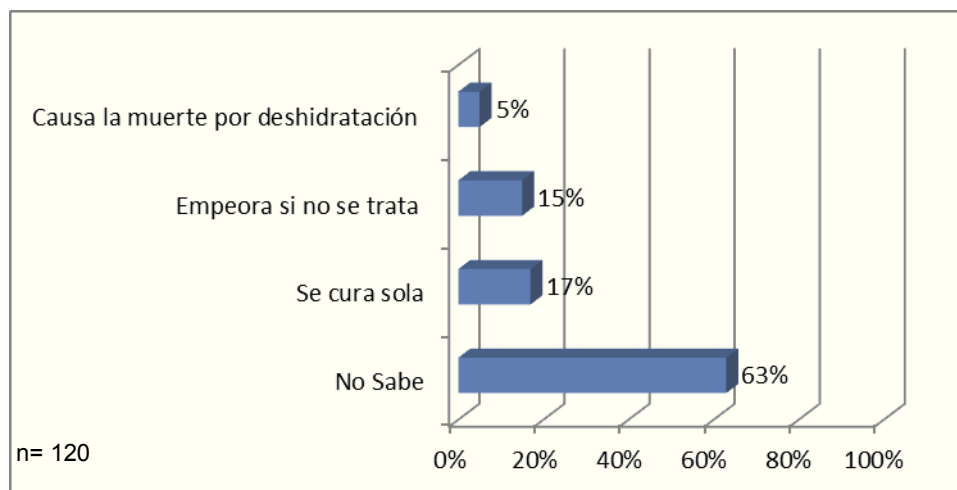


Fuente: Elaboración propia.

Entre las medidas preventivas más mencionadas se observan en porcentajes mayoritarios: lavarse las manos antes de manipular los alimentos; lavar las frutas y las verduras; mantener la higiene del niño y vigilar la limpieza de aquellos objetos que el niño se pueda llevar a la boca. A partir de estos resultados se observa que existe entre la muestra encuestada una cierta conciencia sobre las prácticas higiénicas más importantes que ayudan a prevenir la aparición de la diarrea aguda. Cabe mencionar que hay un 8% que manifiesta no saber al respecto.

Seguidamente se muestra la creencia que tienen los encuestados sobre la evolución de la diarrea aguda, los datos se presentan en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 16: Creencia de la evolución de la diarrea



Fuente: Elaboración propia

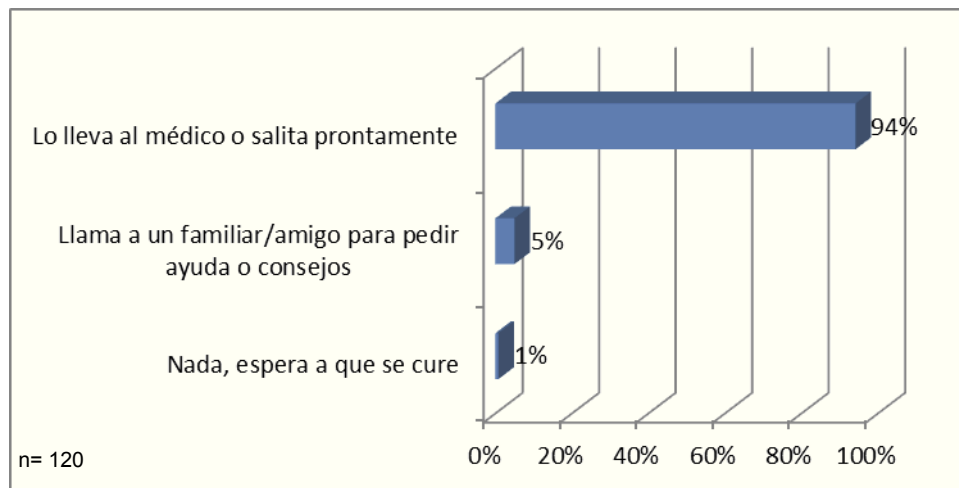
Como puede observarse en el gráfico, la mayoría de los encuestados, representados por el 63% de la muestra, no sabe cuál sería la evolución de la diarrea. Mientras que el 15% de los encuestados afirma que la diarrea aguda empeora si no se trata ya sea con una dieta, brindando líquidos o usando medicación prescrita por un médico. Este grupo no considera que la diarrea aguda tiene un periodo de evolución de alrededor de 7-10 días, según afirma UNICEF, y que solo hay que acompañar al proceso diarreico con una alimentación liviana y suficiente agua.³ Solo un 17% de la muestra coincide con lo recientemente mencionado, esperando a que la diarrea aguda se cure sola. El 5% restante de la muestra, afirma que la diarrea causa la muerte por deshidratación. Esto es así, siempre que las pérdidas de líquidos continúan por un periodo de tiempo más largo y el niño no recibe atención hospitalaria.⁴

³ Unicef (2011). Afirma también que un niño con diarrea tiene que seguir comiendo con regularidad. Mientras se recupera de la diarrea necesita tomar por lo menos una comida adicional diaria, al menos durante dos semanas.

⁴ Unicef (2011). Menciona que la vida del niño corre peligro si defeca varias veces excrementos acuosos durante un lapso prolongado. Es necesario procurar la asistencia inmediata de un agente capacitado de la salud.

En el gráfico a continuación se muestran los datos que registran el actuar de los encuestados cuando el niño tiene diarrea aguda:

Gráfico N° 17: Actitud cuando el niño tiene diarrea.

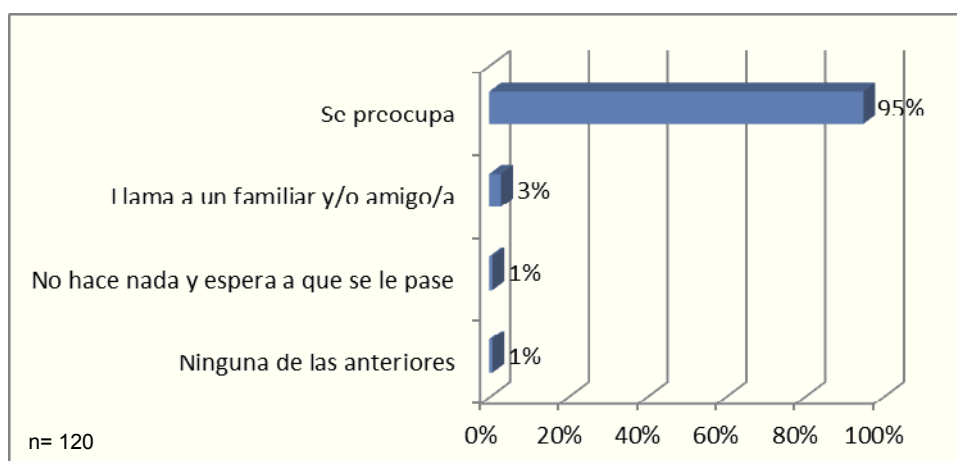


Fuente: Elaboración propia

Como se observa en el gráfico, la mayoría de la muestra, representada por un 94%, afirma que cuando el niño tiene diarrea aguda prontamente lo lleva al médico o a la salita para que reciba la atención que necesita. Mientras que un 5% recurre a familiares o amigos por ayuda o consejos. Existe un 1% de la muestra que no muestra preocupación frente al episodio diarreico, esperando que este cese.

En el siguiente gráfico se muestran los datos registrados al indagar sobre la actitud de los encuestados frente al episodio de diarrea aguda:

Gráfico N° 18: Actitud del encuestado frente a la diarrea.

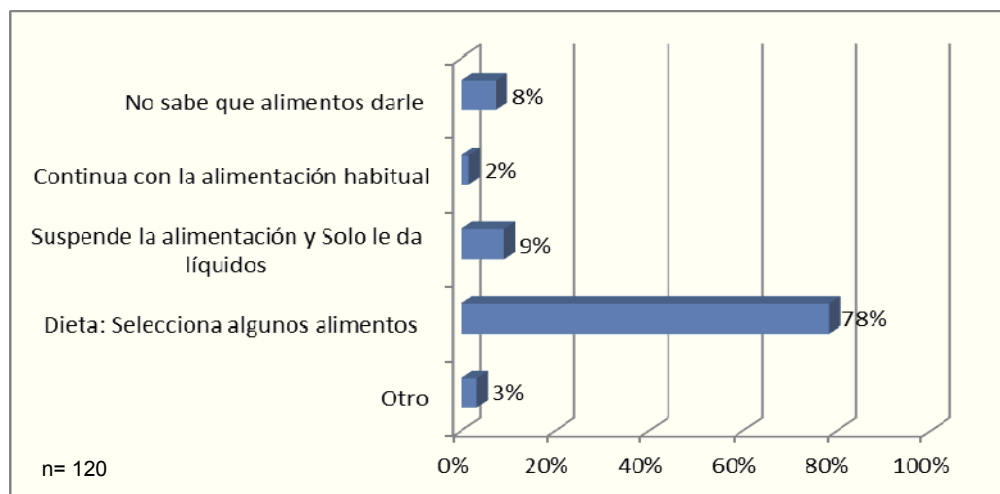


Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar en el gráfico anterior, se registran porcentajes muy similares al del Gráfico N° 15 sobre que hace el encuestado durante el episodio diarreico y la actitud de preocupación al respecto. Donde se presenta una amplísima mayoría, casi la totalidad de los encuestados, adoptan una actitud de preocupación mientras que un porcentaje refiere involucrar a terceros.

Posteriormente se interroga a los encuestados acerca de la alimentación que siguen sus niños durante el episodio de diarrea aguda, los datos se muestran en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 19: Alimentación durante la diarrea



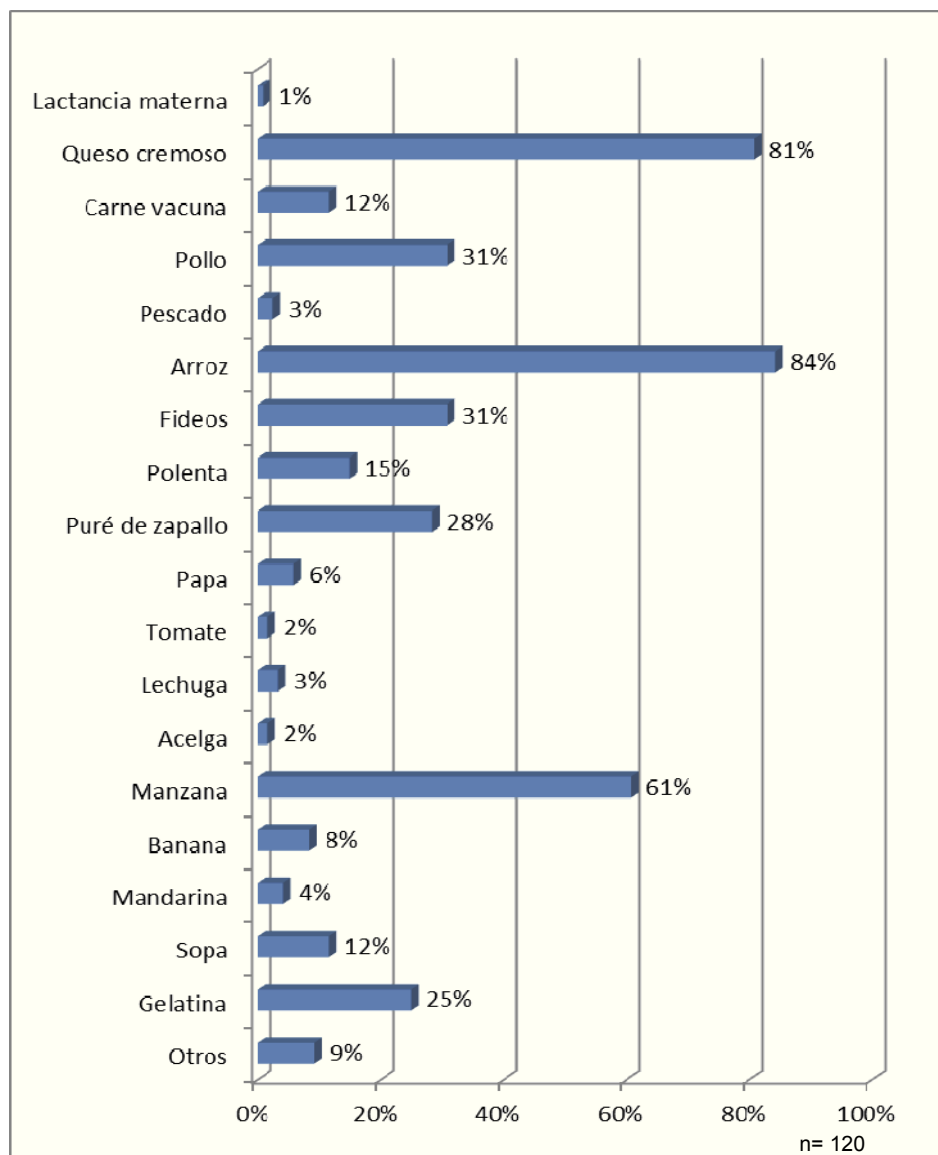
Fuente: Elaboración propia

Como se observa en el gráfico, un 78% de los encuestados prefiere seleccionar algunos alimentos y no continuar con la alimentación habitual, como refiere hacerlo un 2% de la muestra. Cabe resaltar que un 9% suspende la alimentación y solo le da líquidos. Diferentes estudios indican que la alimentación de los niños con diarrea aguda debe mantenerse en el caso que el niño no esté deshidratado, en caso de sí estarlo, debe reiniciarse la alimentación no más allá de las 6 horas tras el inicio de la rehidratación. Con esta intervención se reduce la duración de la diarrea, se acelera la ganancia de peso y se reduce la estancia hospitalaria.⁵

⁵ Dr. J Costa et al., 2011. Guía de Práctica Clínica. *Gastroenteritis aguda en el niño*. España.

A continuación se detallan los alimentos seleccionados por los encuestados como alimentos buenos a ser consumidos durante la diarrea aguda:

Gráfico N° 20: Listado de alimentos considerados buenos durante la diarrea aguda.



Fuente: Elaboración propia

Como se observa en el gráfico, aquellos alimentos elegidos por la mayoría de la muestra para alimentar a sus niños durante el episodio de diarrea fueron: el arroz blanco, el queso cremoso para condimentar preparaciones y la manzana rallada. En lo que respecta a los fideos blancos, el pollo hervido o a la plancha, el puré de zapallo y la gelatina presentaron porcentajes, si bien no mayoritarios, destacados. Cabe mencionar que esta selección de alimentos referida es muy apropiada para alimentar a los niños durante la enfermedad. Por otro lado, con porcentajes entorno al 3% los encuestados refieren que la acelga, la lechuga, la papa, el tomate y la mandarina son alimentos adecuados para alimentar a sus niños durante dicha enfermedad cuando en realidad, por su alto contenido

en fibra, no lo son debido a que esta característica favorece las deposiciones. Cabe resaltar que solo un 1% afirma que la lactancia materna es buena durante la diarrea aguda, siendo esta la que confiere protección frente a las infecciones intestinales. La OMS (2010), añade que la lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad.⁶

En comparación, se muestra en la Tabla N° 5 los datos de un estudio sobre la aceptación o rechazo de alimentos ofrecidos durante la diarrea aguda en menores de 5 años.⁷

Tabla N° 5: Porcentaje de aceptación o rechazo de alimentos ofrecidos a niños menores de cinco años durante episodios de diarrea aguda por 142 madres entrevistadas en ocho comunidades rurales:

Alimentos	Aceptado	Rechazado	No contestó
Carne de pollo	92	8	0
Caldo de pollo	82	18	0
Agua de arroz	80	20	0
Carne de res	78	22	0
Arroz cocido	77	21	2
Manzana	77	22	1
Pan	76	24	0
Papa	74	25	1
Banana	68	30	2
Leche materna	66	33	1

Fuente: Adaptado de alimentación sostenida durante la diarrea aguda en niños menores de 5 años.

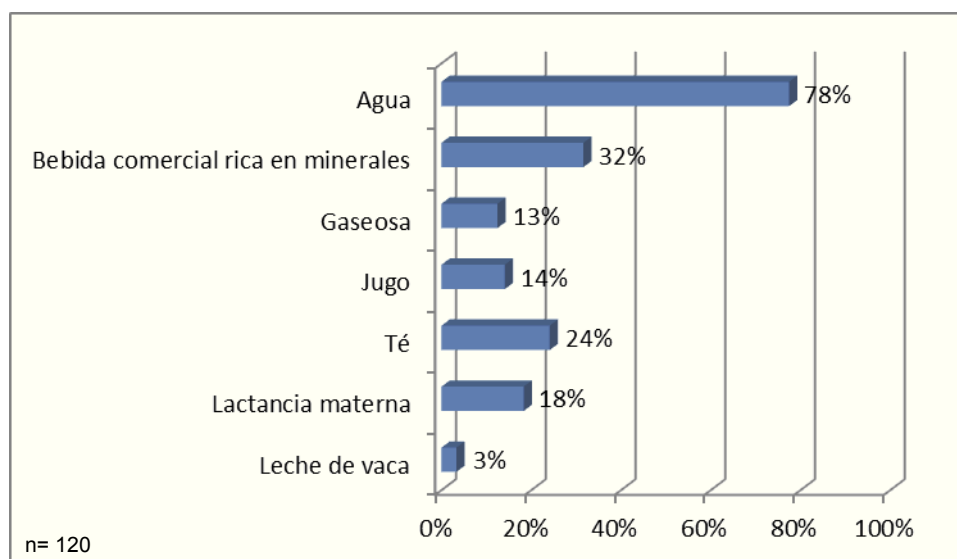
Como se puede observar en la tabla, los alimentos seleccionados por la muestra del estudio comparativo son similares a los que presentamos anteriormente en la presente investigación.

⁶ OMS, 2010. *La alimentación del lactante y del niño pequeño*. Nota descriptiva N°342. EEUU.

⁷ Martínez Salgado H., 1998. Alimentación sostenida durante diarrea aguda en niños menores de cinco años. *Salud pública de México* vol.40, no.2, marzo-abril de 1998.

Seguidamente se indaga sobre aquellos líquidos que la muestra considera buenos durante el episodio diarreico agudo, en el siguiente gráfico se muestran los resultados:

Gráfico N° 21: Listado de líquidos.



Fuente: Elaboración propia

Como se observa en el gráfico, la mayoría de los encuestados manifiesta que el agua potable es el mejor líquido que los niños pueden tomar durante la diarrea aguda. En segundo lugar, mencionado por un 32%, le sigue una bebida rica en minerales muy comercializada, cabe destacar que existe controversia con respecto al consumo de esta bebida en menores de 2 años por su contenido de solutos, los mismos se pueden observar en la Tabla N° 6. Por su parte, en tercer lugar se ubica el té, siendo esta infusión recomendada para un proceso de diarrea aguda. Cabe mencionar que las otras dos bebidas que no resultarían adecuadas para la diarrea aguda son la gaseosa mencionada en un 13% y la leche entera de vaca en un 3%.

Tabla N° 6: Sales de Rehidratación Oral⁸

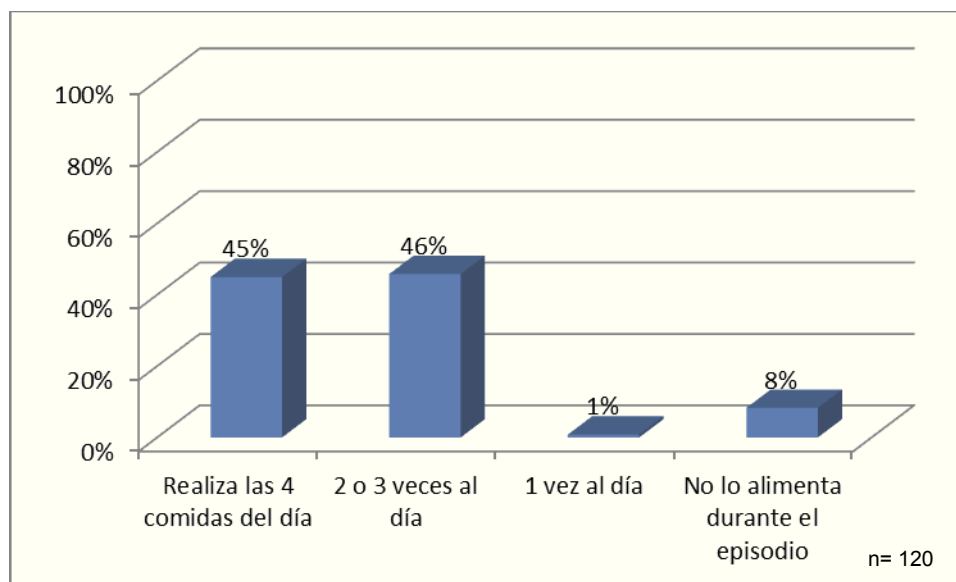
	OMS	Bebida rica en minerales.
Na	90	22
K	20	3
Cl	80	5
HCO ₃	30	3
Glucosa	111	255
Citrato	-	-
Osmolaridad	331	330

⁸ UNICEF-OMS. 2004. Tratamiento clínico de la diarrea aguda. http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_FCH_CAH_04.7_spa.pdf

Fuente: Adaptado de OMS: Tratamiento clínico de la diarrea aguda.

Posteriormente se indaga la frecuencia con que los encuestados alimentan a sus niños durante el episodio de diarrea aguda, los resultados se muestran en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 22: Frecuencia de alimentación.



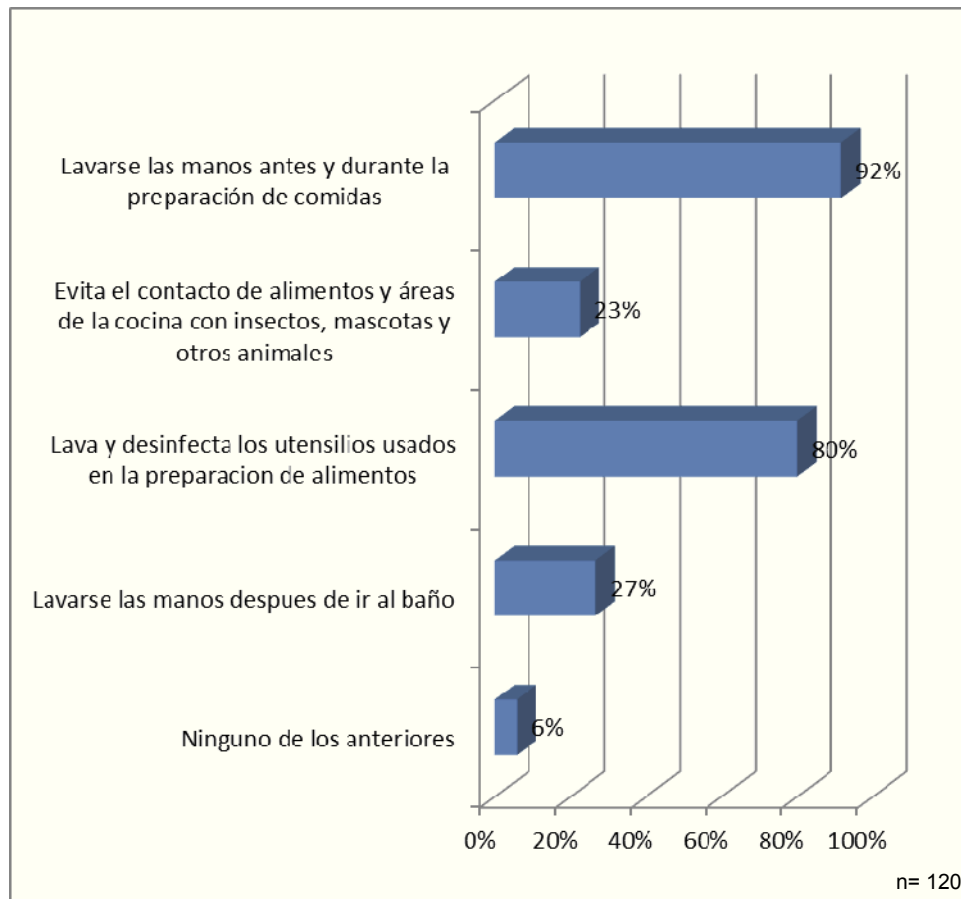
Fuente: Elaboración propia.

Según muestra el gráfico, el 91% de los encuestados refieren alimentar a sus niños 2 o más veces al día dependiendo de la sintomatología de los mismos, ya que a veces la enfermedad puede estar acompañada de anorexia, es decir la falta de apetito. Cabe destacar que un 8% de la muestra prefieren no alimentar a sus niños durante el episodio. Esta decisión puede inferir en la mejoría del niño puesto que, diversos estudios se ha demostrado que, entre las ventajas de la alimentación sostenida durante la diarrea, están la recuperación más rápida de la fisiología alterada, incluyendo la absorción intestinal; asimismo, los episodios diarreicos se hacen más cortos y hay mayor ganancia de peso de los niños durante y después del episodio diarreico. Con base en estas evidencias, la recomendación actual de la OMS es que se mantenga la alimentación durante el episodio diarreico, dando preferencia a los alimentos a los que el niño esté habituado.⁹

⁹ Chung A., 1998. The effect of early oral feeding *versus* early oral starvation on the course of infantile diarrhea. J Pediatr 33:14-22.

Seguidamente se indaga sobre las prácticas de manipulación de alimentos que son utilizadas por los encuestados en el hogar. En lo que respecta a las prácticas de higiene que se realizan habitualmente, los datos recabados se muestran en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 23: Prácticas de higiene.

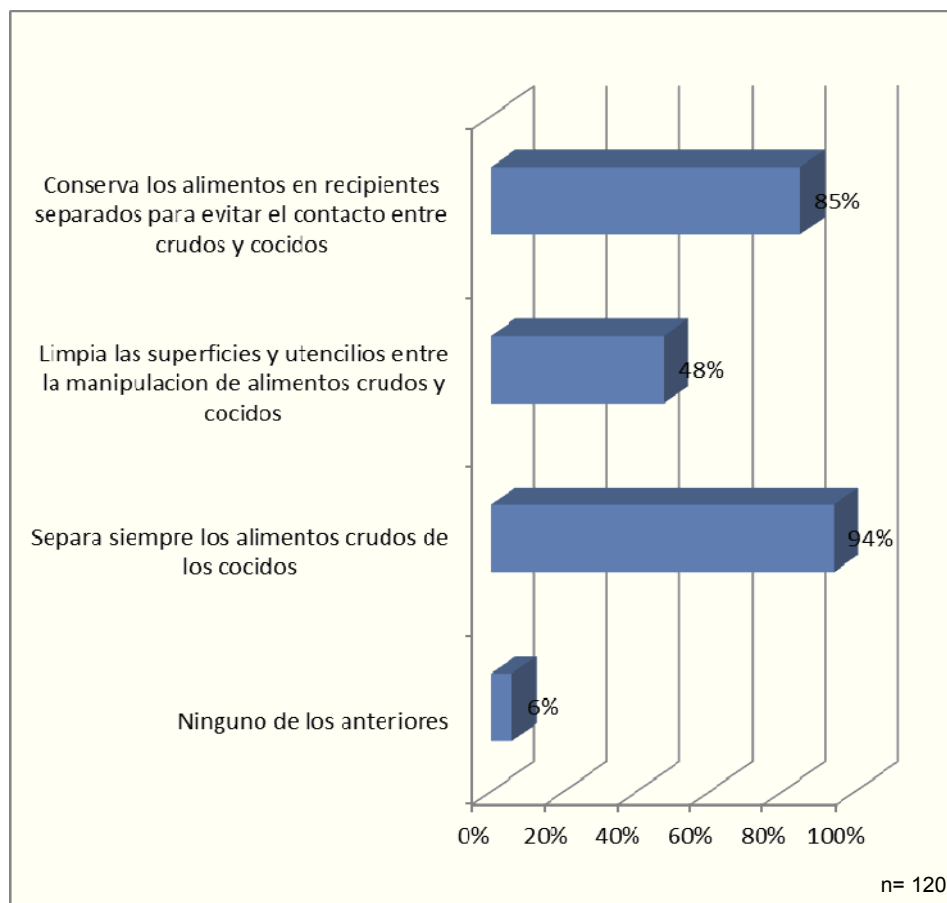


Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar en el gráfico, la mayoría de los encuestados afirman que se lavan las manos antes y durante la preparación de comidas, así como se lavan y desinfectan los utensilios usados en la preparación de alimentos. Cabe destacar que solo un 27% de la muestra refiere lavarse las manos después de ir al baño, este hecho es fundamental en la cadena de transmisión de bacterias hacia los alimentos que, como se mencionó anteriormente, es la principal causa de diarrea aguda.

En el gráfico a continuación se presentan los datos que refiere la muestra realizar para separar los alimentos crudos de los cocidos:

Gráfico N° 24: Contaminación cruzada.

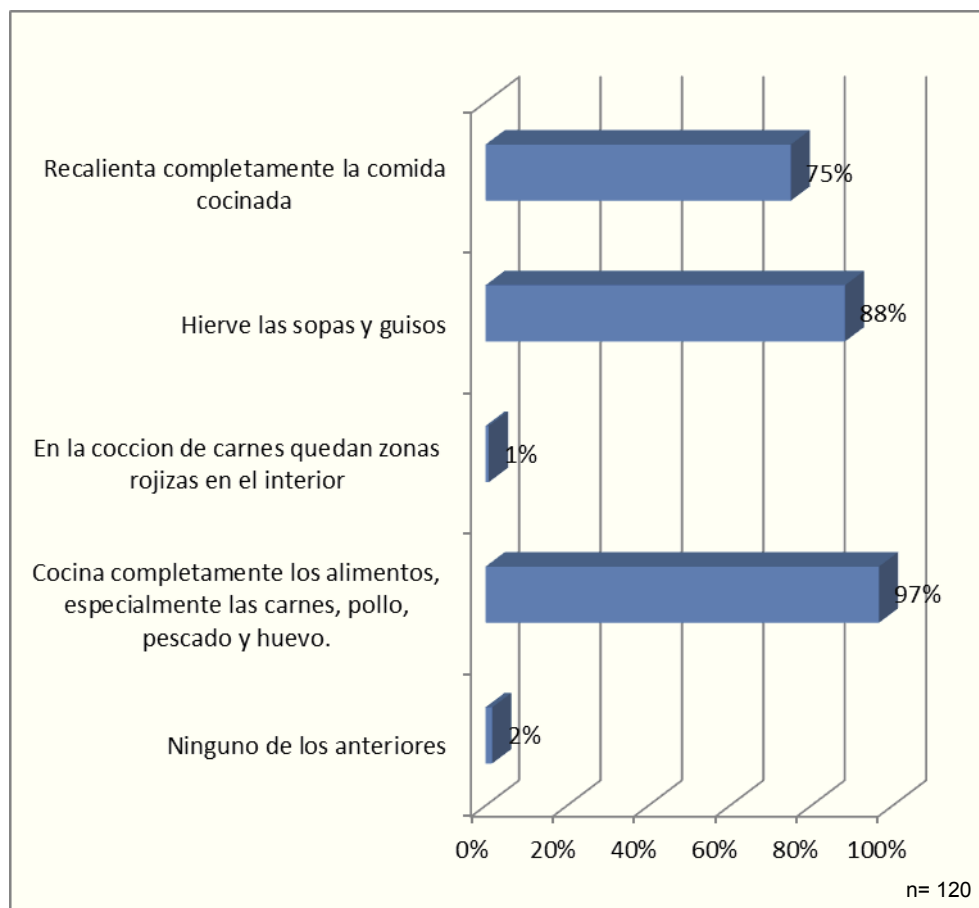


Fuente: Elaboración propia

Tal como se observa en el gráfico, entre las opciones que realizan los encuestados para separar los alimentos crudos de los cocidos, se observan en porcentajes mayoritarios: separar siempre los alimentos crudos de los cocidos y conservar los alimentos en recipientes separados para evitar el contacto entre crudos y cocidos, representados por el 94% y 85% respectivamente. Mientras que un 48% afirma que limpia las superficies y utensilios entre la manipulación de alimentos crudos y cocidos. Cabe destacar que solo un 6% refiere no realizar ninguna de las prácticas mencionadas.

Seguidamente, se indaga sobre las prácticas de cocción de alimentos que tienen los encuestados, los datos referidos se muestran en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 25: Cocción de alimentos.

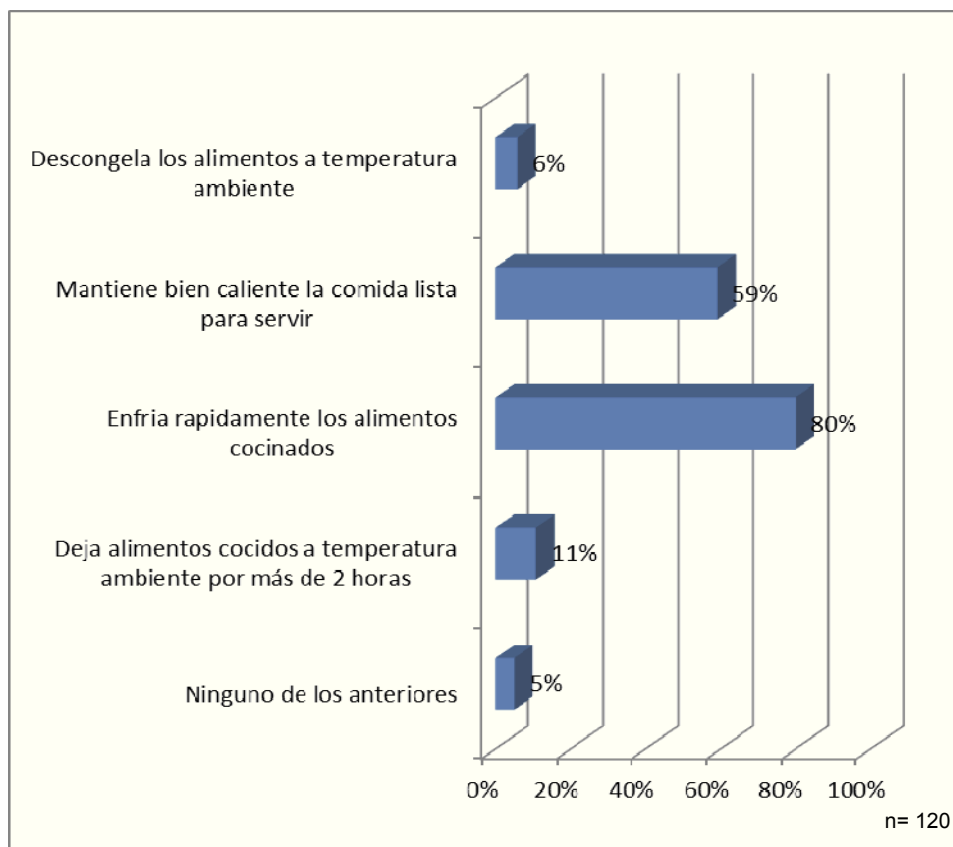


Fuente: Elaboración propia.

En lo que respecta a la cocción de alimentos, la mayoría de los encuestados representados con un 97% afirman que cocinan completamente los alimentos, especialmente las carnes rojas, el pollo, el pescado y el huevo, un 88% refiere hervir las sopas y guisos, mientras que un 75% manifiesta recalentar completamente la comida cocinada. Solo un 1% refiere que en la cocción de carnes quedan zonas rojizas en el interior.

En relación a las prácticas para mantener los alimentos en temperaturas seguras, el gráfico siguiente muestra los datos sugeridos por los encuestados:

Gráfico N° 26: Temperaturas seguras.



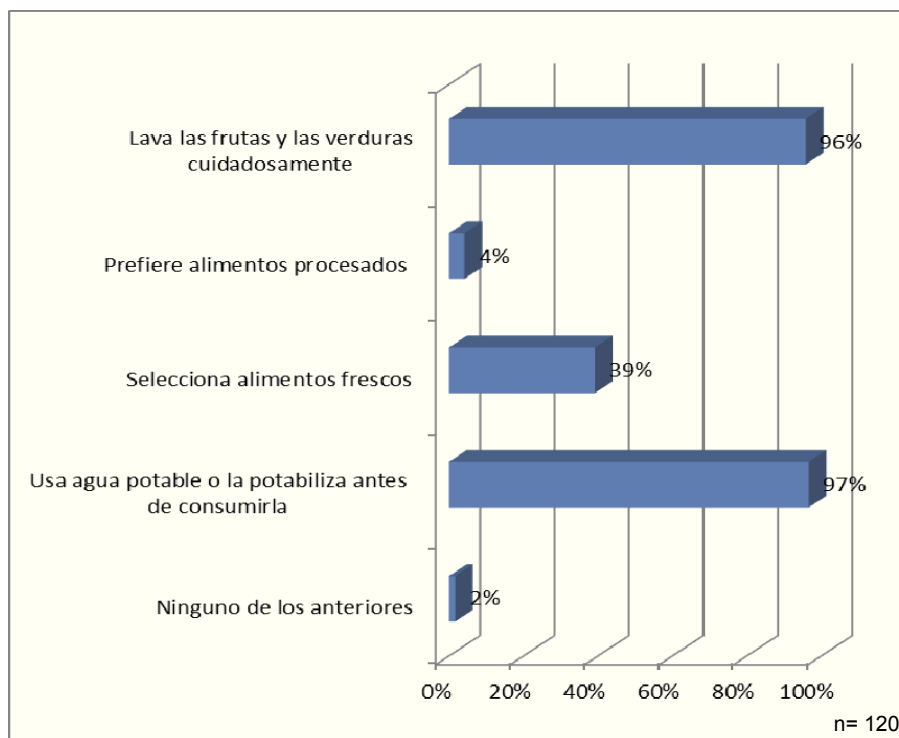
Fuente: Elaboración propia

Como se observa en el gráfico, la mayoría representada por el 80% de la muestra afirma que enfría rápidamente los alimentos cocinados llevándolos a la heladera, contrariamente un 11% de los encuestados deja los alimentos cocidos enfriarse a temperatura ambiente por más de dos horas, generando un medio propicio para la reproducción bacteriana, favoreciendo entonces la contaminación de los alimentos. En lo que respecta a la práctica de descongelamiento, un 6% de la muestra descongela los alimentos a temperatura ambiente, la OMS (2010) afirma que la descongelación a temperatura ambiente no es una práctica recomendable ya que puede permitir la multiplicación de microorganismos que se encuentren en el producto en la parte más externa.¹⁰

¹⁰ OMS, 2010. Manejo higiénico en el proceso de elaboración de los alimentos.

Finalmente en relación a la manipulación de alimentos, se indaga a los encuestados sobre las prácticas a tener en cuenta para usar el agua y alimentos seguros, los datos recabados se muestran en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 27: Agua y alimentos seguros.

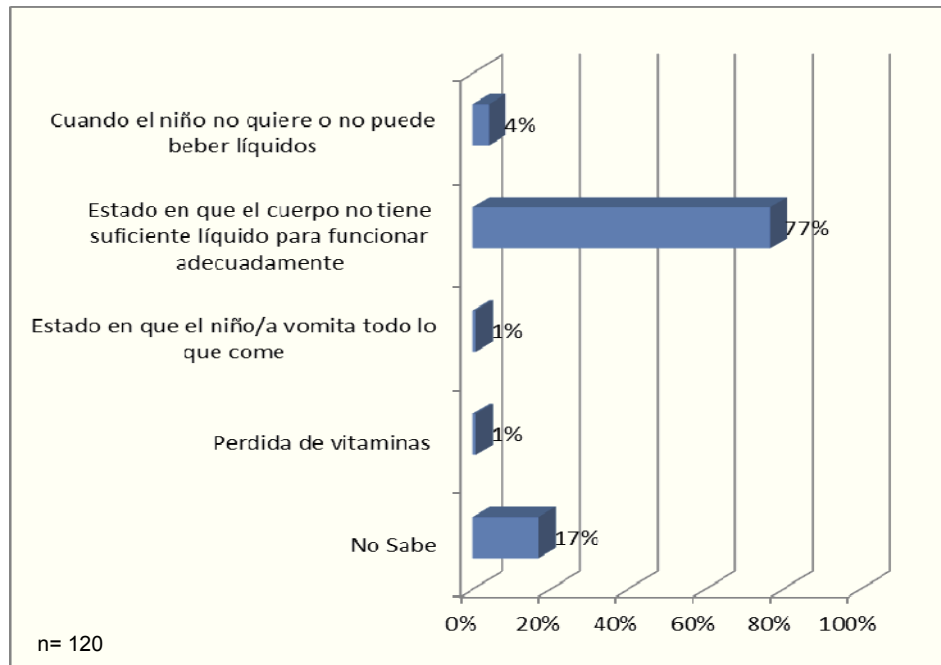


Fuente: Elaboración propia.

Como puede observarse en el gráfico, entre las opciones para el manejo del agua y alimentos seguros se establecen con porcentajes mayoritarios: usar agua potable o potabilizarla antes de consumirla y el lavado de frutas y verduras cuidadosamente, representando el 97% y 96% respectivamente. Un 39% de la muestra manifiesta que selecciona alimentos frescos, y solo un 4% prefiere seleccionar alimentos procesados como ser la leche ultra pasteurizada, alimentos enlatados y/o pre elaborados.

Posteriormente se indaga a los encuestados sobre el conocimiento que tienen del concepto de deshidratación. Los datos recabados se muestran en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 28: Definición de deshidratación.

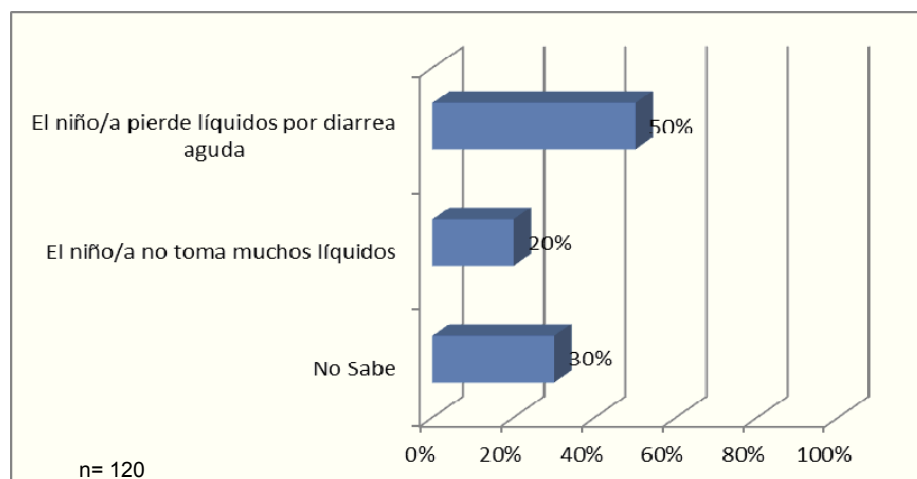


Fuente: Elaboración propia

A partir del gráfico anterior, se observa que la mayoría de la muestra afirma que la deshidratación es el estado en que el cuerpo no tiene suficiente líquido para realizar las funciones fisiológicas adecuadamente, con lo cual se establece que el 77% tiene un conocimiento suficiente como para dar una definición del estado de deshidratación. Cabe mencionar que un 6% establece una definición errónea del concepto, mientras que un 17% afirma no saber.

Así mismo se indaga sobre la principal causa de deshidratación, los datos se muestran en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 29: Causa de deshidratación.

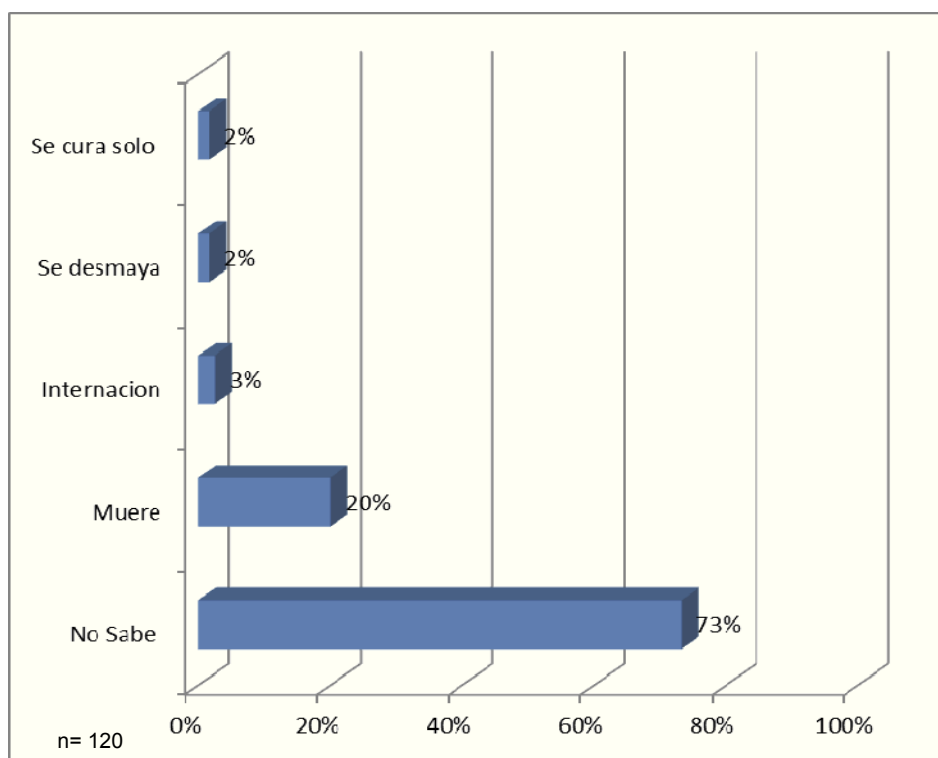


Fuente: Elaboración propia.

A partir del gráfico anterior se puede establecer que solo el 50% de los encuestados tiene conocimiento sobre la principal causa de deshidratación afirmando que se produce cuando el niño menor de 2 años pierde líquidos durante la diarrea aguda, mientras que un 20% refiere erróneamente como causa cuando el niño no toma suficientes líquidos obviando a la enfermedad, y un 30% manifiesta no saber.

Respecto a los conocimientos que tiene la muestra sobre la complicación de la deshidratación, los datos recabados se muestran en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 30: Complicación de la deshidratación.



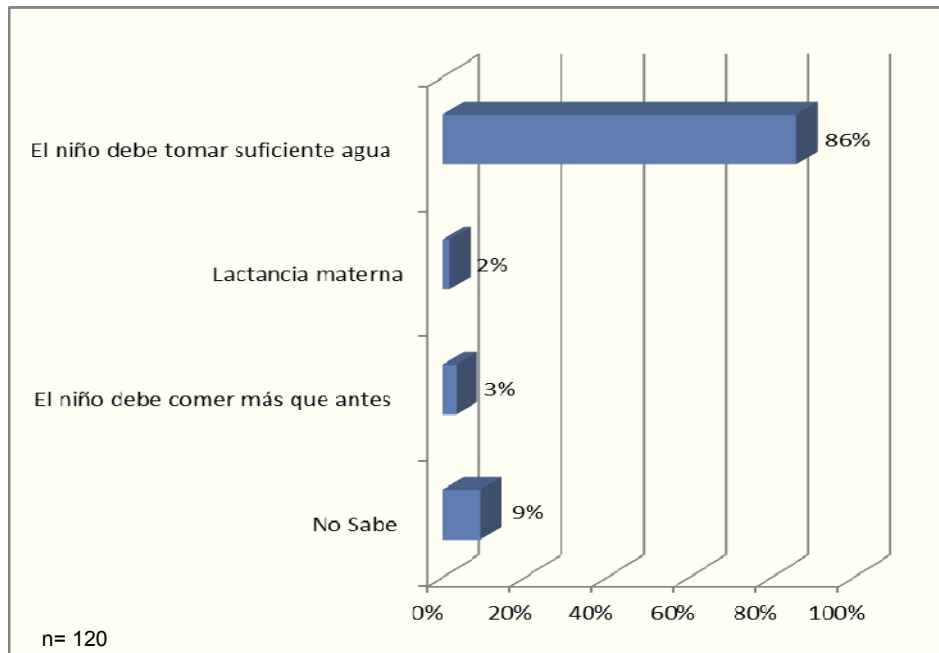
Fuente: Elaboración propia

Como se observa en el gráfico, la mayoría de la muestra, representada por un 73%, no sabe cómo evoluciona la deshidratación si el paciente sufre una complicación. Cabe destacar que solo un 20% afirma que el niño tiene riesgo de muerte si se agrava el estado de deshidratación. UNICEF (2011), remarca que la diarrea causa la muerte de más de 1 millón de niños cada año debido a la deshidratación.¹¹

¹¹ UNICEF, 2011. Para la vida. *La Diarrea*. <http://www.unicef.org/spanish/ffl/pdf/factsforlife-sp-part8.pdf>

Seguidamente, en relación a los conocimientos que presentan los encuestados sobre la prevención de la deshidratación, los datos que surgieron se presentan en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 31: Prevención de deshidratación.

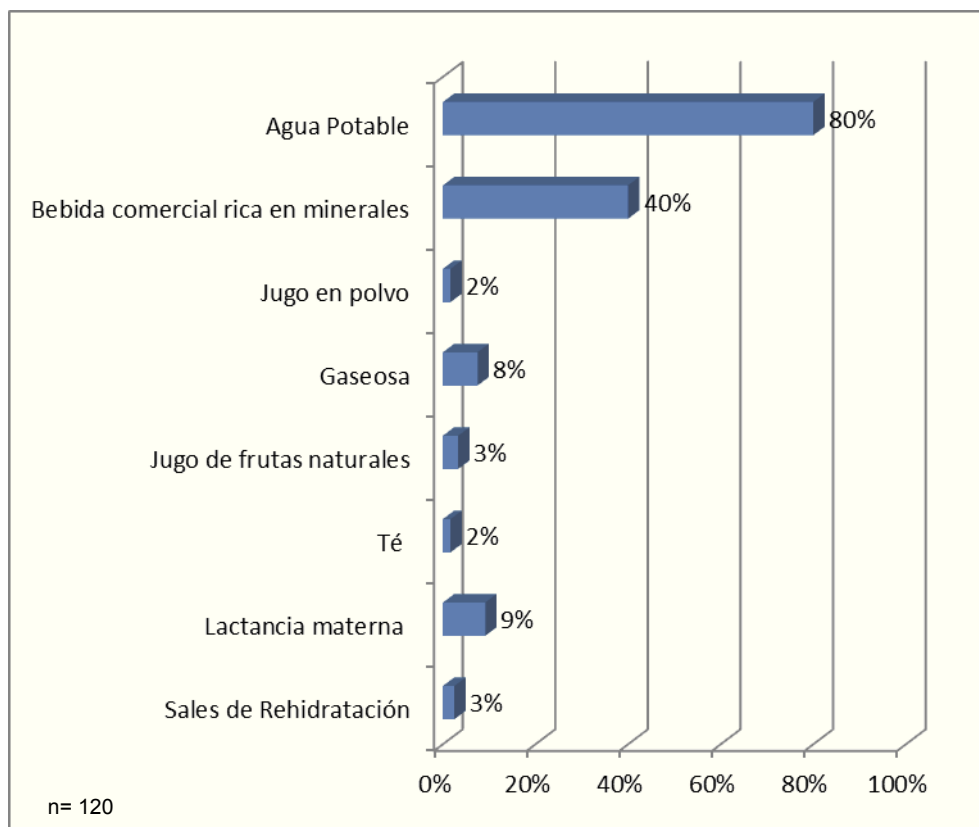


Fuente: Elaboración propia

Tal como se observa en el gráfico, la mayoría de los encuestados, representado por un 86% de la muestra, afirman que el niño con diarrea aguda debe tomar suficiente agua para prevenir la deshidratación. Por su parte un 3% menciona que el niño debe comer más. Solo un 2% establece que la lactancia materna es buena como medida preventiva para la deshidratación. Cabe mencionar que hay un 9% que manifiesta no saber al respecto.

Posteriormente se indaga sobre aquellos líquidos que la muestra considera buenos cuando el niño presenta deshidratación, en el siguiente gráfico se muestran los resultados:

Gráfico N° 32: Líquido administrado durante la deshidratación.



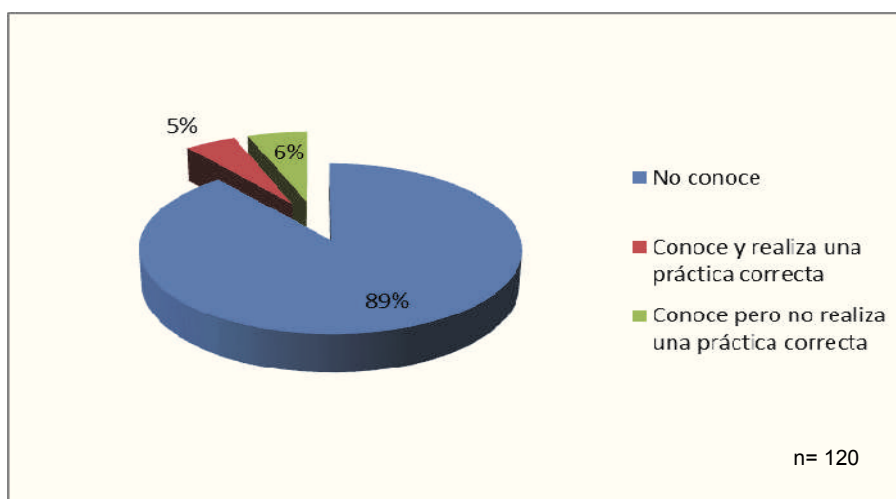
Fuente: Elaboración propia.

Del presente gráfico se observa que el 80% de los encuestados afirma dar agua potable o mineral cuando el niño esta deshidratado. En segundo lugar con un 40% del total, se ubica una bebida popular rica en minerales de venta comercial. Entre otras bebidas la muestra sugiere brindar jugo en polvo y gaseosa, si bien presentan en porcentajes bajos, cabe mencionar que no son recomendadas para tratar la deshidratación. Entre los porcentajes minoritarios se encuentran también la lactancia materna y las sales de rehidratación, con el 9% y 3% respectivamente, estos líquidos son muy favorables en los procesos de rehidratación en niños menores de 2 años.

En relación a los líquidos, se indaga a los encuestados sobre la frecuencia con que se les ofrecen a sus niños, la totalidad de la muestra afirma que le da líquidos 4 o más veces al día cuando el niño menor de 2 años se encuentra deshidratado.

Seguidamente, con respecto a las sales de rehidratación (SRO), se le pregunta a los encuestados sobre el conocimiento de las mismas y su práctica de elaboración, los resultados se muestran en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 33: Conocimiento y práctica de elaboración de las SRO.



Fuente: Elaboración propia

Según el presente gráfico, la mayoría de los encuestados, representados por un 89% de la muestra, afirma que no conoce las sales de rehidratación oral, mientras que un 6% de los encuestados refiere conocerlas pero realiza una práctica de preparación incorrecta de las mismas, solo un 5% de los encuestados las conoce y realiza una práctica de elaboración correcta. Cabe destacar que las SRO han sido recomendadas por la OMS y UNICEF desde 1978 por presentar una fórmula única de glucosa/electrolitos de concentración óptima para la hidratación oral. En Argentina las SRO se utilizaron primeramente en el tratamiento del cólera, en el “Programa de Control de Enfermedades Diarreicas” de la OMS, en regiones donde el acceso a la asistencia médica era muy limitado, habiéndose comprobado en la actualidad su eficacia en todos los niveles de atención tanto primarios como de alta complejidad.¹²

Por su parte, la OMS (2004) afirma que estas sales han sido, sin dudas, el avance más importante en el tratamiento de la diarrea aguda en niños menores en los últimos 25 años. Así mismo la OMS refiere que el conocimiento que tienen las familias acerca de la diarrea se debe reforzar, especialmente en temas como la prevención, la nutrición, el uso de SRO, y cuándo y dónde buscar asistencia médica. En lo posible, se debe alentar a las familias a que siempre tengan en casa paquetes de SRO listos para mezclarlos y utilizarlos en caso de necesidad. La lactancia materna debe continuar junto con la administración de líquidos apropiados o sales de rehidratación oral.¹³

¹² Ministerio de la Salud, 2008. Enfermedades prevalentes de la infancia. Cap. N° 5: Terapia de rehidratación oral. <http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/mod-enf-diarrea.pdf>

¹³ OMS-UNICEF, 2004. Tratamiento clínico de la diarrea aguda.

Debido a la gran eficacia de las SRO de osmolaridad reducida por prevenir y tratar la deshidratación por diarrea, como así también por disminuir la cantidad de deposiciones especialmente en niños y niñas con diarrea aguda, la OMS y el UNICEF están recomendando que los países produzcan y utilicen la fórmula presentada en la Tabla N° 7 para reemplazar la solución de SRO recomendada anteriormente.¹⁴

Tabla N° 7: Composición química de las sales de rehidratación oral.

SRO de osmolaridad reducida	gramos/litro
Cloruro de sodio	2,6
Glucosa	13,5
Cloruro de potasio	1,5
Citrato trisódico	2,9
Peso total	20,5
SRO de osmolaridad reducida	mmol/litro
Sodio	75
Cloruro	65
Glucosa	75
Potasio	20
Citrato	10
Osmolaridad total	245

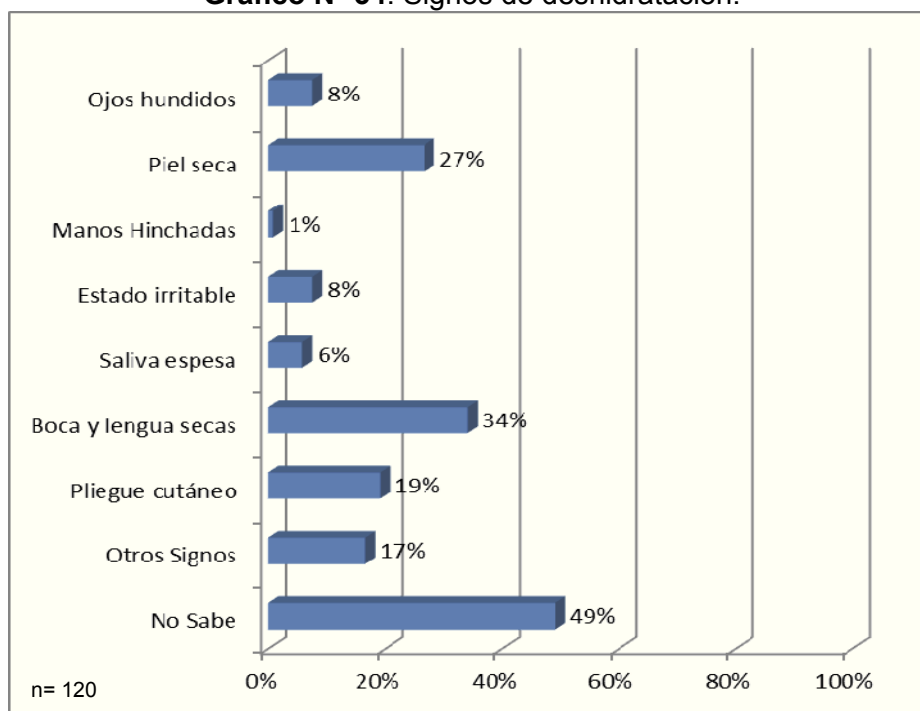
Fuente: Adaptado de OMS: Tratamiento clínico de la diarrea aguda

Dichas sales son de muy fácil preparación: se deben disolver el contenido del sobre en un litro de agua potable, ya sea mineral o previamente hervida, y administrarlas a lo largo del día.

¹⁴ OMS-UNICEF, 2004. Tratamiento clínico de la diarrea aguda.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_FCH_CAH_04.7_spa.pdf

Posteriormente se indaga a los encuestados sobre los conocimientos que tienen acerca de los signos clínicos de la deshidratación en niños, los datos recabados se muestran en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 34: Signos de deshidratación.



Fuente: Elaboración propia

Como se observa en el gráfico, los signos más mencionados por la muestra fueron: boca y lengua secas, piel seca y pliegue cutáneo, representados con el 34%, 27% y 19% respectivamente, dichos porcentajes no son muy altos ya que un 49% de los encuestados refiere no saber reconocer signos de deshidratación en sus niños.

Un estudio comparativo, donde se realizó una investigación que buscaba explorar los signos de deshidratación percibidos por las madres en un episodio de diarrea aguda, demostró que las madres encontraron en sus hijos signos como disminución de peso, debilidad, pérdida de apetito, entre otros. Sin embargo ciertos signos importantes como boca seca, llanto sin lágrimas y pérdida de elasticidad de la piel no los refirieron las madres del estudio.¹⁵

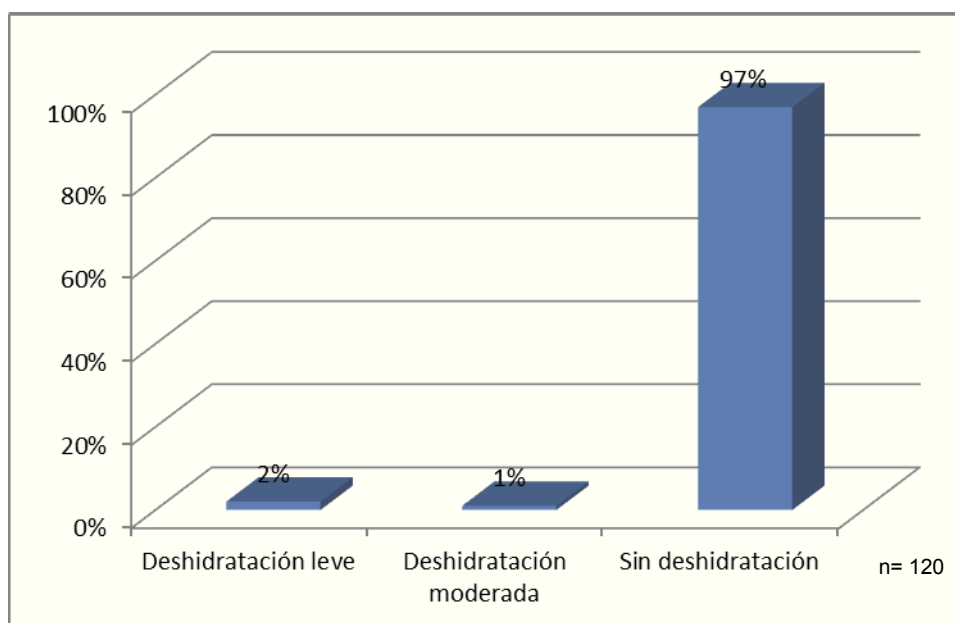
Al momento de indagar a los encuestados sobre la actitud a llevar a cabo en caso que el niño presentara los ojos hundidos, bebiera con dificultad y se encontrara decaído, la totalidad de la muestra firma que inmediatamente lo llevaría al hospital, con lo cual se demuestra que, si bien no saben específicamente sobre signos de deshidratación hay una

¹⁵ Keshavji II, 2005. *Persistent diarrhea in Mozambican children. A study of risk factors for development of persistent diarrhoea in children aged 6 to 23 months. Mozambique.*

actitud adecuada por parte de los encuestados cuando sus niños se muestran enfermos. Esto hace necesario intervenciones educativas en relación a lo expuesto recientemente.

En el gráfico a continuación, se muestran los resultados de la valoración clínica de los niños con diarrea aguda establecidos por el médico pediatra de la salita donde se llevó a cabo la encuesta:

Gráfico N° 35: Valoración clínica del estado de hidratación.



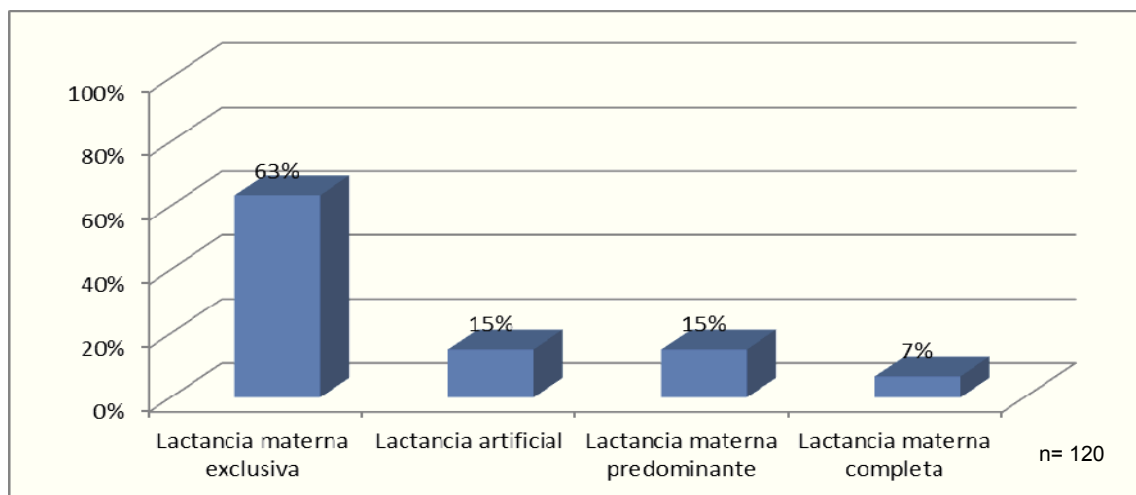
Fuente: Elaboración propia

En relación al gráfico reciente, el 97% de los niños no presentaron deshidratación, mientras que un 2% de los niños presentaron deshidratación leve y solo un 1% deshidratación moderada. Cabe mencionar el manejo terapéutico para aquellos con algún grado de deshidratación se presenta a continuación. Primeramente se establece la fase de rehidratación: es la que se lleva a cabo en las primeras 4 horas. Se administrarán pequeñas cantidades cada 2-3 minutos y dependiendo del grado de deshidratación del paciente: deshidratación leve debe administrarse la SRO a un ritmo de 50 ml/kg; deshidratación moderada la solución se administrará a un ritmo de entre 75-100 ml/kg. Luego sigue la fase de mantenimiento: 10 ml/kg de peso por cada deposición que efectúe, y 2-5 ml/kg por cada vómito que efectúe, sin sobrepasar los 150 ml/kg/día.¹⁶

¹⁶ Villa L. F., 2011. Sales para rehidratación oral. *Medimecum: guía de terapia farmacológica*. 16 Edición. España.

Seguidamente se presentan los datos recabados según tipo de lactancia que efectuaron las madres de los niños que participaron del trabajo:

Gráfico N° 36: Tipo de lactancia.

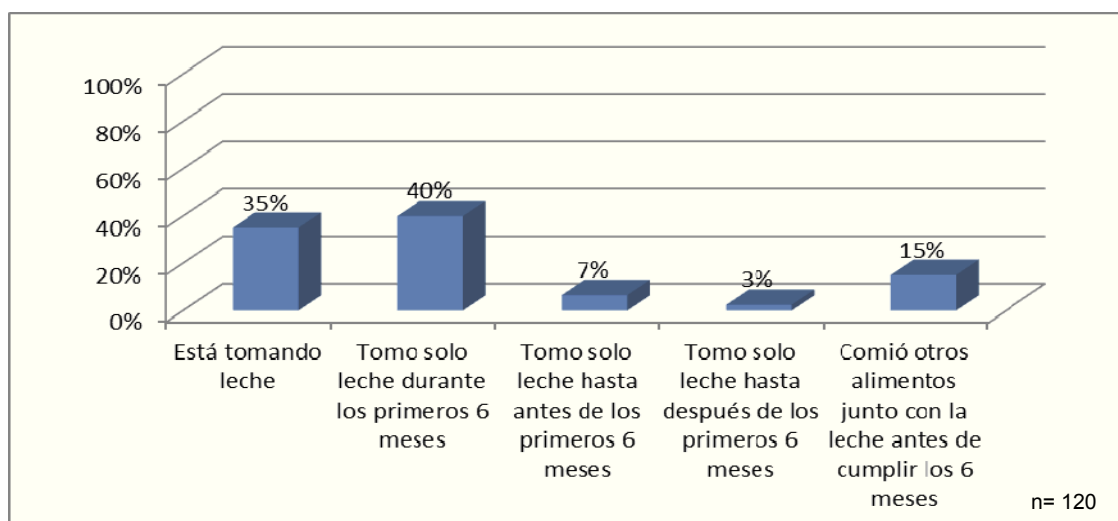


Fuente: Elaboración propia.

Según el presente gráfico, la mayoría de las madres, representadas por el 63% de la muestra, dio lactancia exclusiva a sus niños, dicha práctica confiere protección frente a las infecciones intestinales, por lo que se puede establecer como norma de prevención de enfermedades. Solo un 15% de las madres dio lactancia artificial.

Seguidamente se indaga sobre la duración del tipo de lactancia establecido, los datos se muestran en el gráfico a continuación:

Gráfico N° 37: Duración de la lactancia materna.



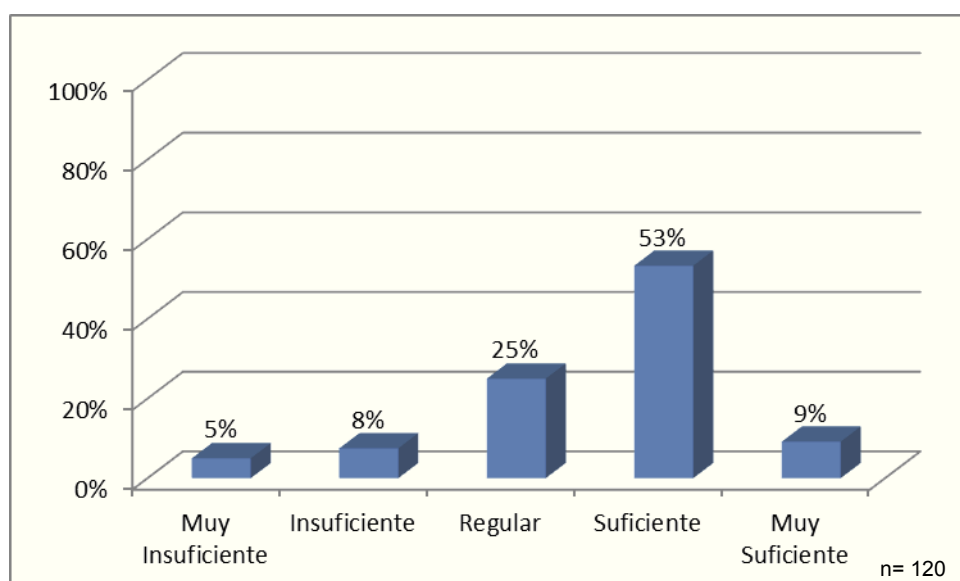
Fuente: Elaboración propia.

En relación al gráfico anterior, se puede establecer que el 40% de los niños recibieron lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. Mientras que un 22% de los niños recibió otros líquidos o alimentos junto con la leche durante los primeros 6 meses de vida. Cabe destacar que la leche materna es el único alimento capaz de satisfacer todas las necesidades nutricionales durante los primeros 6 meses de vida, sin requerir otros alimentos o agregados como agua o jugos. La succión precoz y frecuente evita la deshidratación y la pérdida exagerada de peso en el recién nacido, proporciona además inmunoglobulinas y otras proteínas que son parte del sistema inmune y por lo tanto, de gran importancia para un recién nacido para disminuir la frecuencia y gravedad de infecciones como diarrea, otitis e infecciones respiratorias, entre otros beneficios se observan el desarrollo cognitivo, la prevención de sobrepeso y obesidad, y los aspectos psicológicos relacionados con el fortalecimiento del vínculo madre-hijo.¹⁷

A continuación, con el fin de analizar en profundidad los objetivos específicos planteados en el presente trabajo de investigación, se examina cada una de las respuestas dadas por los encuestados de manera conjunta, unificando las dimensiones de las variables estudiadas.

Para analizar las dimensiones del conocimiento sobre el episodio de diarrea aguda se consideran las preguntas 1, 2, 4, 5 y 6 de la encuesta. Entre estas preguntas se encuentran 12 respuestas correctas en total, seguidamente se realiza una valoración global que se muestra en el gráfico siguiente:

Gráfico N° 38: Conocimiento general del episodio diarreico agudo.



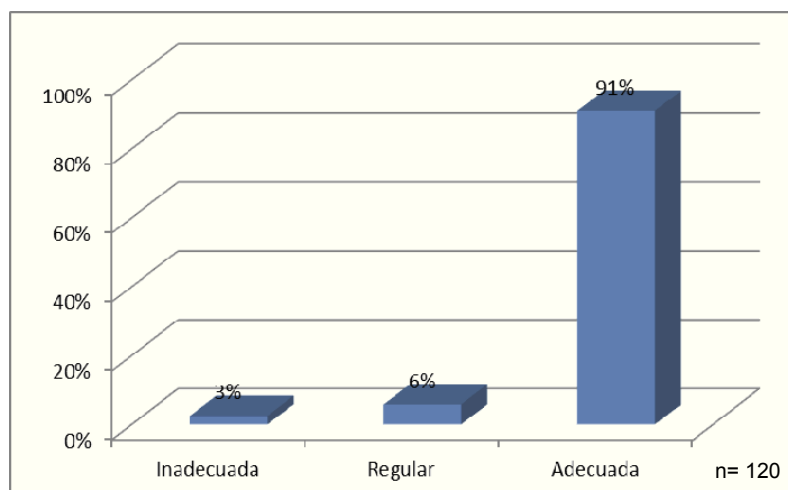
Fuente: Elaboración propia.

¹⁷ Pizarro Quevedo T., 2005. *Guía de Alimentación del Niño(a) Menor de 2 años*. Chile

Como se puede observar en el gráfico anterior, el conocimiento de la mayoría de muestra sobre la enfermedad diarreica aguda es suficiente, con un total de entre 8 y 10 respuestas correctas. Por otro lado, un 25% de los encuestados tienen un conocimiento regular por presentar entre 5 y 7 respuestas correctas, mientras que solo un 13% tiene un conocimiento muy insuficiente e insuficiente respondiendo correctamente entre 0 y 4 preguntas.

Seguidamente se evalúa la actitud de los encuestados frente al episodio de diarrea aguda de sus niños, para lo cual se consideran las preguntas 8 y 9 de la encuesta y se consideran 2 respuestas correctas en total. Luego se realiza una valoración global que se muestra en el gráfico siguiente:

Gráfico N° 39: Actitud frente al episodio diarreico agudo.

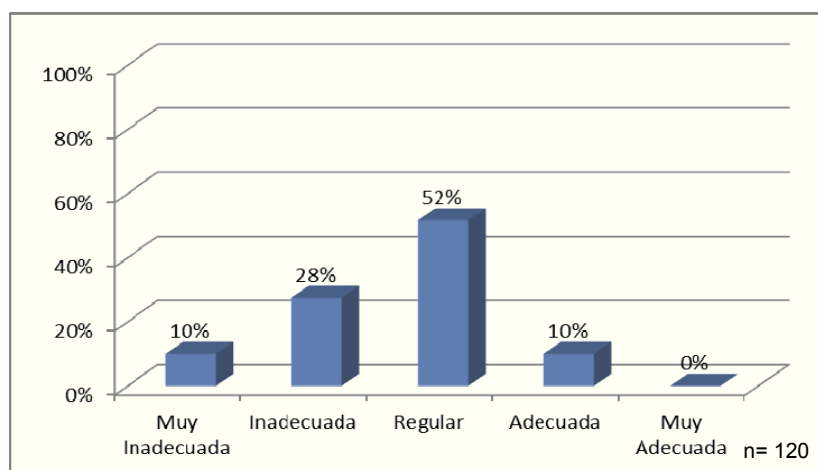


Fuente: Elaboración propia

Tal como se presenta en el gráfico, la mayoría de los encuestados, representados por el 91% del total, tiene una actitud adecuada frente a la enfermedad diarreica de sus niños, ya que respondieron correctamente las dos preguntas que abarca dicha variable. Solo un 3% de la muestra tiene una actitud inadecuada respondiendo 0 preguntas correctas.

Posteriormente se evalúa la práctica alimentaria llevada a cabo por los encuestados durante el episodio de diarrea aguda. Las dimensiones de ésta variable comprenden el tipo de alimentos y líquidos administrados durante la enfermedad, la frecuencia de alimentación, la práctica de manipulación de alimentos y el uso o no de medicamentos o remedios caseros para tratar la enfermedad. Se consideran las preguntas 10, 11 y 12 de la encuesta, con un total de 14 respuestas correctas, que refieren solamente a qué alimentos y líquidos fueron administrados durante la enfermedad. Los resultados se presentan a continuación:

Gráfico N° 40: Practica alimentaria frente al episodio diarreico agudo.



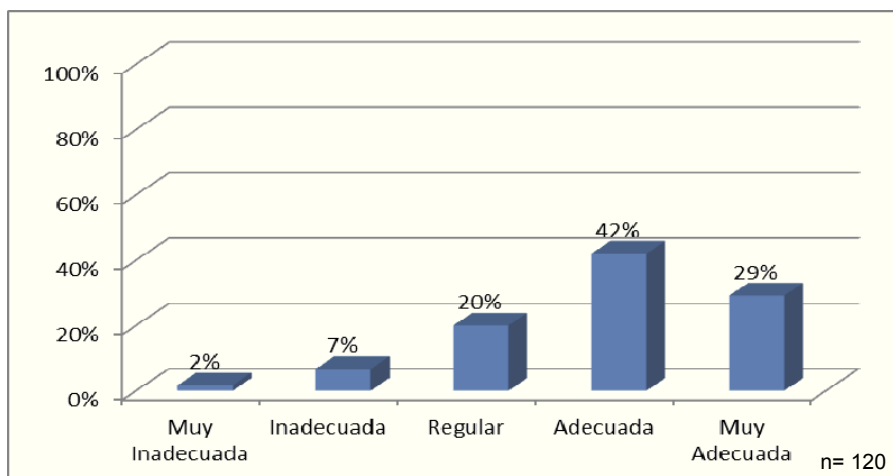
Fuente: Elaboración propia.

Según el gráfico anterior, el 52% de los encuestados tiene una práctica alimentaria regular ya que presentan entre 6 y 8 respuestas correctas. Por otro lado, un 28% de la muestra tiene una práctica inadecuada, mientras que un 10% tiene una práctica muy inadecuada. Solo un 10% del total tiene una práctica alimentaria adecuada durante la enfermedad diarreica de sus niños, presentando entre 9 y 11 respuestas correctas

En lo que respecta a las otras dimensiones a evaluar de la práctica llevada a cabo por los encuestados durante el episodio diarreico agudo, en cuanto a la frecuencia alimentaria, cabe mencionar que casi la totalidad de la muestra en estudio refiere alimentar a su niño durante la enfermedad más de dos veces al día dependiendo del estado de ánimo del mismo, con lo cual se establece una práctica muy adecuada al respecto. En relación al uso de medicamento o remedios caseros por parte de los encuestados, se establece que la mayoría afirma no utilizar fármacos, y el bajo porcentaje de la muestra que si lo hace, refiere utilizar como remedio casero el agua del arroz previamente hervido, dicha práctica no se considera contraindicada ni agresiva para tratar la diarrea aguda en niños menores de 2 años.

Finalmente, en lo que respecta las prácticas alimentarias de la muestra estudiada, se evalúa los procedimientos en la manipulación de alimentos se consideran las preguntas de la 14 a la 18 de la encuesta, estableciéndose un total de 16 respuestas correctas y la siguiente categorización:

Gráfico N° 41: Manipulación de Alimentos.

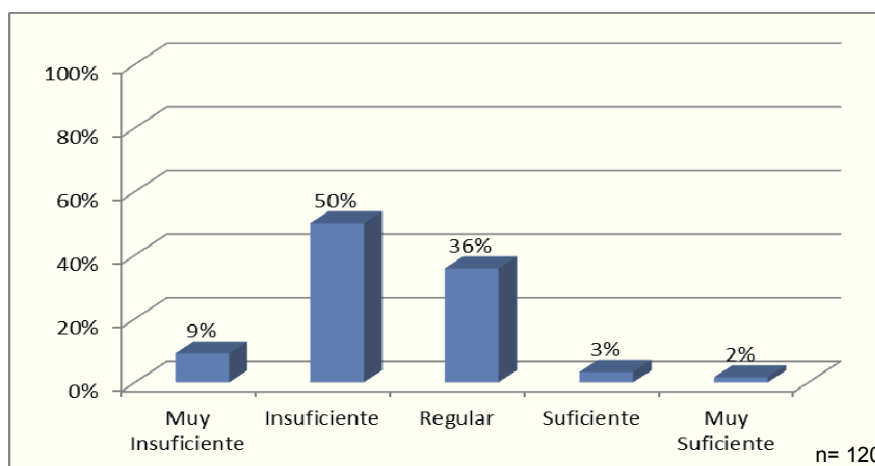


Fuente: Elaboración propia.

Como puede observarse en el gráfico, el 42% de la muestra tiene una práctica de manipulación de alimentos adecuada y un 29% muy adecuada, respondiendo 10 o más preguntas correctas. Solo un 9% de los encuestados tiene una inadecuada o muy inadecuada práctica de manipulación de alimentos que representa 6 o menos respuestas correctas.

A continuación, para analizar las dimensiones del conocimiento sobre la deshidratación se consideran las preguntas de la 21 a la 26 de la encuesta, encontrándose 12 respuestas correctas en total, seguidamente se realiza una categorización global que se muestra en el Gráfico N°42:

Gráfico N° 42: Conocimiento general de la deshidratación.



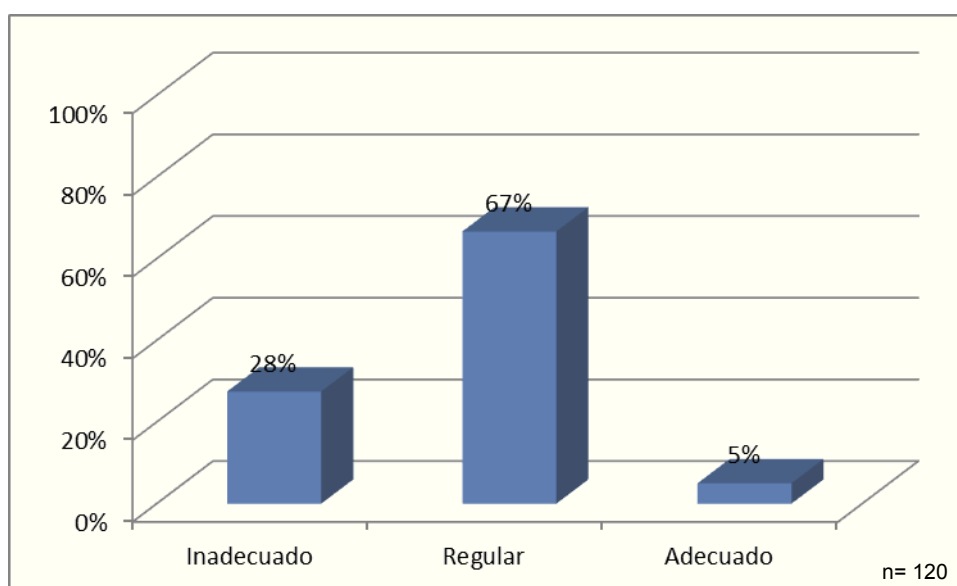
Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar en el gráfico anterior, más de la mitad de los encuestados tiene un conocimiento sobre deshidratación insuficiente y muy insuficiente. Solo un 36% de la muestra tiene un conocimiento regular por responder entre 5 y 7 respuestas correctas de 12 y solo un 3% tiene conocimiento suficiente como para sacar adelante el proceso de deshidratación.

En relación a la actitud de la muestra cuando el niño presenta deshidratación, la gran mayoría responde favorablemente afirmando que inmediatamente lleva al niño al hospital, con lo que se establece la existencia de una actitud adecuada en relación a esta variable.

Por último, se evalúa la práctica del encuestado frente a la deshidratación. Las dimensiones de esta variable comprenden el tipo y la frecuencia de líquido ofrecido y el conocimiento y práctica de elaboración de las sales de rehidratación oral. Se consideran las preguntas 23, 28, 29 y 30 de la encuesta, encontrándose 4 respuestas correctas. La categorización correspondiente se muestra en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 43: Practica frente a la deshidratación.



Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar en el reciente gráfico, el 67% de los encuestados tienen una práctica frente a la deshidratación regular, habiendo contestado correctamente 2 preguntas de un total de 4, mientras que un 28% de la muestra presenta una práctica inadecuada para el manejo de la deshidratación y solo un 5% del total tiene una práctica adecuada.

CONCLUSIÓN



En el presente trabajo de investigación se ha indagado sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los encuestados frente al episodio de diarrea aguda y la deshidratación, a través de una encuesta realizada a un total de 120 participantes que asisten a un Centro de Salud de la ciudad de Mar del Plata. En relación a los datos sociodemográficos, se evidencia que la edad promedio de los encuestados es de 27 años. La mayoría de la muestra, representada por el 39%, tiene 1 hijo, mientras que un 31% tiene 2 hijos, el 14% tiene 3 hijos. En cuanto al estado civil, el 76% de los encuestados refiere estar en pareja ya sea mediante concubinato o casado legalmente. Con respecto al nivel de escolaridad un 64% de la muestra no ha completado sus estudios secundarios. Por su parte, un 65% son amas de casa, y solo un 20% de los encuestados afirma tener empleo.

En la Tabla N°5 se resumen los resultados más relevantes respecto a los Conocimientos, Actitudes y Prácticas que presentan los encuestados frente al episodio de diarrea aguda y del estado de deshidratación de sus niños.

Tabla N° 5: C.A.P diarrea aguda y deshidratación.

	DIARREA AGUDA	DESHIDRATAACION
CONOCIMIENTOS	Suficiente	Insuficiente
ACTITUD	Adecuada	Adecuada
PRACTICA	Adecuada	Regular

Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de la muestra, representada por el 53% del total, tiene un nivel de conocimiento suficiente en relación al episodio diarreico agudo, mientras que un 13% de los encuestados tiene un conocimiento insuficiente sobre dicha enfermedad, siendo incapaces de determinar su causa, su complicación, establecer un tratamiento y medidas preventivas.

En relación a la actitud de la muestra frente a la enfermedad, se menciona que un 91% tiene una actitud adecuada, refiriendo preocuparse por la enfermedad y llevar a su niño prontamente a la salita u hospital, contrariamente un 3% de la muestra tiene una actitud inadecuada.

Por último, se puede mencionar que las prácticas alimentarias de los encuestados durante la diarrea aguda son adecuadas en el 78% de los encuestados, si bien existe un 9% de la muestra quienes refieren suspender la alimentación durante la enfermedad, cabe destacar que la mayoría prefiere alimentar a su hijo durante dicho periodo más de dos veces al día, dependiendo del estado de ánimo y la sintomatología del mismo. Los resultados muestran que la selección de alimentos que realizan los encuestados para alimentar al niño

durante este periodo es adecuada, siendo los alimentos más mencionados: el arroz hervido, fideos blancos, pollo hervido, queso cremoso, puré de zapallo, sopa, manzana rallada, gelatina. Como se puede observar estos alimentos refieren una alimentación liviana y nutritiva sin comprometer al intestino durante el periodo inflamatorio de la enfermedad. En cuanto a los líquidos ofrecidos, el 78% de los encuestados afirma dar agua potable, no obstante una gran minoría refiere dar gaseosa, jugo en polvo y una bebida mineralizada muy comercializada para deportistas, estas bebidas no estarían indicadas para menores de dos años por su alta carga de solutos. Toda la muestra sugiere que dar líquidos frecuentemente, lo que es favorable para prevenir la deshidratación.

Con respecto al uso de medicamentos, el 80% de los encuestados afirma no usarlos para tratar la diarrea, solo un 20% de los mismos refiere usar medicamentos, entre los cuales se menciona en su mayoría al agua de arroz para el tratamiento, mientras que solo un 12% usa fármacos como antidiarreicos y antibióticos los cuales están contraindicados para menores de dos años. Finalmente, se establece que la mayoría, representada por un 42%, tiene un adecuado manejo de las prácticas de manipulación de alimentos debido a que tienen una adecuada higiene personal, un buen manejo de la contaminación cruzada, una regular técnica para la cocción de alimentos, un buen manejo de las temperaturas y un regular uso de agua y alimentos seguros ya que la mayoría no utiliza alimentos procesados pero si agua potable.

Al indagar sobre los conocimientos que tienen los encuestados sobre la deshidratación en niños, se lleva a la conclusión que solo un 5% tiene conocimientos suficientes, la mayoría de la muestra presenta un conocimiento insuficiente en relación al concepto, su causa, su complicación, su prevención, su tratamiento y principalmente sobre los signos de deshidratación que pueden desarrollar los niños durante el proceso de enfermedad. No obstante, se puede inferir que no es por falta de información de parte de la salita a la que concurren, sino por la prevención que desarrolla la misma ya que solo un 2% del total de niños presentó algún grado de deshidratación. Por lo tanto, cabe destacar el constante monitoreo de la salita en dicha población.

En cuanto a la evaluación de la actitud de los encuestados frente a la deshidratación, un 99% de la muestra presenta una adecuada actitud, refiriendo llevar al niño a la salita cuando este se encuentra deshidratado.

Finalmente en relación a las prácticas llevadas a cabo durante el estado de deshidratación, un 67% de la muestra tiene una práctica regular debido a la elección del líquido a administrar, un 28% inadecuado y solo un 5% adecuado como para manejar un estado de deshidratación en sus niños. Cabe mencionar que solo un 5% de la muestra conoce las sales de rehidratación oral y tiene una práctica de elaboración correcta, mientras que un 6% conoce las sales pero realiza una práctica de elaboración incorrecta. Por otro

lado el 89% de los encuestados no conoce sobre las sales de rehidratación oral y sus efectos benéficos para el tratamiento de la diarrea aguda en niños.

En este sentido, debe remarcar el rol del Licenciado en Nutrición, el cual debe ser el encargado de informar y brindar educación destinada a las madres, padres o tutores, conjuntamente con la unidad sanitaria, en lo que respecta a la problemática asociada a la deshidratación.

El principal tema a tratar sería fomentar el uso de las sales de rehidratación oral, poniendo a la población en conocimiento de la existencia y de la preparación de las mismas, a través de charlas personales o spot publicitarios, sin dejar de lado a las unidades sanitarias. Cabe destacar que estas sales se reparten de forma gratuita en los hospitales y unidades sanitarias.

Si bien la muestra tiene conocimiento sobre el concepto de deshidratación no saben acerca de las causas, la complicación, el tratamiento y los signos de deshidratación. Por consiguiente es de vital importancia hacer hincapié y trabajar sobre el tema de deshidratación, que dado los resultados en el presente trabajo, el porcentaje obtenido es muy elevado en lo que respecta a la falta de conocimiento. Por lo tanto se requiere de mayor educación e información a través de talleres y charlas comunitarias.

Para concluir y dar punta pie a futuras investigaciones, se plantean los siguientes interrogantes:

- ¿Se destina el presupuesto suficiente para la Salud?
- ¿Cómo lograr que se practique las normas de higiene?
- ¿Cómo fomentar el uso de las sales de rehidratación oral?
- ¿Cuáles serían los resultados de dicha investigación en distintas provincias del país?

BIBLIOGRAFÍA



- Aguirre P. (1997). Patrón alimentario. Estrategias de consumo e identidad en argentina. En: Alvaréz M, Pinotti L. Comp. *Procesos Socioculturales y Alimentación*. Ediciones del Sol. Serie Antropológica. Colihue
- (2000). Aspectos antropológicos de la obesidad en la pobreza. En: *Socio-Anthropological issues regarding obesity and poverty*. Obesity and Poverty. OPS-OMS. Nutrición. PAHO/HPP/96.02. . Washington D.C.
- (2001). Los alimentos rendidores y el cuerpo de los pobres. En: *Antropología de la alimentación*. Arbitrario Cultural y Alimentación. Homenaje al Dr. Igor de Garine. ICAF (Comisión Internacional para la Antropología y la Alimentación). Borja, España.
- (2003). Gordos de escasez, las consecuencias de la cocina de la pobreza. Buenos Aires. En: *La cocina como Patrimonio (in) tangible*. Primeras Jornadas de Patrimonio Gastronómico. Secretaría de Cultura de la Ciudad de Buenos Aires.
- (2005). Seguridad Alimentaria. *Una visión desde la antropología alimentaria*.
- Alcázar L., Marini A. y Walker I. (2011). *El rol de las percepciones y los conocimientos de las madres en el estado nutricional de sus niños*. Perú. p. 16-86.
- Alvarez Larrauri M. S. (1998). *Las practicas maternas frente a la enfermedad diarreica infantil y la terapia de rehidratación oral*. México, D.F. *Salud Pública Méx*; Vol. 40(3):256-264
- Avalos Chavez L. (1987). Crecimiento y desarrollo del niño en sus diferentes edades. <http://www.pediatriaenlinea.com/pdf/crecimientoydesarrollo.pdf>
- Battistini Casalta F. (2009). *Diarrea en lactantes menores*. Venezuela.
- Behrman R. (1995). *Nelson compendio de pediatría*. Universidad de Columbia.
- Bomela NJ. (2009). Public Health Nutrition. *Social, economic, health and environmental determinants of child nutritional status in three Central Asian Republics*. 2009, 12(10):1871–1877. En: OMS, Las intervenciones en materia de agua, saneamiento e higiene y la prevención de las enfermedades diarreicas
- Botas SI et al., 2011. Deshidratación en niños. *An Med (Mex)* 2001; 56(3): 146-155. Argentina
- Bourdieu P. (1995). *Respuestas por una antropología reflexiva*. México
- Bowlby J. (1976). Necesidades y procesos de desarrollo durante la primera infancia. *Revista de educación*, 10 (2008). Universidad de Huelva.
- Calvo B. y Aguirre P. (2005). Crisis de la seguridad alimentaria en la Argentina y estado nutricional en una población vulnerable. En: *Pediatría sanitaria y social*. *Arch.argent.pediatr* 2005; 103(1) / 77

- Chung A., 1998. The effect of early oral feeding *versus* early oral starvation on the course of infantile diarrhea. *J Pediatr* 33:14-22.
- Costa J. et al., (2011). Guía de Práctica Clínica. *Gastroenteritis aguda en el niño*. España.
- De Carvalho A. y Marchiori Buss P. (2008). Determinantes sociales de la salud, la enfermedad e intervenciones. *Brasil ed. fiocruz*, p.141-166
- Delgado M. F. et al., (2006). *Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AICEI*. Vol 37 N° 4.
- Duffau G. (2006). *Epidemiología del síndrome diarreico agudo*. Chile.
- FAO (2001). *Perfiles Nutricionales por Países*. Argentina. <ftp://ftp.fao.org/es/esn/nutrition/ncp/ARG.pdf>
- (2002). Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Colección: *Alimentación y nutrición* N° 29 Cap 3.
- (2004). *Análisis de la Pobreza y la Seguridad Alimentaria Nutricional*. Antecedentes y principios del sistema de información y cartografía sobre la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad SICIIV.
- (2009). Cumbre Mundial sobre la Alimentación, 1996. ftp://ftp.fao.org/es/ESA/policybriefs/pb_02_es.pdf
- (2011). *Una introducción a los conceptos básicos de la seguridad alimentaria*. Vinculación de información y toma de decisiones para mejorar la seguridad alimentaria. <http://www.fao.org/docrep/014/al936s/al936s00.pdf>
- Fernandez L.B et al., (2010). *Diarrea Aguda*. Sección III. Pag 201;211
- Figueroa M. (1990). Epidemiología de las diarreas infantiles en tres comunidades de Honduras. *Revista Médica* vol. 58.
- Garrett P, Ferron J. (1994). Poverty experiences of young children and the quality of their home environments. *Child Development*, 65, 331-345.
- Gutiérrez G. (1994). El programa nacional de control de las enfermedades diarreicas: su impacto en la salud y en los servicios de salud. *Revista Salud Pública de México*, 36 (2). Disponible en <http://www.insp.mx/salud/36/362-1s.html>.
- Hidalgo García M. V. et al., (2008). *Procesos necesarios de desarrollo durante la infancia*. Universidad de Sevilla. Pag 85-95.
- Jiménez E. (1998). Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud: *Tratamiento de la diarrea aguda infantil en atención primaria*. Vol. 22–N.o 5
- Jiménez Treviño y Rodríguez Suarez (2006). *Deshidratación aguda*. *Rehidratación*. Sociedad de Pediatría. *Bol Pediatr*; 46(SUPL. 1): 84-90.
- Keshavji II (2005). *Persistent diarrhea in Mozambican children*. A study of risk factors for development of persistent diarrhoea in children aged 6 to 23 months. Mozambique

- Lalonde M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians: a working document*. Ottawa: Health and Welfare Canada.
- Lorenzo J., Guidoni E., et al., (2007) *Nutrición del Niño Sano*. Buenos Aires. Ed. Corpus, p.1
- Lozano J et al., (2004). Enfermedad diarreica aguda. *Guías de pediatría practica basadas en la evidencia*. Bogotá. p. 152-169.
- Matta Mariños W. y Ortega Espinoza T. (2012). Conocimiento sobre medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDA y su relación con características sociodemográficas. Perú. *Rev enferm Herediana*. 2012;5(1):64-69.
- Marcel Mauss (1968). *Algunas formas primitivas de clasificación*. Barcelona.
- Martínez-Salgado H. et al., (1998). Alimentación sostenida durante diarrea aguda en niños menores de cinco años. *Salud Pública de México* / vol.40, no.2, marzo-abril de 1998.
- Ministerio de Salud. Capitulo 2: *Salud infantil y ambiente*. www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/2-capitulodos-sana.pdf.
- Ministerio de la Salud, 2008. Enfermedades prevalentes de la infancia. Cap. N° 5: *Terapia de rehidratación oral*. <http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/mod-enf-diarrea.pdf>.
- Monteverde M., Cipponeri M y Angelaccio C. (2010) *Saneamiento, educación, medio ambiente y diarreas: el caso del conurbano bonaerense*. Universidad Nacional de La Plata
- Ochaita, E., (2004). *Hacia una teoría de las necesidades infantiles y adolescentes: necesidades y derechos en el marco de la convención de las naciones unidas sobre los derechos del niño*. Madrid: McGraw-Hill-UNICEF.
- Organización Mundial de Gastroenterología (2012). *Diarrea aguda en adultos y niños: una perspectiva mundial*. http://www.worldgastroenterology.org/assets/export/userfiles/2012_Acute%20Diarrhea_SP.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1989). *The treatment and prevention of acute diarrhea*. 2a. Edición. Ginebra.
----- (1992). *Programme for control of diarrhoeal diseases. Interim programme report*. Ginebra: Documento no publicado.
----- (1994). *Manual de crecimiento y desarrollo del niño*. 2ª ed. Washington DC.
----- (1998). *Glosario: Promoción de la Salud*. Ginebra
----- (2001). *Inocuidad de los alimentos*. 63.ª Asamblea Mundial de la Salud A63/11 Ginebra. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_11-sp.pdf

- (2005). *The treatment of diarrhoea: a manual for physicians and other senior health workers (4th rev)*. Ginebra.
- (2009). *Guía Práctica del lavado de manos*. Washington, D.C: OPS.
- (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño*. Nota descriptiva N°342. Washington, D.C: OPS.
- (2010). *Manejo higiénico en el proceso de elaboración de los alimentos*. Ginebra.
- (2013). *Enfermedades diarreicas*. Nota descriptiva N°330.
- (2014). *Alimentación del lactante y del niño pequeño*. Nota descriptiva N°342
- Organización Mundial de la Salud /UNICEF (2004). Tratamiento clínico de la diarrea aguda.
- (2010). *Progress on sanitation and drinking-water*. Ginebra
- Pelletier D, Olso C, et al. (2003). *Inseguridad alimentaria hambre y desnutrición*. Washington.
- Pizarro Quevedo T. (2005). *Guía de Alimentación del Niño(a) Menor de 2 años*. Chile
- Programa Mundial de Alimentos (2003). *Vulnerabilidad a la Inseguridad Alimentaria de la Población Desplazada por la Violencia*. Colombia
- Prüss-Ustün, A., Corvalán, C. (2006). *Ambientes saludables y prevención de enfermedades*. Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente.
- Sen A. (1982). *Poverty and Famines: an essay of entitlement and deprivation*. Oxford.
- Serrano Sanchez C. (2002). *El crecimiento físico en escolares, desde un enfoque de salud pública y saneamiento ambiental*. Mexico.
- Strupp BJ, Levitsky DA. (1995). *Enduring cognitive effects of early malnutrition*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7542704>
- Thomson A. et Manfred Metz. (1999). *Servicio de Apoyo a la Política Agrícola Dirección de asistencia en materia de políticas*. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Roma.
- Torresani M. E. (2006). *Cuidado nutricional pediátrico*. Ed: Eudeba.
- Reyes Y. y Rey Camacho (2007). *Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención*. Buenos Aires.
- Roggiero E. (2006). *Cuidado nutricional pediátrico*. 397-413. Ed: Eudeba
- UNICEF (2003). Para la vida. *El desarrollo infantil y aprendizaje temprano*. <http://www.unicef.org/spanish/ffl/03/>
- (2004). Tratamiento clínico de la diarrea aguda. http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_FCH_CAH_04.7_spa.pdf

------(2006). *Progreso para la Infancia. Un Balance sobre Agua y Saneamiento*.
Número 5. [http://www.unicef.org/spanish/wash/files/Progress_for_Children_No._5_-_Spanish\(1\).pdf](http://www.unicef.org/spanish/wash/files/Progress_for_Children_No._5_-_Spanish(1).pdf)

------(2011). Para la Vida. *La Diarrea*.

<http://www.unicef.org/spanish/ffl/pdf/factsforlife-sp-part8.pdf>. unicef/99-0294/pirozzi.

- USAID (2005). *Lineamientos para los nuevos protocolos de tratamiento de la diarrea*. Estados Unidos.
- Vicente Ruiz M. A. (1998). *Creencias de salud materna relacionadas con la conducta preventiva en diarrea infantil*. México.
- Villa L. F. (2011). Sales para rehidratación oral. *Medimecum: guía de terapia farmacológica*. 16 Edición. España.

Conocimientos, Actitudes y Prácticas maternas frente a la diarrea Aguda del niño.



Universidad FASTA – Facultad de Cs Medicas – Lic. en Nutrición

Autora: Ma. Belén Ocampo Montero – Tutora: Lic. Andrea Dirr – Co-tutor: Dr. Pablo de la Colina

DEPARTAMENTO DE METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION 2014

Entre las enfermedades más predominantes de la primera infancia las diarreas explican el 18% de las muertes de niños a nivel mundial. Particularmente en Argentina, la diarrea está dentro de las doce causas de muerte más importantes.

OBJETIVO GENERAL

“Indagar sobre los conocimientos, actitudes, prácticas alimentarias de las madres frente al episodio de diarrea aguda y el estado de deshidratación de sus niños de 0 a 2 años de edad que asisten a un Centro de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el año 2014”.

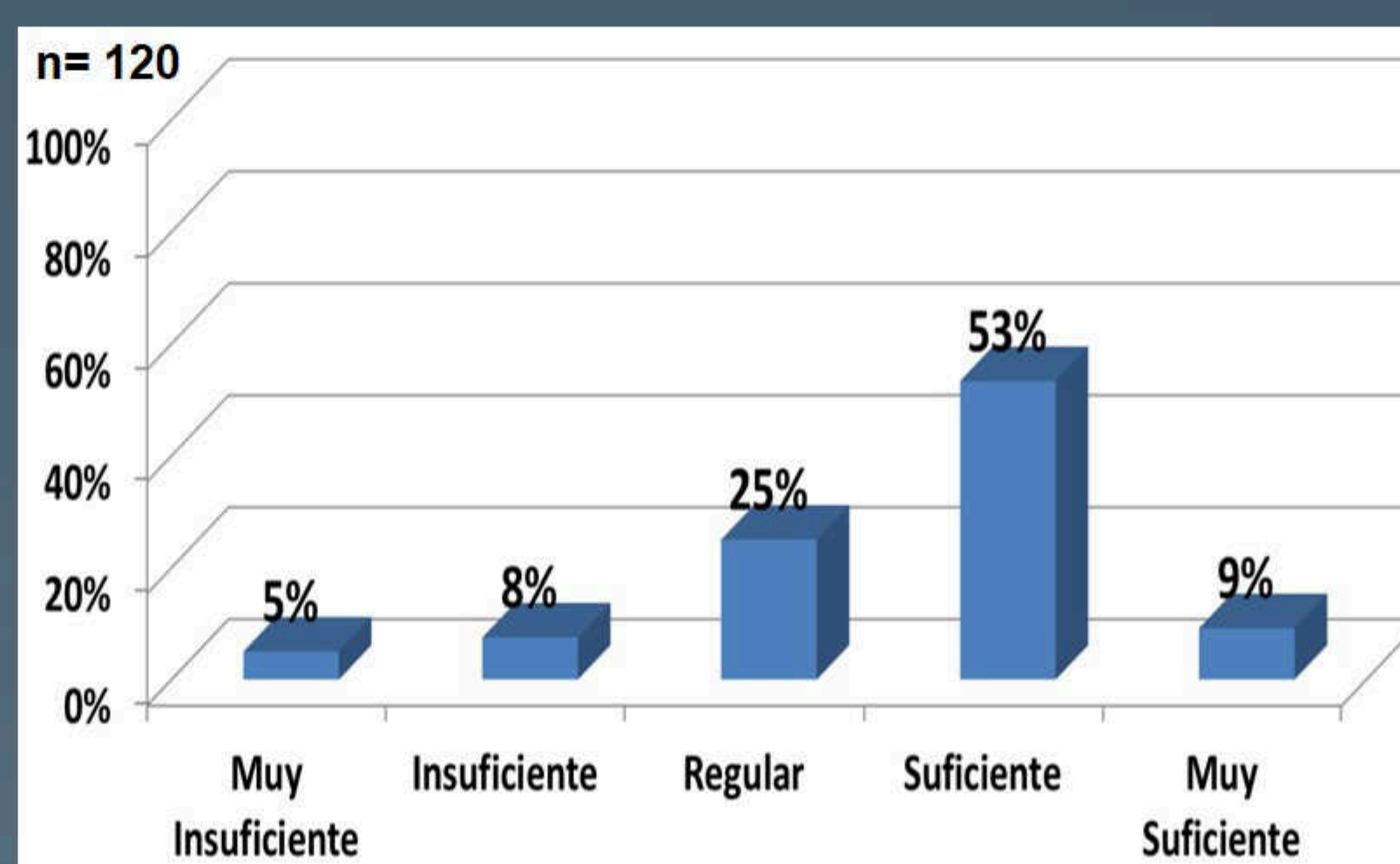
METODOLOGIA

Estudio de carácter descriptivo y transversal, donde participaron un total de 120 encuestados con sus respectivos hijos, quienes asisten a un Centro de Salud. Dicha muestra respondió a una encuesta personal con información sobre el conocimiento, la actitud y las prácticas alimentarias que tienen las madres frente al episodio diarreico agudo y la deshidratación. También se evaluó el estado de hidratación de los niños, tipo y duración de lactancia. Por último se establecieron factores sociodemográficos como la edad, estado civil, nivel educativo, ocupación y tipo de familia.

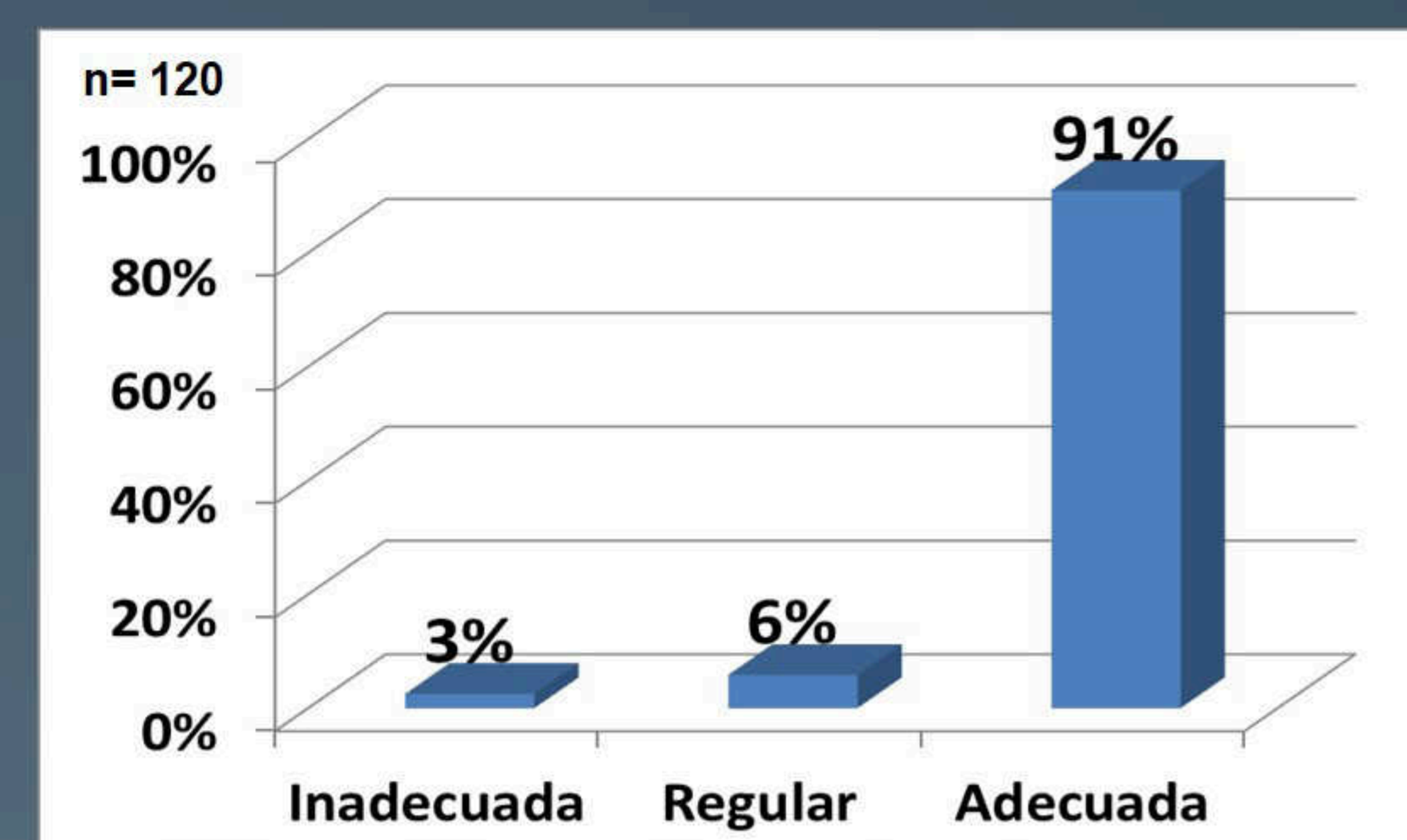
RESULTADOS

A continuación se muestran los gráficos más relevantes del trabajo de investigación.

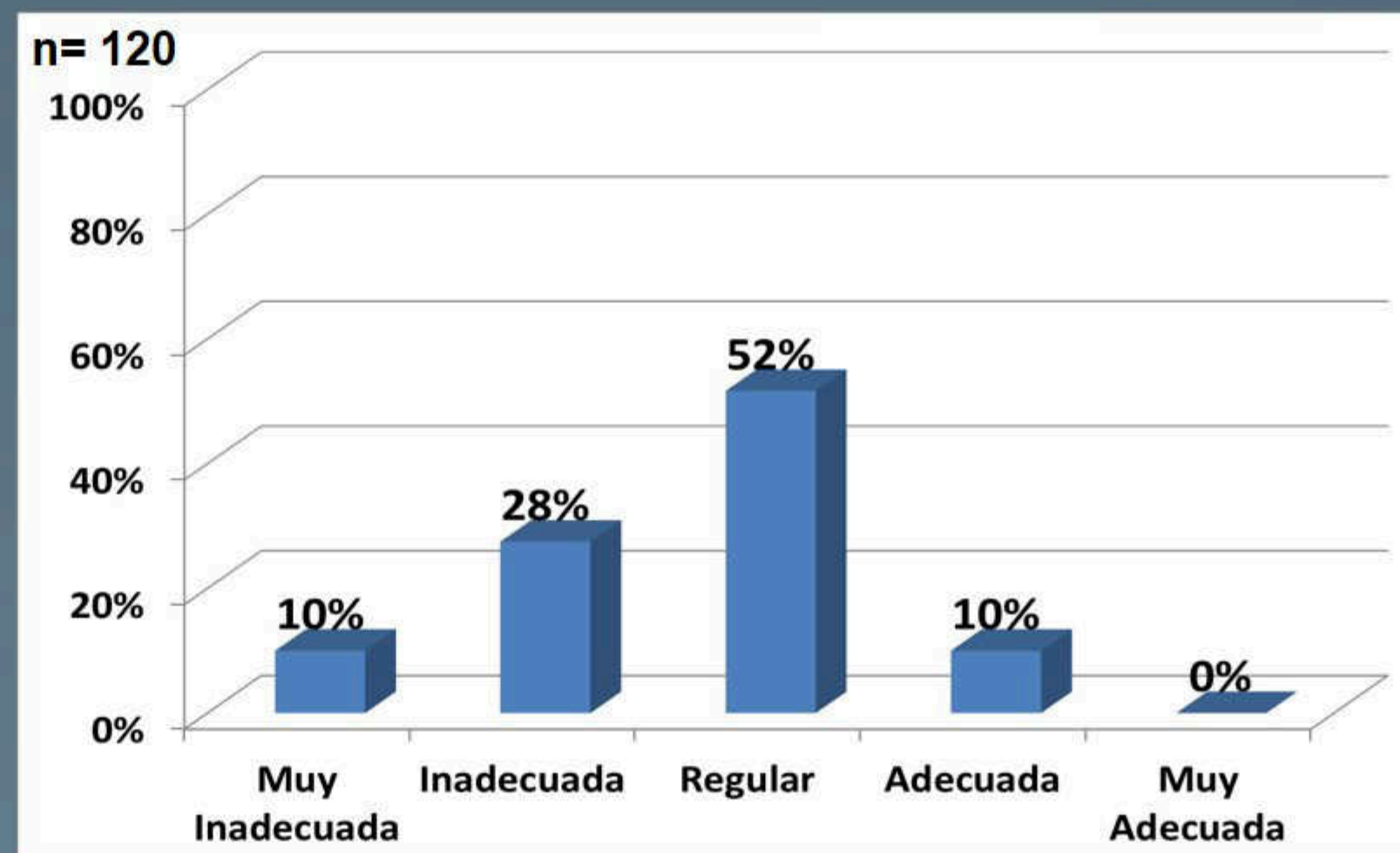
Conocimientos sobre Diarrea Aguda



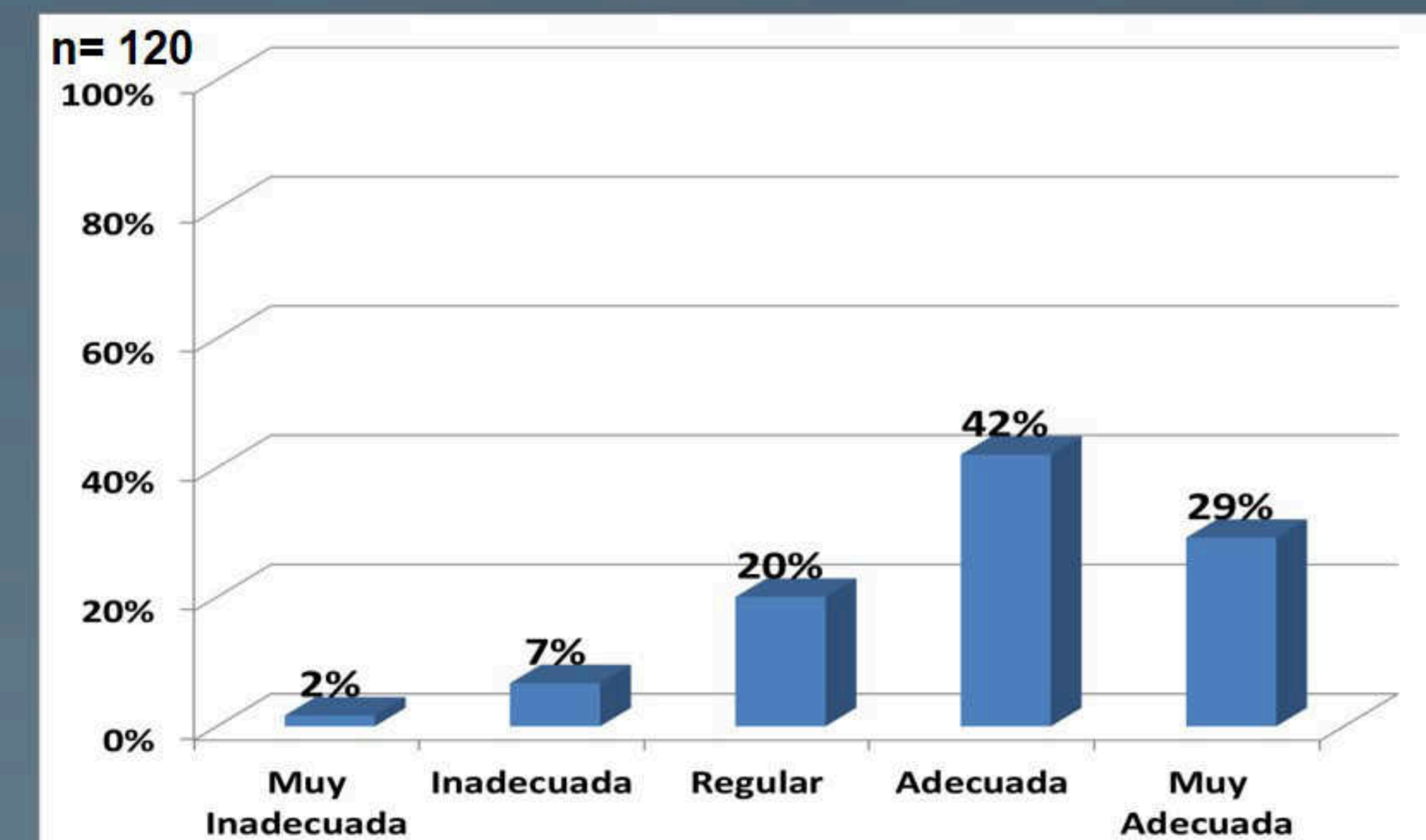
Actitud frente a la Diarrea Aguda



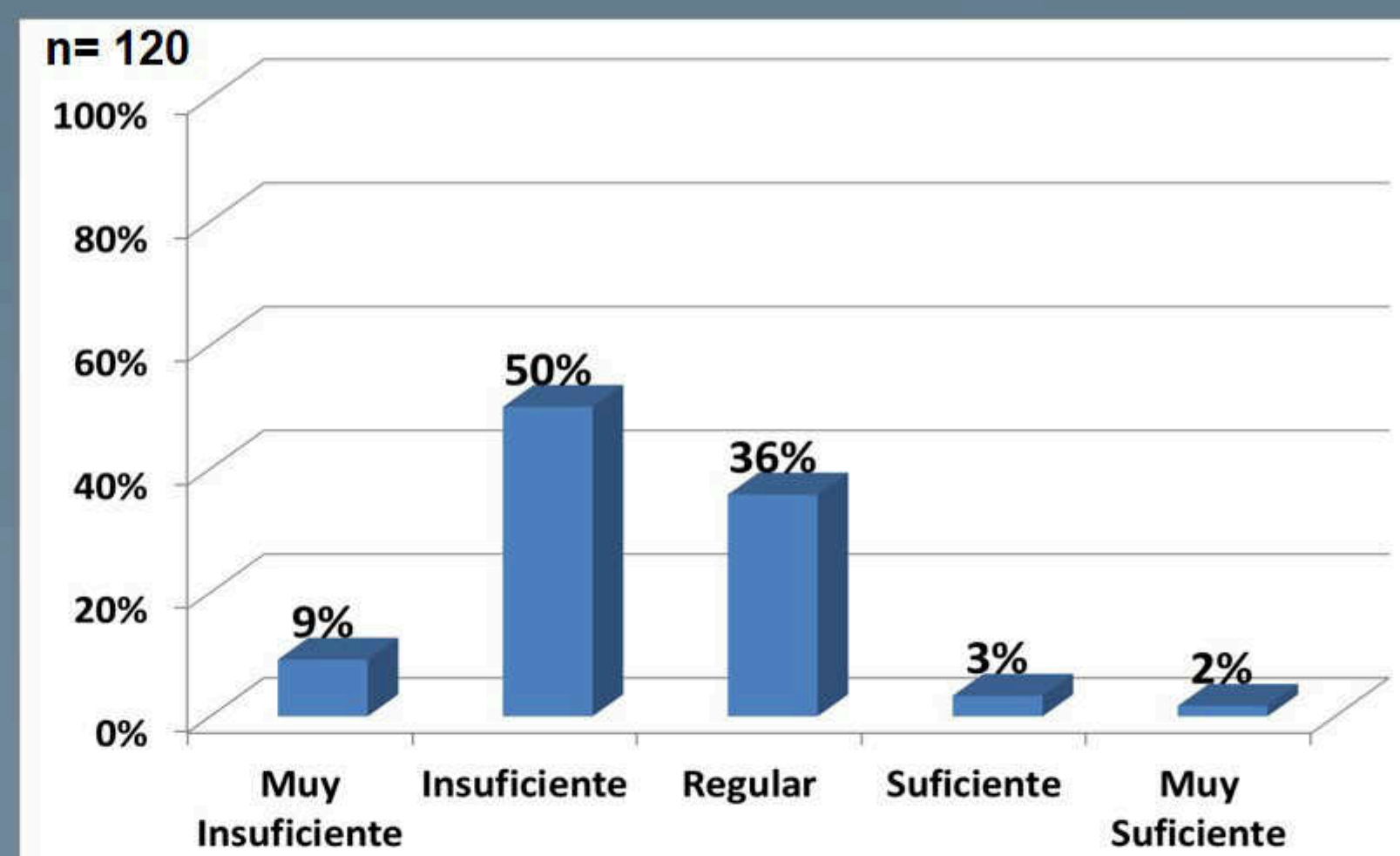
Práctica frente a la Diarrea Aguda



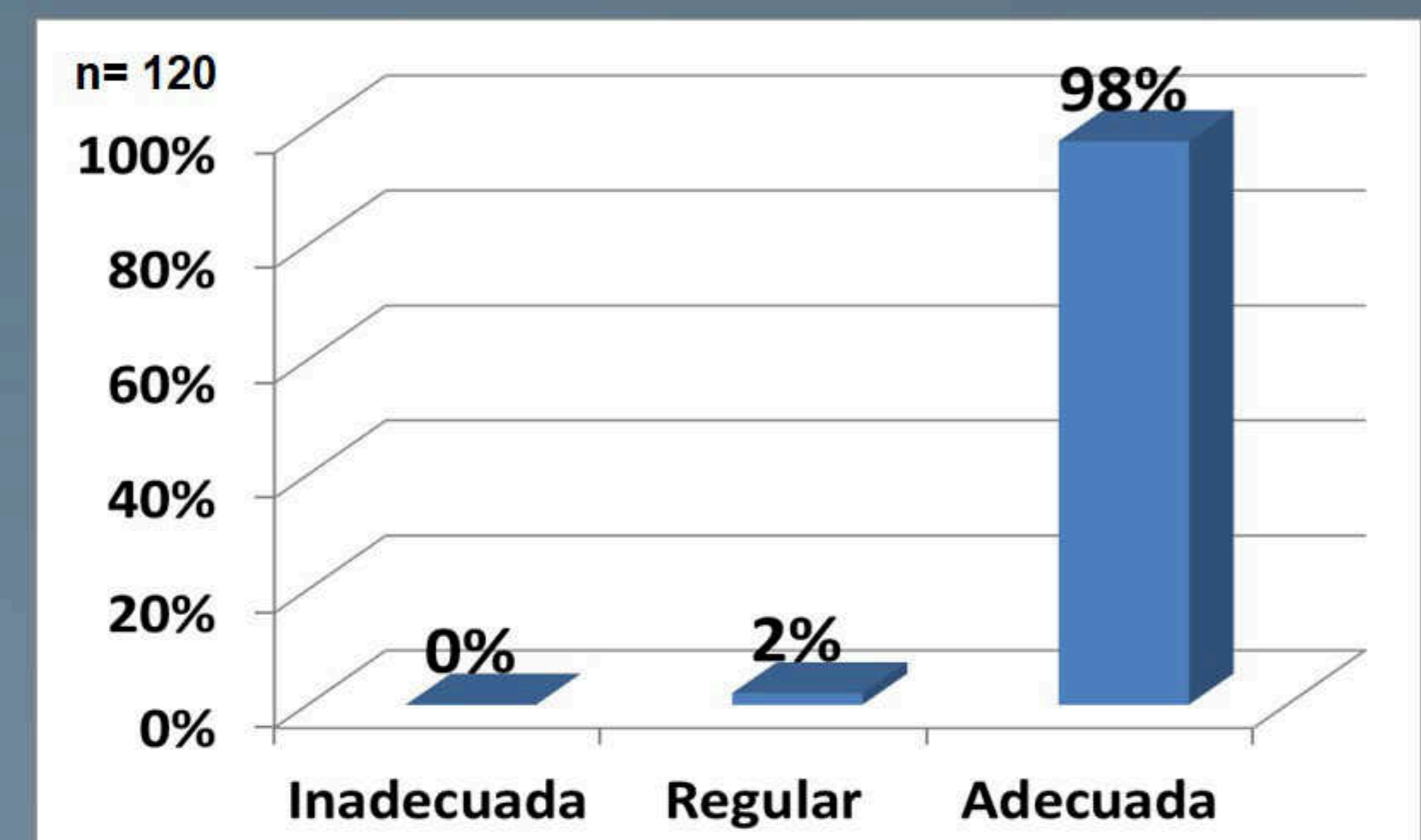
Práctica de Manipulación de Alimentos



Conocimientos sobre Deshidratación

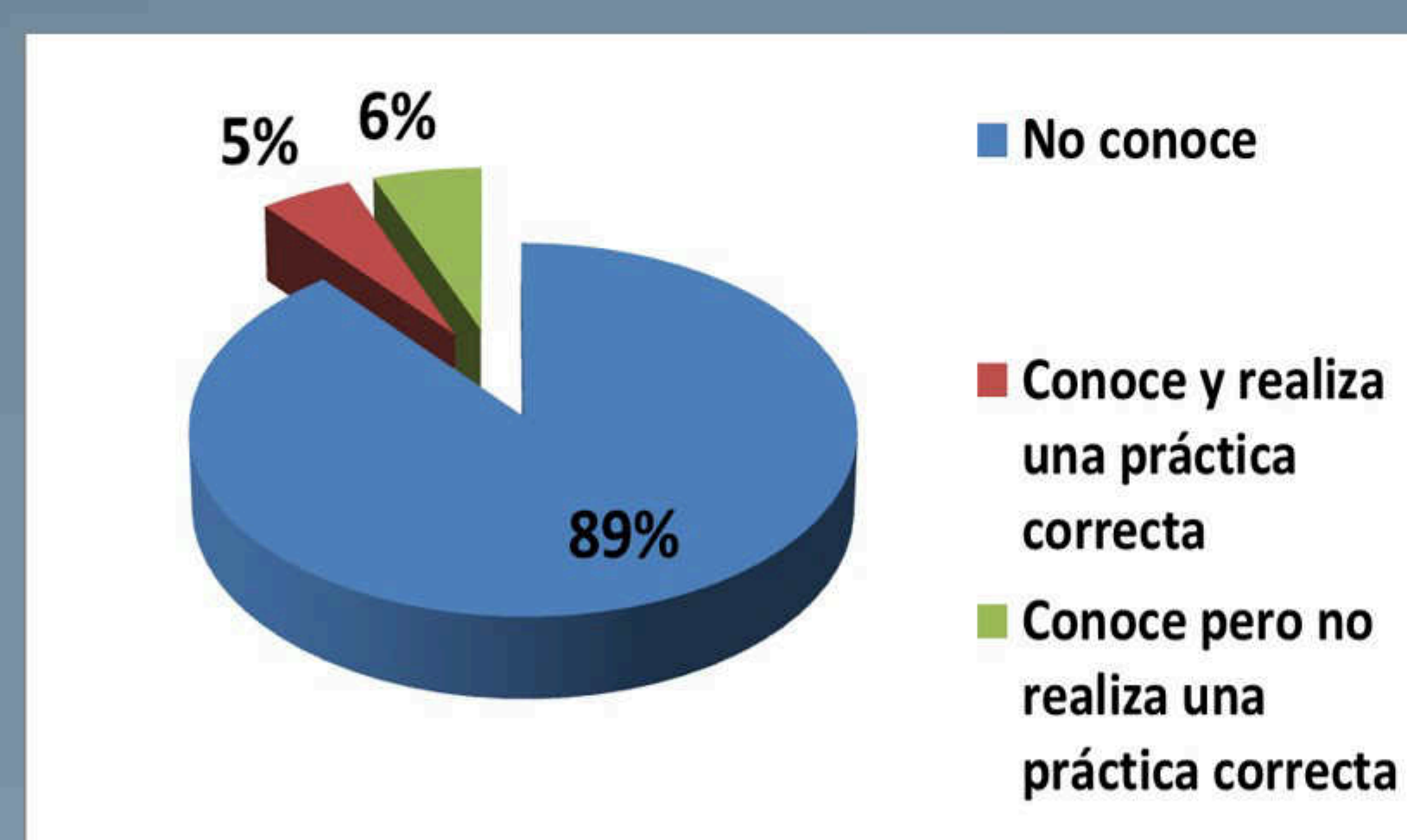
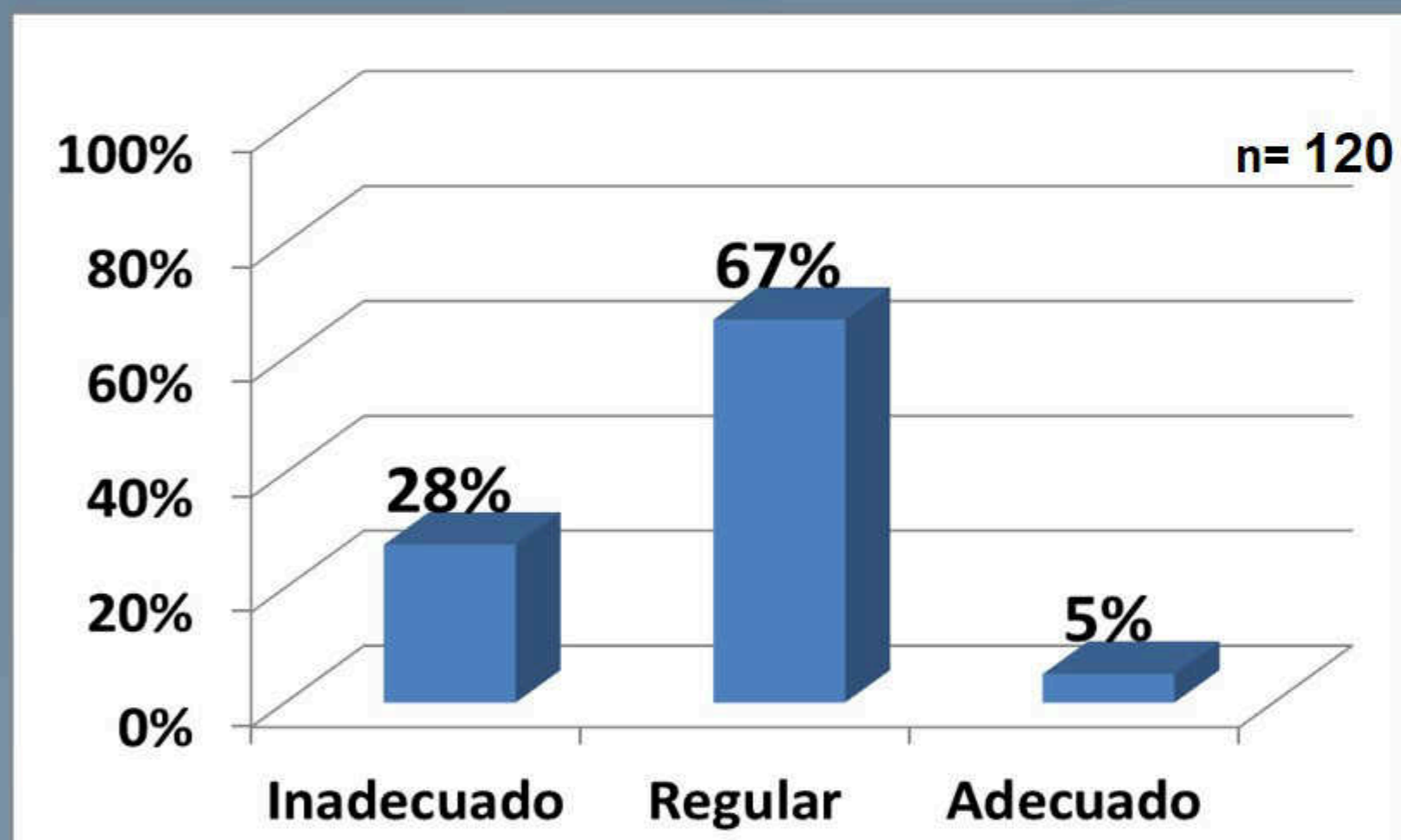


Actitud frente a la Deshidratación



Conocimiento y Práctica de las Sales de Rehidratación Oral

Práctica frente a la Deshidratación



	DIARREA AGUDA	DESHIDRATACION
CONOCIMIENTOS	Suficiente	Insuficiente
ACTITUD	Adecuada	Adecuada
PRACTICA	Adecuada	Regular

CONCLUSIONES

Al observar los resultados concluimos que la actitud de los encuestados frente a la enfermedad diarreica aguda y la deshidratación es muy adecuada, ya que la mayoría refiere preocuparse por su niño y llevarlo inmediatamente a la sala. Analizando los conocimientos se mostró una diferencia entre la diarrea y la deshidratación, presentándose un conocimiento suficiente para la diarrea e insuficiente respecto a la deshidratación. En cuanto a las prácticas alimentarias para la diarrea aguda se observan prácticas adecuadas, mientras que para la deshidratación las prácticas son regulares.

REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA

AUTORIZACION DEL AUTOR

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

- ✓ Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- ✓ Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

1. Autor:

Apellido y Nombre: Ocampo Montero Ma. Belén.

Tipo y Nº de Documento. DNI 33.665.331

Teléfono/s: (0223) 155064559

E-mail: bel_ocampo@hotmail.com

Título obtenido: Lic. en Nutrición

2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS MATERNAS FRENTE A LA DIARREA AGUDA DEL NIÑO.

Fecha de defensa ____/____/20____

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LA LICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar.

<http://creativecommons.org/choose/>)



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa

Firma del Autor Lugar y Fecha