

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA ALBERTO HURTADO
ESCUELA DE ENFERMERAS SAN FELIPE



U.P.C.H. BIBLIOTECA

EDUCACION SOBRE TERAPIA DE REHIDRATACION
ORAL EN ESTUDIANTES ADULTOS DE SECUNDARIA

T E S I S

**PARA OPTAR EL GRADO DE;
BACHILLER EN ENFERMERIA**

Elvia Marcia Campos Zavala

Lima - Perú

1991

Asesores:

Sra.Enf. Blanca Chang

Sra.Dra. Alicia Sotomayor

JURADO EXAMINADOR

Luis Caravedo Reyes

Presidente del Jurado

Asteria Avila Chávez

Secretaria

Elizabeth Gil Becerra

Miembro del Jurado

A Dios por su inmenso
amor.

A mis padres: Juan y Marcia,
mi hermana Maritza, por su
amistad, comprensión y apoyo
durante mi formación
profesional.

A mi madrina Bertha,
con el cariño y amistad
de siempre
A mis buenas amigas.

A Sor Carmen García Colina
por su orientación,
A las profesoras y personal
administrativo de la
"Escuela de Enfermeras
San Felipe".

Al director, profesores
y alumnas del Colegio
"Juana Alarco de
Dammert" por su apoyo
en la realización del
trabajo.

A la Enf. Blanca Chang,
Dra Alicia Sotomayor
por su valiosa asesoría.

INDICE

SUMMARY

RESUMEN

I.	INTRODUCCION.....	1
II.	MATERIAL Y METODOS.....	5
III.	RESULTADOS.....	8
IV.	DISCUSION.....	24
V.	CONCLUSIONES.....	37
VI.	RECOMENDACIONES.....	38
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	39
VIII.	ANEXOS	

SUMMARY

The diarrhoea is the second cause of infantile mortality in Perú. The Oral Rehydration Therapy (ORT) is an effective, simple and economic method to prevent and treat the dehydration, principal consequence of the diarrhoea.

It has been studied, in form descriptive-prospective sixty six students, womens apts for being mothers of the fifth year of the Nocturnal Secondary Education of the "Juana Alarco de Dammert" college; for determining their knowledges about ORT, before and after of an educative program theoretic-practical.

The majority of students were youngers proceeding from the highland. An important proportion had a previous experience with the care of childrens with diarrhoea. The participants increasing notably their knowledges about ORT motivating an adequate behavior front to the dehydration.

The Sanitary Education is a valuable recourse for joining courages of the sector health and education and diffuse messages about ORT and facilitate the participation of the nurse to perform her preventive-promotional function.

RESUMEN

La diarrea es la segunda causa de mortalidad infantil en el Perú. La Terapia de Rehidratación Oral (TRO) es un método eficaz, sencillo y económico para prevenir la deshidratación, principal consecuencia de la diarrea.

Se estudiaron, en forma descriptiva-prospectiva, a 66 estudiantes, madres en potencia, del quinto año de Educación secundaria nocturna del colegio "Juana Alarco de Dammert"; para determinar sus conocimientos sobre TRO, antes y después de un programa educativo teórico-práctico.

La mayoría de estudiantes eran jóvenes procedentes de la sierra. Una proporción importante tuvo experiencia previa en el cuidado de niños con diarrea. Las participantes incrementaron notablemente sus conocimientos sobre TRO motivando un comportamiento adecuado frente a la deshidratación.

La educación sanitaria es un recurso valioso para unir esfuerzos del sector salud y educación y difundir mensajes sobre TRO, y facilita la participación de la enfermera para cumplir su función preventivo-promocional.

INTRODUCCION

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) es un mal endémico que afecta a los niños de países en vías de desarrollo. Se estima que la diarrea causa 5 millones de muertes entre los niños menores de 5 años en todo el mundo. En este grupo de edad por cada 100 niños, en promedio, existen 220 episodios diarreicos (11,44). En América Latina, la EDA es un problema de Salud Pública (21); el Perú no es ajeno a esta problemática, por que desde 1984, es la segunda causa de morbi-mortalidad infantil en niños menores de 5 años (22,30,40).

El Ministerio de Salud informó que la tasa de mortalidad infantil para 1986 fue de 127 por 1000 nacidos vivos, y de éstos el 41% muere por diarrea. Esto significa la muerte de un niño peruano cada 15 minutos a causa de la deshidratación diarreica; aunque la tasa de mortalidad infantil disminuyó en 1990 a 88 por 1000 nacidos vivos; es la tercera más alta en América Latina (6,22,34).

La diarrea es peligrosa por que atenta contra la salud del niño pequeño, debido a sus complicaciones como deshidratación y desnutrición. Esta última permanece casi siempre oculta y es tratada aisladamente sin relacionarla con la enfermedad que la produce. El potencial

desnutridor de la EDA es grande por el efecto acumulativo de sucesivos episodios en el niño peruano.

La diarrea es el resultado de una serie de eventos en el intestino, que afecta el transporte de agua y electrolitos. La administración de éstos, en cantidades apropiadas, permiten reponer las pérdidas. Esta es la base de la rehidratación oral. Hasta hace poco, la rehidratación era posible con terapia endovenosa, practicada con muchas limitaciones; pero al descubrirse las ventajas de la rehidratación oral fue calificada como el adelanto más importante del siglo por su potencial para disminuir la mortalidad infantil (5).

Tanto la muerte como la deshidratación se pueden evitar con medidas poco costosas, sencillas y eficaces basadas en la Terapia de Rehidratación Oral (TRO)(49).

La TRO es el conjunto de medidas destinadas a prevenir y tratar la deshidratación provocada por la diarrea; consiste en administrar líquidos y electrolitos por vía oral reforzada con una alimentación adecuada (33,36,38).

En países en vías de desarrollo como el nuestro, el sistema de servicios de salud es insuficiente para satisfacer las necesidades de las zonas menos favorecidas, donde la EDA es más prevalente. Allí la educación sanitaria es el instrumento más poderoso para promocionar la salud y prevenir enfermedades tan

frecuentes como la diarrea (16).

Los estudios realizados con programas educativos dirigidos a jóvenes, demuestran que son buenos retransmisores de mensajes sanitarios. La juventud es un excelente recurso de la comunidad que el sector salud debe aprovechar. A los jóvenes, en su condición de futuros padres se les puede formar conciencia de su autoresponsabilidad de cuidar su salud y la de los suyos, sin esperar que otros lo hagan por ellos (15,46,48).

La Atención Primaria de Salud (APS), pone en la educación sanitaria sus esperanzas para lograr la meta "Salud para todos en el año 2 000" (31). De acuerdo a las Normas para la Prevención y Control de la Enfermedad Diarreica Aguda, aprobada en 1 986 por el Ministerio de Salud, la educación es un medio efectivo para lograr la participación de la comunidad a la solución local del problema (21). La profesional de Enfermería como educadora y líder en salud comunitaria, cumple un rol capital en este campo, al enseñar y motivar a las madres y futuras madres en la prevención de la diarrea y el uso de la TRO.

Por lo expuesto, se podría afirmar que si se brinda un programa educativo a estudiantes, madres en potencia, entonces se podrá modificar y/o reforzar sus conocimientos sobre las ventajas y eficacia de la TRO.

La investigación tuvo como objetivos:

- Determinar los conocimientos y comportamiento de las estudiantes sobre la Terapia de Rehidratación Oral y la higiene.
- Brindar educación para lograr cambios en su comportamiento futuro como respuesta al aprendizaje asimilado.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó en el Colegio Nacional "Juana Alarco de Dammert" ubicado en el distrito de Miraflores, que alberga a estudiantes de zonas urbanas y urbano-marginales del cono sur de Lima, cuyo nivel socio-económico es medio-bajo. La investigación se inició en abril y culminó en Octubre de 1990.

La población total del quinto año de secundaria nocturna, estuvo constituida por 177 estudiantes, mujeres en edad fértil, agrupadas en cinco secciones. Para determinar la muestra, se eligió aleatoriamente dos secciones, conformadas por 79 estudiantes, a quienes se les aplicó un censo para conocer la proporción de madres efectivas y madres en potencia. Se excluyó del estudio a 13 madres efectivas, quedando constituida la muestra por 66 estudiantes, madres en potencia.

El instrumento utilizado fue una prueba de opción múltiple elaborado de acuerdo a los objetivos del estudio y al programa educativo; estuvo conformado por 8 preguntas abiertas para los datos de filiación y 23 preguntas cerradas para determinar el conocimiento y comportamiento de las estudiantes. La prueba, que se aplicó antes de iniciar el programa educativo (pre-test) y finalizado éste (post-test), fué la misma en ambos momentos.

Se elaboró un programa educativo sobre TRO de acuerdo a los objetivos del estudio y a los resultados preliminares del pre-test; tuvo una duración de 20 horas pedagógicas. Los temas se desarrollaron mediante la técnica de charla y diálogo, se dió tiempo para la formulación de preguntas, comentarios y discusión de experiencias. Para facilitar el aprendizaje se emplearon ayudas audiovisuales tales como papelógrafos, proyección de slides y grabadora. Además se incluyeron clases prácticas donde se demostró la preparación de sales rehidratantes, suero casero y medidas de higiene. Las estudiantes participaron con la redemostración, empleando así la estrategia de "aprender-haciendo".

Concluido el programa educativo se aplicó el post-test que permitió valorar la variación de respuestas en relación al momento previo a la educación.

Con la finalidad de conocer la diferencia y variación de puntajes de las estudiantes, antes y después del tratamiento educativo, se empleó la "Prueba Z para Dos Muestras Relacionadas" por ser $n > 30$.

Para determinar la relación y la influencia de los conocimientos de las estudiantes sobre su comportamiento, se efectuó la "Prueba de Coeficiente de Correlación Biserial-Puntual". Al comportamiento adecuado se le asignó valor de 1, y al inadecuado se le asignó valor de 0.

La fórmula empleada fue la siguiente:

$$bp = \frac{x - x}{Sx} \quad \frac{n - n}{n(n-1)}$$

Para el análisis estadístico de los cuadros se empleó la "Prueba de Mc Nemar" para conocer la proporción de estudiantes que contestaron incorrectamente antes de la educación y, que posterior a ella, lo hicieron correctamente. Se utilizó la siguiente fórmula:

$$X = \frac{b - c - 1}{b + c}$$

En la investigación se empleó el método descriptivo porque permitió recolectar información y hacer un diagnóstico de los conocimientos y comportamiento de las estudiantes en relación a la TR0; así como el método prospectivo "Pre-post" porque buscó la medición de un tratamiento educativo en dos momentos distintos.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos han puesto en evidencia, una vez más, la efectividad de la educación como medio para modificar y/o reforzar conocimientos, que para el caso específico de la investigación deja abierta la posibilidad de obtener cambios positivos en el comportamiento de las mujeres en edad fértil frente a la Terapia de Rehidratación Oral.

En efecto, el promedio de puntajes obtenidos por las estudiantes en el post-test es significativamente mayor que las obtenidas en el pre-test ($p < 0.0001$). Igualmente, al correlacionar los puntajes del pre-test con el post-test y el comportamiento de las estudiantes, se encontró una alta significancia estadística ($p < 0.001$). Es decir, a mayor puntaje, mejor es el comportamiento asumido.

En la investigación se tomaron en cuenta variables generales como la edad y la condición de migración de las unidades muestrales obteniéndose que el 57,6% de estudiantes ha nacido en la sierra y de este grupo el 36,4% corresponde a las edades entre 16 y 21 años, siendo este el grupo mayoritario. Ver Anexo No 1.

El 57% de estudiantes tiene entre 6 y 10 años de residencia en Lima, de los cuales el 38% procede de la

sierra. Ver Anexo No 2.

Respecto al tipo de actividad, el 62% posee un trabajo dependiente (empleada del hogar), el 30% trabajo independiente (comercio ambulatorio o confección de ropa) y el 8% son inactivas. Ver Anexo No 3.

La experiencia anterior de la persona constituye un recurso que modifica el comportamiento. En razón a esto, se les preguntó a las estudiantes si habían logrado experiencia en el cuidado de niños, hallándose el 71% de estudiantes con experiencia y el 29% sin experiencia. De las estudiantes con experiencia el 66% en alguna oportunidad cuidaron niños con diarrea. Ver Anexo No 4. Tomando como 100% a las que cuidaron niños que padecieron diarrea, el 71% tuvo un comportamiento adecuado frente a la enfermedad y el 29% no supo afrontarlo adecuadamente. Ver Anexo No 5.

En relación a las características de la diarrea, antes de la educación, el 45% de estudiantes las conocían y el 55% las desconocían; posteriormente a la educación, el porcentaje de estudiantes que conocen las características se incrementa a 91% quedando solo el 9% que aún no sabe diferenciarlas ($p < 0,001$).

Al indagar por la causa de la diarrea, antes de la educación, el 50% señala que la enfermedad es producida por la contaminación de alimentos; pero después de la educación el 80% concede a la diarrea una etiología

infecciosa ($P < 0,001$).

Para el 41% de estudiantes, antes de la educación, la forma de transmisión más común de la diarrea es a través de los alimentos contaminados. Después de la educación, se mantuvo esa opinión; pero con un incremento de la cifra al 76% ($P < 0,001$).

En relación al tratamiento conocido para la diarrea, antes de la educación, el 36 % señaló conocer las sales rehidratantes, el 32 % emplea la panetela de arroz, el 23 % usa antidiarreicos y el 9% utiliza agua sola. Después de participar del programa educativo, el 83% de estudiantes señaló a las sales rehidratantes como el tratamiento de más efectividad para la diarrea ($p < 0,001$).

En cuanto a las medidas preventivas más conocidas, el 44% refiere el lavado de manos, el 29% el hervido de agua y el 21% la lactancia materna. Ninguna estudiante consideró la eliminación de basura. Posterior a la educación, el lavado de manos fue indicado por el 74% de estudiantes. En lo referente a las demás formas, el 20% considera a la lactancia materna, el 4% al hervido de agua y el 2% al saneamiento básico como acciones preventivas. Ver tabla No 1.

Al considerar el medio de aprendizaje del tratamiento señalado, para el 50% de estudiantes fue la televisión y/o periódico, el 24% señaló que un

TABLA No 1

Conocimientos mostrados por los estudiantes sobre la diarrea.

Colegio Nacional "Juana Alarco de Dammert". Miraflores - 1990.

RESPONDEN	<u>PRE-TEST</u>		<u>POST-TEST</u>		Z	
	N	%	N	%	X	P
1. Conocen las caract. de la diarrea	30	45	60	91	24.735	<0.001
2. Etiología infec.a- trib.a la diarrea	25	37	53	80	22.400	<0.001
3. Transmisión por aliment. contamin.	27	41	50	76	13.828	<0.001
4. Uso de la TRD en trat. de la diarrea	24	36	55	83	50.160	<0.001
5. Prevención de la diarrea mediante higiene personal	29	44	49	74	12.892	<0.001

TABLA No 2

Medio por el cual aprendió el tratamiento de la diarrea;
según número y porcentaje de estudiantes.

Colegio Nacional "Juana Alarco de Dammert". Miraflores -
1990.

MEDIO DE APRENDIZAJE	N	%
Profesor de Colegio	3	5
Televisión y/o Periódico	33	50
Consejo de Amigos	14	21
Establecimiento de Salud	16	24
TOTAL	66	100

establecimiento de salud, el 21% lo aprendió por el consejo de amigos, y para el 5% fue el profesor de colegio. Ver tabla No 2.

Al iniciarse el programa educativo se encontró que el 74% de estudiantes conocía la importancia de prevenir la diarrea, de este grupo el 53% opina que la deshidratación y la desnutrición son sus principales daños. Después de la educación, las cifras se elevaron al 87% y al 77% para las que conocían la prevención y para quienes señalaron los mismos daños, respectivamente. Ver tabla No 3.

Frente a la EDA, el 64% administra líquidos y sales, donde el 79% justifica su actuar por que previenen la deshidratación. Después de la educación, el 87% sostiene que daría líquidos y sales argumentando la misma razón (81%).

En relación al fundamento que exponen de su actuación el 53% opina que su comportamiento es favorable y evita el sufrimiento del niño, el 36% señala que previene mayores complicaciones y el 11% duda de la utilidad del comportamiento asumido. Después de la educación el 41% opina que es favorable por que el niño no sufre y el 12% señala que su comportamiento es desfavorable.

El estudio mostró que el 77% de estudiantes estaba informado sobre la TR0 y el 23% lo desconocía. Teniendo

TABLA No 3

Conocimiento de la utilidad de prevenir la diarrea, antes y después de la educación; según tipo de daño causado al niño.

Colegio Nacional "Juana Alarco de Dammert". Miraflores - 1990.

DAÑOS	ANTES				DESPUES			
	CONOCE		NO CONOCE		CONOCE		NO CONOCE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Deshidratación y desnutrición	35	53	12	18	51	77	3	4.5
Atraso en el desarrollo	2	3	2	3	0	0	3	4.5
Descamación de la piel	0	0	0	0	0	0	1	2
Muerte	12	18	3	5	7	10	1	2
TOTAL	49	74	17	26	58	87	8	13

como 100% al grupo que conocía la TRO, el 69% sabía el concepto correcto y lo aprendió a través de los medios de comunicación. Del total de la muestra, el 15% recibió información de un profesional de salud, aunque el concepto no fuera necesariamente correcto. Ver tabla No 4.

En cuanto a la preparación correcta de suero casero, antes de la educación, el 59% afirmó conocerla y señalaron acertadamente los ingredientes, mientras que el 41% la desconocía. Después de la educación, las cifras se incrementaron, hallándose que el 97% conocían ya la preparación adecuada del suero casero y solo un 3% manifestaron no conocerlo aún, $p < 0,001$. Ver tabla No 5.

El 61% de las encuestadas opinan que el mayor beneficio de la TRO es evitar la deshidratación. Sin embargo, posteriormente a la educación, el porcentaje se eleva al 70%. Igualmente, antes de la educación el 6% no le hallaba beneficios; pero al brindarseles la educación esta cifra bajó al 3%, $0,20 < p < 0,30$. Ver tabla No 6.

Dentro de las ventajas que ofrece la TRO, el 71% de estudiantes manifestó que previene la deshidratación. Esta cifra se elevó discretamente a 74% después del programa educativo. No hubo significancia estadística en ambos momentos. Ver tabla No 7.

Las estudiantes participantes en la investigación demostraron conocer el valor de las sales y el agua como

TABLA No 4

Información y concepto sobre TRD antes de la educación según tipo de informante. Colegio Nacional "Juana Alarco de Dammert". Miraflores - 1990.

INFORMACION Y CONCEPTO	PROFESIONAL				MEDIO				TOTAL	
	PROFESOR		DE SALUD		AMIGA		DE COMUNICACION			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí, trata la diarrea	1	2	3	4	1	2	5	8	10	16
Sí, aporta líquido sin restringir alimentación	0	0	6	9	7	10	22	33	35	52
Sí, incomoda al niño	3	4	1	2	0	0	2	3	6	9
No, no conoce	0	0	0	0	0	0	0	0	15	23
TOTAL	4	6	10	15	8	12	29	44	66	100

TABLA No 5

Conocimiento de las estudiantes sobre la preparación del suero casero, antes y después de la educación; según número y porcentaje.

Colegio Nacional "Juana Alarco de Dammert". Miraflores - 1990.

PREPARACION DEL SUERO CASERO	ANTES		DESPUES	
	N	%	N	%
Conoce	39	59	64	97
Desconoce	27	41	2	3
TOTAL	66	100	66	100

2

$X = 21,333$

$p < 0,001$

TABLA No 6

Opinión de las estudiantes sobre el beneficio que otorga la TRO, antes y después de la educación; según número y porcentaje.

Colegio Nacional "Juana Alarco de Dammert". Miraflores - 1990.

OPINION	ANTES		DESPUES	
	N	%	N	%
Es fácil y sencillo	10	15	6	9
Permite la interacción madre-niño	12	18	12	18
Evita la deshidratación	40	61	46	70
No tiene beneficios	4	6	2	3
TOTAL	66	100	66	100

2

X = 1,136

 $0,20 < P < 0,30$

TABLA No 7

Ventaja de la TRO atribuida por las estudiantes, antes y después de la educación; según número y porcentaje.

Colegio Nacional "Juana Alarco de Dammert". Miraflores - 1990.

VENTAJA	ANTES		DESPUES	
	N	%	N	%
Cura la diarrea	8	12	10	15
Evita la deshidratación	47	71	49	74
Calma la sed	3	5	4	6
Es económica	8	12	3	5
TOTAL	66	100	66	100

2

 $\chi = 0.045$ $0.80 < p < 0.90$

TABLA No 8

Elementos que las estudiantes refieren que proporciona la TRO, antes y después de la educación; según número y porcentaje.

Colegio Nacional "Juana Alarco de Dammert". Miraflores - 1990.

ELEMENTOS DE LA TRO	ANTES		DESPUES	
	N	%	N	%
Agua	22	33	4	6
Agua y sales	42	64	60	91
Azúcar domést.	1	1.5	2	3
Nutrientes animales	1	1.5	0	0
TOTAL	66	100	66	100

2

X = 14,450

p < 0,001

elementos de la TRO. Así, antes de la educación, el 64% emitió este tipo de respuesta; cifra que se incrementó al 91% después de la educación ($p < 0,001$). Ver tabla No 8.

Paralelamente, el 48% identifica al agua como el elemento que perjudicaría más al niño con diarrea si estuviera ausente de la TRO, y el 44% especifica que el agua debe estar acompañada de sales. Después de la educación, el 80% señala que para la TRO son igualmente importantes el agua y las sales, y el 12% indica que sólo el agua es necesario ($p < 0,001$). Ver tabla No 9.

Se apreció que el 79% de las estudiantes sostiene que la alimentación adecuada para los niños con diarrea es continuar con la lactancia materna y los alimentos fraccionados; después de impartirse la educación la cifra ascendió al 88% y el 3% se mantuvo, opinando que el niño podía recibir una alimentación variada ($0.20 < p < 0,3$). Ver tabla No 10.

TABLA No 9

Identificación del elemento de la TRO que origina problemas por su ausencia, antes y después de la educación; según número y porcentaje. Colegio Nacional "Juana Alarco de Dammert". Miraflores - 1990

ELEMENTOS DE LA TRO	ANTES		DESPUES	
	N	%	N	%
Agua	32	48	8	12
Agua y sales	29	44	53	80
Azúcar doméstica	1	2	3	5
Nutrientes animales	4	6	2	3
TOTAL	66	100	66	100

2

X = 16,531

p < 0,001

TABLA No 10

Tipo de alimentación que las estudiantes consideran debe recibir durante la diarrea, antes y después de la educación; según número y porcentaje.

Colegio Nacional "Juana Alarco de Dammert". Miraflores - 1990.

TIPO DE ALIMENTACION	ANTES		DESPUES	
	N	%	N	%
Sin leche	2	3	3	4.5
Solo agua	10	15	3	4.5
Lactancia materna y alimentación fraccionada	52	79	58	88
Dieta completa	2	3	2	3
TOTAL	66	100	66	100

2

X = 1.562

0.20 < p < 0.30

DISCUSION

La EDA es uno de los principales problemas de salud en nuestro país. Su presencia está íntimamente relacionada con las condiciones socio-económicas, ambientales y sanitarias (2), que la favorecen. El Ministerio de Salud, señala que la distribución geográfica de la diarrea muestra que es más prevalente en áreas rurales y urbano-marginales (21).

La alta tasa de mortalidad por diarrea se debe a la deshidratación grave que ocasiona (3,37); principalmente en lactantes y niños pequeños por ser muy susceptibles a la pérdida de líquidos.

Por lo expuesto la TRO emerge como un método eficaz para reducir la morbi-mortalidad infantil (44), cuyos resultados se han comprobado exitosamente en muchos países con problemas semejantes.

Los programas educativos constituyen el medio de mayor efectividad para el cambio de comportamiento del individuo, como producto del conocimiento asimilado. En efecto, la educación para la salud como parte de la educación general (47), cuyo objetivo principal es modificar o reforzar el comportamiento del individuo; está orientado hacia el fomento de la salud y la prevención de enfermedades (7). En base a esto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la

Organización Mundial de la Salud (OMS) afirman que la tarea más importante es enseñar a la comunidad a cuidar su salud (31).

En el caso de la educación sanitaria impartida a estudiantes; no sólo representa un valioso recurso en la atención del niño y un agente multiplicador de mensajes de salud, sino que promueve el cambio hacia una toma de conciencia de la responsabilidad que recae sobre cada individuo en el cuidado de su salud, y también en la prevención de la EDA. La vigencia de este concepto, que la OPS y OMS han innovado, destaca la importancia de la promoción de la salud (16,25).

En el presente estudio, se encontró que la población es prioritariamente adolescente. Esto se debió a que en los colegios nocturnos asisten jóvenes estudiantes que no pudieron concluir sus estudios a la edad promedio esperada; y ante la crisis económica actual, optan por estudiar en las noches mientras en el transcurso del día, se dedican a actividades productivas que les permita percibir ingresos y autosustentarse.

La juventud es considerada como recurso esencial de salud (28) por que en su interrelación diaria con otros transmiten mensajes recibidos. Además, su perspectiva de futuros padres les facilita interiorizar conocimientos sobre el cuidado de los niños. En consecuencia, la labor educativa desarrollada con el

escolar, ofrece al profesional de salud una excelente estrategia para cumplir su función de fomento.

La mayoría de las estudiantes que intervinieron en el estudio proceden de la región de la sierra, reflejando el proceso de migración interna que experimenta el país en esta última década, especialmente a la capital, donde llegan miles de jóvenes en busca de mejores expectativas de vida. El tercio de la muestra reside en Lima entre 6 y 10 años, tiempo que favorece la transculturización progresiva a través de los medios de información y la diaria convivencia con su entorno.

Cuando se analiza la variable tipo de actividad, se encontró que la mayoría posee trabajo dependiente, como el ser empleada del hogar, que les permite percibir un salario y satisfacer sus necesidades de alimentación, vivienda y servicios básicos. Por las condiciones de trabajo doméstico, esencialmente, estas jóvenes estudiantes poseen altas probabilidades de cuidar niños y participar en el tratamiento casero de los males más frecuentes de éstos.

La experiencia es un recurso de gran valor en el momento de actuar, y esto garantiza que las participantes en la investigación podrán actuar correctamente, en el caso que las circunstancias lo requieran, aplicando aquellos conocimientos que formen parte de su contexto

cultural.

El niño peruano presenta entre 3 y 11 episodios de diarrea al año (21), por lo que la estudiante tiene altas posibilidades de identificar y prevenir las complicaciones del mal y de efectuar labor educativa previa capacitación.

En 1983, ESCOBAR (9) halló que la mayoría de estudiantes de un colegio nocturno de Lima posee un comportamiento adecuado frente a la diarrea. Los hallazgos de este estudio son concordantes con los anteriores, porque al iniciar el programa educativo, un grupo minoritario contaba con nociones básicas de cómo actuar en casos de diarrea, permitiéndoles un comportamiento adecuado y aceptable con los niños que tuvieron a su cargo.

La causa de diarrea atribuida por la madre, es de suma importancia y guarda íntima relación con el tratamiento; refleja sus ideas sobre el problema, la explicación que puede darle y provee racionalidad al tratamiento (14). En un estudio realizado por Alternativa en cuatro Asentamientos Humanos en San Martín de Porres (2), el 52% de madres opina que la diarrea es causada por la ingesta de alimentos contaminados. La opinión de que estos son la causa de la enfermedad, está bien difundida entre la población. Generalmente ante un episodio diarreico, el individuo indaga los alimentos ingeridos

TB-4437a

asociándolos directamente con la enfermedad.

La relación ingesta-enfermedad que sustenta la creencia de que la contaminación de alimentos produce la diarrea, facilita la introducción de contenidos educativos sobre la higiene y su rol en la prevención de la enfermedad.

En lo referente al tratamiento, el estudio reveló que tanto las sales rehidratantes y la panetela de arroz, son conocidas y empleadas con frecuencia. Estos resultados se ratifican con lo reportados por otros investigadores.

En 1982, WHU (51) al evaluar el manejo casero de la deshidratación encontró que el 74% de madres de lactantes, empleaba la panetela de arroz. Según ORTIZ (35), las madres de instrucción secundaria utilizan más la SRO recomendada por la OMS, mientras que las de instrucción primaria emplean la panetela y el suero casero y las analfabetas utilizan más panetela.

Para FINBERG (13), las soluciones caseras, carbonadas y salinas apoyan y complementan el tratamiento de la diarrea aguda y controla la deshidratación. La panetela de arroz es una solución polisacárida muy empleada en nuestro medio porque el arroz es uno de los sustentos de la alimentación y cumple con lo afirmado por el autor.

La recomendación del tratamiento científico

propuesto por el Ministerio de Salud con una solución casera, sugiere la introducción de prácticas sanitarias a las costumbres positivas de la población sin alterar su patrón cultural.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en 1986, el uso de "bolsitas salvadoras" tiene escasa aceptación en la población (18). No obstante, en la Evaluación de la Campaña de Reforzamiento del Programa Nacional del Control de Enfermedades Diarreicas, de 1989, la frecuencia del uso de SRO parece haberse elevado (41). Este incremento sugiere que, cada vez un número mayor de madres emplean la rehidratación oral en el tratamiento inicial de la diarrea.

En el estudio, con la educación brindada, se logró que el 83% conozca las SRO como tratamiento inicial de la diarrea. Se espera que tal conocimiento se evidencie en la practica.

Los medios de comunicación juegan un rol importante en la educación porque difunden mensajes que la población capta fácilmente. La televisión, al manejar sonidos, movimiento y color y al utilizar el mayor número de estímulos sensoriales, logra que la percepción de mensajes se entienda y sea exitosa (28). Este fue el medio que más contribuyó a la educación previa de las estudiantes. Contrario a lo esperado, sólo una cuarta parte de la población en estudio aprendió el manejo a

traves del personal de salud. LING (20), opina que sin el concurso de los medios de comunicación, el sector salud no puede tener informado al público en general sobre las cuestiones sanitarias, ni estimular a la participación comunitaria, advierte que se corre el riesgo de que sólo haya salud para algunos.

En la prevención de la EDA todos los contenidos educativos son importantes; pero la higiene posee gran valor por la trascendencia capital en el éxito de la prevención. Tal información, se basa en la presencia continua de gérmenes en las manos que favorecen la contaminación alimentaria. El lavado de manos es una medida sencilla y eficaz para evitar la patología diarreica. Esto fue asimilado por las estudiantes, incluso antes del programa educativo.

Para FEACHEM (10) la mayoría de los organismos patógenos que causan diarrea, se transmiten principal o exclusivamente por la vía fecal-oral. En su estudio enfatiza el valor de los hábitos higiénicos en la interrupción de la transmisión directa, y en la disminución del riesgo de contaminación de las comidas, gracias al lavado minucioso de las manos con agua y jabón. Además asevera que la educación para la higiene puede mejorar la higiene personal y reducir las tasas de morbilidad por diarrea hasta el 18%.

Pese a los logros obtenidos en el presente

estudio, algunas estudiantes no relacionaron la higiene personal y doméstica, especialmente, con la producción de la enfermedad; igualmente el saneamiento ambiental casi fué ignorado en ambos momentos de la investigación.

Hasta hace poco, se creía que la TRD aportaba sólo líquidos y electrolitos; pero después de sucesivos estudios, el mantenimiento de la alimentación del niño durante la fase aguda y convalecencia se ha incluido al concepto de la TRD (36,37) por que la diarea condiciona la desnutrición, disminuye la velocidad de crecimiento y disminuye la calidad de vida del niño (20).

La actitud que adopten las madres es de vital importancia para el éxito de programas educativos de TRD. Para comprobarlo se realizó un estudio para conocer las actitudes de las madres de una comunidad rural de Haití (1). La mitad de las entrevistadas había oído hablar de la TRD y mostraban una actitud favorable hacia la introducción de un programa educativo. Lo hallado en el presente estudio ratifica estos resultados, por que alrededor del 80% de madres en potencia tenía nociones de la TRD. Pese a estos difundidos conocimientos generales, todavía queda un grupo que la desconocen, para quienes la educación sanitaria tiene gran valor.

A partir de la creación del Programa de Control de Enfermedades Diarreicas (CED) en 1978 (31), la OMS promueve el uso de las SRD en el tratamiento inicial en

el hogar para prevenir la deshidratación (26,27,32). Sin embargo, las SRO no están al alcance de las mayorías, por deficiencias en la distribución aquellas son escasas. El suero casero o solución de azúcar y sal (SAS), es una preparación equivalente a las SRO y las reemplaza cuando no están al alcance. Consiste en el empleo de azúcar blanca (sucrosa) y sal de cocina (ClNa) (24,29) mezclados en un litro de agua hervida fría. La SAS es el tratamiento doméstico más difundido en nuestro medio (42), además de la panetela de arroz. Su preparación es sencilla, económica y efectiva para recuperar las pérdidas de líquidos durante la diarrea; es una buena alternativa para el tratamiento de la deshidratación (37). El número de estudiantes que sabía prepararlo correctamente se incrementó de 59 a 97%, demostrando que el aprendizaje es fácil y requiere de periódicos reforzamiento con demostraciones prácticas.

El mayor beneficio de la TRO es evitar la deshidratación y, por consiguiente las demás posibles complicaciones. Así lo comprendió la mayoría de las encuestadas que participaron de la educación . Se puede establecer una relación directa que a un mayor conocimiento de la TRO le corresponden mayores beneficios encontrados.

Cada vez son más los estudios que revelan mayores ventajas de la TRO (29,31,37,45). Encontramos que:

1. Es un método eficaz, sencillo y económico.
2. Está disponibles en las ciudades y el campo.
3. La madre y otros miembros de la familia pueden intervenir activamente en el tratamiento.
4. Estimula el apetito y permite realimentar precozmente.
5. El niño tolera más por vía oral.
6. Descongestiona los hospitales.
7. No requiere material estéril ni costoso.
8. No necesita material ni personal especializado.
9. Requiere de un entrenamiento mínimo.

Para las alumnas la mayor ventaja es la prevención de la deshidratación, por que es la complicación más evidente que le brinda oportunidad para actuar.

El organismo normalmente toma el agua y sales necesarias de los alimentos y bebidas. Cuando el intestino está intacto, el organismo absorbe agua y sales desde la luz intestinal hacia la sangre. Cuando la persona padece de diarrea, el intestino pierde más agua y sales en las deposiciones y se absorbe menos cantidad que lo normal hacia la sangre. Este déficit produce deshidratación. Pese a ello, la capacidad de absorción de la glucosa por el intestino se mantiene casi intacta durante la diarrea de cualquier etiología. El sodio y el agua son absorbidos junto con la glucosa, siendo esta la

base de la TRO (21).

El valor de los líquidos y electrolitos fue reconocido por las estudiantes incluso antes de participar del programa educativo, aunque algunas opinan que el agua es más importante pese a haber reconocido que ambos elementos son igualmente necesarios en la TRO. Esto podría explicarse por que en el momento que se imparte la educación se enfatiza en el uso de fluidos, olvidando involuntariamente mencionar a los electrolitos o "sales" y su importancia en la absorción del líquido ingerido. Por esta razón, la madre administra líquidos caseros a su niño enfermo sin percatarse de la cantidad, sea esta en exceso o en defecto de los electrolitos que pudieran estar contenidos. Después del programa educativo, se consiguió que ambos elementos sean valorados como componentes indispensables de la TRO.

La desnutrición eleva el número de muertes por diarrea. La OMS recomienda al mantenimiento de la alimentación durante la fase aguda de la enfermedad y la convalecencia. La edad y el estado nutricional determinan la magnitud de la enfermedad (31).

La actitud más frecuente y perjudicial adoptada por muchas madres es suprimir la alimentación por la creencia de que el "intestino descansa". Esto sumado a las pérdidas por vómitos, deposiciones líquidas, anorexia y aumento del catabolismo por la infección, provocan que

el niño no recupere ese déficit deteriorándose su estado nutricional.

Con estos antecedentes y contrario a lo esperado, se comprobó en ambos momentos del estudio, la gran parte de estudiantes señaló que la alimentación debía continuarse siempre que fuera fraccionada. Ellas comprendieron que la nutrición es parte esencial del manejo del niño con diarrea y componente valioso de la TRO.

La lactancia materna obtuvo similar importancia por ser el único alimento que asegura el adecuado crecimiento del niño hasta los 6 meses. Sus ventajas son ampliamente conocidas, su cualidad protectora la convierte en un elemento fundamental de la prevención de las infecciones (19,39), especialmente en niños menores de un año. En el informe de Grupos Científicos de Trabajo de la OPS y OMS (29), se señaló que los lactantes alimentados con leche materna presentan menos infecciones gastrointestinales que los lactantes alimentados con leche artificial. FEACHEM y KLOBINSKY (12) en una revisión bibliográfica, concluyeron que los niños que recibieron lactancia materna exclusiva presentan menor número de episodios diarreicos que los que recibieron lactancia artificial y lactancia mixta. En 1975, BUCHANAN (4) sostiene que el amantamiento es beneficioso tanto para la madre como para la criatura. Esta práctica es

favorable para la nutrición del niño, proporciona satisfacción emotiva a la madre y tranquilidad y seguridad para el hijo. Para HISCHORN (17), la lactancia materna durante la diarrea, asegura el éxito de la TRO.

Los Programas de TRO, también proporcionan una valiosa oportunidad para hacer énfasis en la importancia de la lactancia materna .

En los programas educativos de EDA se ha enfatizado mucho en detallar la preparación de soluciones rehidratantes. De allí que, en el presente estudio, se encontró igual proporción de estudiantes que indicaron que el agua debía ser hervida y fría, tanto antes como después de la educación.

Aunque el objetivo final es mejorar la salud del niño, se debe emplear programas educativos que busquen la modificación del comportamiento de la madre por que ella ocupa una posición central en la familia y en la vida del niño. Por eso REID (43) sostiene que la educación puede cambiar estilos de vida.

Es importante difundir mensajes educativos sobre TRO, especialmente fuera del sistema estructurado de salud por que ofrece múltiples ventajas y, a mediano plazo se convierte en estímulo para programas de atención primaria, llegando a convertirse en un elemento básico de la estrategia para mejorar la salud infantil en países en vía de desarrollo.

CONCLUSIONES

1. Antes de la labor educativa, las estudiantes mostraron desconocimiento de aspectos básicos sobre TRD.

2. Las estudiantes que participaron de la investigación incrementaron sus conocimientos sobre TRD y corrigieron los equivocados.

3. Se consiguió una mayor aceptación de la TRD entre las estudiantes, para su futuro empleo en el tratamiento inicial de la diarrea.

4. Las madres en potencia no valoran la importancia de la higiene personal y doméstica en la prevención de la EDA.

5. Los medios de comunicación, especialmente la televisión, tuvieron gran impacto entre la población en estudio.

RECOMENDACIONES

1. Diseñar programas educativos de la TRD como componente de los programas de salud materno-infantil.
2. Difundir la TRD en los centros educativos donde existen madres en potencia porque poseen actitud receptiva sobre temas novedosos y útiles.
3. Realizar campañas educativas sobre TRD y prevención de la EDA en diversos recursos sociales de la comunidad como escuelas, parroquias, mercados y Club de Madres.
4. Enfatizar la importancia de la higiene personal y doméstica en todo programa educativo.
5. Continuar con investigaciones que respalden y amplien los hallazgos de este estudio.
6. Que la enfermera como educadora, participe y fomente la práctica de la TRD por ser la de mayor relevancia en el proceso de aprendizaje.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALLMAN, J. y M. PIERRE-LOUIS. 1985. Actividades hacia la Diarrea. Diálogo sobre la Diarrea. 12(7-12):14-15.
2. ALTERNATIVA. 1985. Centros Comunales de Rehidratación Oral. Lima, Improffset.
3. ATTAWELL, K. 1987. TRO: La Respuesta Salvadora. Diálogo sobre la Diarrea. 6(18-24):1.
4. BUCHANAN, R. 1975. El Amamantamiento Ayuda a la Salud Infantil y al Control de la Fertilidad. Informes Médicos. 10(4):67. Serie 1.
5. CANDY, Ch. 1990. Punto de vista de las Enfermeras. Diálogo sobre la diarrea. 12(34):6.
6. COOPERACION PERU-UNICEF. 1990. Movilización de la Mujer-Supervivencia Infantil: Un Proceso de Desarrollo Social. Lima. Cooperación Perú-UNICEF 1987-1992.
7. CORDERA, A. y M. BODENRIETH. 1981. Planificación Educativa en Atención de Salud. Bol Of Sanit

Panam. 91(6):484-498.

8. ELLIOT, K. 1990. La Diarrea y los Niños de las Zonas Urbanas. Diálogo sobre la Diarrea. 3(31):2.
9. ESCOBAR, G; E. SALAZAR y M. CHUY. 1983. Beliefs Regarding Of de Etiology and Treatment on Infantile Diarrhea in Lima, Perú. Soc Sci Med. 17(17):1257-1269.
10. FEACHEM, R. G. y M. A. KLOBINSKY. 1984. Interventions for the Control of Diarrhoeal Diseases among Young Children: Promotion of breast-feeding. Bulletin of the World Health Organization. 62(2):271-291.
11. FEACHEM, R. G. 1985. Medidas para el Control de las Enfermedades Diarreicas. Fomento de la Higiene. Bol Of Sanit Panam. 99(6):571-582.
12. FEACHEM, R. G. 1985. Control de las Enfermedades Diarreicas. Análisis de Posibles Intervenciones para Reducir su Alta Incidencia. Bol Of Sanit Panam 99(2):173-178.

13. FINBERG, L. 1984. Líquidos y Electrolitos en Pediatría. México D.F., Interamericana.
14. FUKUMOTO, M. 1986. Aspectos Culturales en el Tratamiento de La Diarrea. Lima. Prisma.
15. GOMES-FERRAROTTI, N. 1984. Educación para la Salud en la Adolescencia. Relato de una Experiencia. Bol Of Sanit Panam. 97(3):240-251.
16. GUERRA DE MACEDO, C. 1987. Educación en Salud. Bol Of Sanit Panam. 103(2):1.
17. HIRSCHORN, B. 1987. TRO Administrada con Exito. Diálogo sobre la Diarrea. 6(18-24):12-13.
18. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. 1987. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 1986). Resultados Preliminares. Lima, INE.
19. INSTITUTO DE INVESTIGACION NUTRICIONAL. 1988. Creciendo Sano. Manual para el Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño. Lima, IIN.
20. LING, J. 1986. La Salud y los Medios de Comunicación.

Salud Mundial. 3:18-19.

21. MINISTERIO DE SALUD.1986. Programa Nacional Multisectorial para la Prevención y Control de la Enfermedad Diarreica. Lima, Ministerio de Salud.
22. _____.1986. Normas para la Prevención y Control de la Enfermedad Diarreica Aguda. Lima, Ministerio de Salud.
23. _____.1986. Plan Trienal Multisectorial de Protección de la Salud del Niño. Lima, Ministerio de Salud.
24. O.M.S.1983. El Tratamiento de la Diarrea y Uso de la Terapia de Rehidratación Oral. Ginebra, O.M.S.
25. _____.1983. Nuevos Métodos de Educación Sanitaria en la Atención Primaria de Salud. Ginebra, O.M.S.
26. _____.1985. Tratamiento y Prevención de la Diarrea Aguda: Pauta para los Instructores de Agentes de Salud. Crónica de la O.M.S.

39:53-92.

27. _____.1985. Promoción del Tratamiento de
Rehidratación Oral en Nicaragua. Crónica de
la O.M.S. 39:216-217.
28. _____.1985. Juventud Sana: Nuestro Bien máspreciado.
Crónica de la O.M.S. 39(1):6-13.
29. O.P.S.1980. Informes de Grupos Científicos de
Trabajo. 1978-1980. Washington,D.C.,O.P.S.
30. _____.1982. Enfermedades Diarreicas. Boletín
Epidemiológico. 3(3):10-13.
31. OPS/OMS.1986. Metodología de la Investigación. Manual
para el Desarrollo del Personal de Salud.
México D.F.,OPS/OMS.
32. _____.1987. Tratamiento de la Diarrea. Curso sobre
Habilidades de Supervisión. Washington,
D.C.,O.P.S.
33. _____.1987. Manual de Tratamiento de la Diarrea.
Washington, D.C.,O.P.S.

34. O.P.S.1990. Las Condiciones de Salud en la Américas.
Washington D.C.,O.P.S.
35. ORTIZ,C.G.1987. Influencia del Grado de Instrucción
de las Madres en el Tratamiento de la
Diarrea Aguda usando la Terapia de
Rehidratación Oral, en lactantes del Centro
de Salud de México, San Martín de Porres.
Lima, U.P.C.H. (Tesis para optar el Grado de
Bachiller en Enfermería. Escuela Arzobispo
Loayza).
36. PARKER,R. et al.1981. La Terapia de Rehidratación
Oral (TRO) en el Tratamiento de la Diarrea
Infantil. Populations Reports. (2):1-41.
Serie L.
37. POPULATIONS REPORTS.1981. La TRO en el Tratamiento de
la Diarrea Infantil. (2):1-23.
38. PRISMA.1986. Manejo de la Diarrea Aguda. Niños. Lima,
Prisma.
39. _____.1988. Lactancia Materna. Niños. Lima, Prisma.
40. _____.1988. Control de la Infección Respiratoria

Aguda. Niños. Lima, Prisma.

41. PROASA.1988. Evaluación de la Campaña de Reforzamiento del Programa Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas. Lima, PROASA-UPCH.
42. PUENTES DE SALUD.1987. La Estrategia de Supervivencia Infantil. Noticias de Supervivencia Infantil. 1(1):1-8.
43. REID,D. 1984. El Aprendizaje de la Buena Salud. Salud Mundial.1-2:1-3.
44. RILEY,L. et al. 1990. Factores de Riesgo de Diarrea Infantil Aguda en una Comunidad Rural de Chiapas, México. Una Estrategia de Intervención. Bol Of Sanit Panam. 108(2):93-99.
45. SALAZAR,E.1980. Hidratación Oral en el Tratamiento. Diagnóstico 6(3):136-142.
46. SAMINATHAN P.,J.RAVINDRANATH y A.RAJARTANAM.1986. Mensajes de Salud de los Niños a los Adultos. Foro Mundial de Salud. 7(2):208-

210.

47. SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA.1976. Manual de Normas de Educación para la Salud. México D.F., Secretaría de Salubridad y Asistencia.
48. SWAI,M.E.1987. Los Niños pueden Enseñar. Diálogo sobre la Diarrea. 12(25-29):3.
49. UNICEF.1988. Estado Mundial de la Infancia. Ginebra.UNICEF.
50. WHO.1989. Dietary Management of Young Children with Acute Diarrhoea. Geneva, WHO.
51. WHU,R.1982. Manejo Casero de Líquidos y Dieta en Deshidratación por Diarrea Aguda del Lactante. Lima, U.P.C.H. (Tesis para optar el Grado de Bachiller en Medicina).

ANEXOS

ANEXO No 1

Lugar de Nacimiento; según edad de la estudiante.
Colegio Nacional "Juana Alarco de Dammert". Miraflores - 1990.

EDAD (*)	COSTA		LUGAR DE NACIMIENTO		SELVA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
16 - 21	12	18.2	24	36.4	1	1.5	37	56.1
22 - 27	13	19.7	13	19.7	2	3	28	42.2
28 - 33	0	0	1	1.5	0	0	1	1.5
TOTAL	25	37.9	38	57.6	3	4.5	66	100

(*) En años

ANEXO No 2

Estudiantes migrantes por lugar de nacimiento; según tiempo de residencia en Lima.
Colegio Nacional "Juana Alarco de Dammert". Miraflores - 1990.

TIEMPO DE RESIDENCIA EN LIMA(*)	LUGAR DE NACIMIENTO						TOTAL	
	COSTA		SIERRA		SELVA		N	%
	N	%	N	%	N	%		
< 6	7	12	10	17	1	2	18	31
6 - 10	10	17	22	38	1	2	33	57
11 - 15	0	0	2	3	1	2	3	5
> 16	0	0	4	7	0	0	4	7
TOTAL	17	29	38	65	3	6	58	100

(*) En años

Se excluyó a 8 estudiantes nacidas en Lima.

ANEXO No 3

Tipo de actividad; según edad de la estudiante.
Colegio Nacional "Juana Alarco de Dammert". Miraflores -
1990.

EDAD (*)	ACTIVIDAD						TOTAL	
	DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE		INACTIVA		N	%
	N	%	N	%	N	%		
16 - 21	22	33	12	18	3	5	37	56
22 - 27	18	27	8	12	2	3	28	42
28 - 33	1	2	0	0	0	0	1	2
TOTAL	41	62	20	30	5	8	66	100

(*) En años

ANEXO No 4

Distribución de estudiantes; según experiencia en el cuidado de niños sanos y niños con diarrea.
Colegio Nacional "Juana Alarco de Dammert". Miraflores - 1990

ESTUDIANTES	<u>NIÑOS SANOS</u>		<u>NIÑOS CON DIARREA</u>	
	N	%	N	%
Con experiencia	47	71	31	66
Sin experiencia	19	29	--	--
TOTAL	66	100	--	--

ANEXO No 5

Distribución de estudiantes con experiencia en el cuidado de niños con diarrea; según el comportamiento asumido frente a la enfermedad, antes de la educación. Colegio Nacional "Juana Alarco de Dammert". Miraflores - 1990.

COMPORTAMIENTO	N	%
Adecuado	22	71
Inadecuado	9	29
TOTAL	31	100

ANEXO No 6

CODIGO _____

EDUCACION SOBRE TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL
EN ESTUDIANTES ADULTOS DE SECUNDARIA

Nombre: _____

Colegio: "Juana Alarco de Dammert"

1. Cuál es tu edad? _____

2. Realizas algún tipo de trabajo?

Si

Cuál es? _____

No

3. Especifica el Departamento y la provincia donde naciste: _____

4. Cuánto tiempo vives en Lima? _____

5. Cuidaste niños alguna vez?

Si

No

6. Los niños que cuidaste, alguna vez padecieron diarrea?

Si

No

7. Cómo actuaste en los casos en que los niños padecieron diarrea? _____

8. Alguna vez has recibido información de cómo actuar en los casos de diarrea?

Si

Quién te informó? _____

No

TEST

INSTRUCCIONES:

Encierra en un círculo la letra que corresponda a la respuesta correcta. Recuerda, sólo una respuesta es correcta.

1. La diarrea es una enfermedad común. La diarrea es:
 - a) Una deposición blanda durante el día.
 - b) Varias deposiciones blandas durante el día.
 - c) Tres o más deposiciones líquidas en 24 horas.
 - d) Una deposición líquida en 24 horas.

2. Cuál crees que sea la causa que origina esta enfermedad?
 - a) Los microbios y los parásitos intestinales.
 - b) El susto que afecta al niño.
 - c) Tomar agua y alimentos contaminados.
 - d) El contacto con animales.

3. Existen formas de transmitir esta enfermedad? Identifique cuál:
 - a) Alimentos contaminados.
 - b) Contacto con la persona enferma.
 - c) Tomar agua sin hervir.
 - d) Usar utensilios de un enfermo.

4. Conoces el tratamiento que se le administra a un niño con diarrea?
 - a) Se le da un antidiarreico.
 - b) Se le da panatela de arroz.
 - c) Se da suero rehidratante.
 - d) Se da sólo agua.

5. Donde aprendiste lo que contestaste en la pregunta anterior?
 - a) Lo enseñó un profesor en el colegio.
 - b) En la televisión y/o periódico.
 - c) En conversaciones con vecinos y/o amigos.
 - d) En el Hospital o Centro de Salud.

6. Conoces alguna forma de evitar la diarrea?
- Hirviendo agua antes de usarla.
 - Lavándose las manos con agua y jabón antes de comer.
 - Eliminando la basura en lugares apropiados.
 - Mediante la lactancia materna exclusiva.
7. Encuentras razonable evitar la diarrea; por qué?
- Se previene el retraso del desarrollo normal del niño.
 - La salud del niño no se altera.
 - Se evita gastos innecesarios.
 - Se evita que toda la familia se enferme.
8. El niño sufrirá algún problema si no se evita la diarrea, cuál es?
- Se deshidrata y desnutre.
 - Se descama progresivamente la piel.
 - No crece y desarrolla igual que los demás.
 - Puede morir por falta de proteínas.
9. Indica el problema de mayor gravedad que causa la diarrea:
- Deshidratación.
 - Pérdida de peso.
 - Vómitos y fiebre.
 - Desnutrición irreversible.
10. Los problemas que causa la diarrea, pueden superarse:
- No, por que producen la muerte.
 - Sólo si se actúa prontamente.
 - Actuando en cualquier momento.
 - Dejando que transcurra el tiempo.
11. En caso de diarrea, cuál sería tu actuación?
- Darle un medicamento antidiarreico.
 - Esperar que pasen los días y ver qué sucede.
 - Darle abundante líquidos y sales.
 - Llevarle al rezador y curarle el susto.

12. La forma de actuar que has indicado anteriormente en qué se basa?

- a) El medicamento detiene la diarrea.
- b) Es mejor observar antes de actuar.
- c) Los líquidos y sales previenen la deshidratación.
- d) El susto produce la diarrea.

13. Quién le enseñó a actuar en la forma que ha señalado?

- a) Una vecina y/o amiga.
- b) Un profesional de la salud.
- c) Lo escuché en la televisión.
- d) Yo sólo lo aprendí.

14. Consideras que tu actuación es favorable o desfavorable, por qué?

- a) Favorable por que evita problemas mayores.
- b) Favorable por que el niño no sufre.
- c) Desfavorable por que el niño sigue con diarrea.
- d) Desfavorable por que no estoy segura si es correcto.

15. Has escuchado hablar sobre la Terapia de Rehidratación Oral? En qué consiste?

- a) Sí, se utiliza en el tratamiento de la diarrea.
- b) Sí, se proporciona líquidos y sales y no se quita la alimentación.
- c) Sí, es un procedimiento complicado y fastidioso para el niño.
- d) No, tampoco tengo idea de qué se trata.

16. Lo que sabes sobre la Terapia de Rehidratación Oral, quién te lo enseñó?

- a) El profesor del aula.
- b) La enfermera y/o médico.
- c) Lo comentó una amiga.
- d) Lo aprendí en la radio y/o televisión.

17. El suero de rehidratación oral lo preparas con:

- a) 20 cucharaditas de azúcar + 10 cucharaditas de sal en un litro de agua tibia.
- b) 5 cucharadas de azúcar + 5 cucharadas de sal en un litro de agua bien caliente.
- c) 8 cucharaditas de azúcar + 1 cucharadita de sal en un litro de agua hervida fría.

d) 8 cucharaditas de sal + azúcar al gusto en agua fría sin hervir.

18. Señale qué beneficio le otorgas a la Terapia de Rehidratación Oral:

- a) Es un método fácil y sencillo.
- b) Permite la interacción madre-niño.
- c) Evita la deshidratación en el niño.
- d) No le encuentro beneficios.

19. La mayor importancia de la Terapia de Rehidratación Oral se basa en qué:

- a) Cura la diarrea.
- b) Evita la deshidratación.
- c) Calma la sed del niño.
- d) Es económico.

20. Con la Terapia de Rehidratación Oral, qué elementos ingresan al organismo?

- a) Agua en cantidad.
- b) Agua y sales.
- c) El azúcar doméstica.
- d) Nutrientes de origen animal.

21. De los elementos anteriormente señalados, cuál de ellos produce mayores problemas si faltara?

- a) Agua en cantidad.
- b) Agua y sales.
- c) El azúcar doméstica.
- d) Nutrientes de origen animal.

22. Durante el tiempo que el niño está con diarrea, cómo consideras debe ser la alimentación?

- a) Sin leche porque le hace daño.
- b) Sólo con agua para recuperar las pérdidas.
- c) Lactancia materna y alimentos en forma fraccionada.
- d) Exigir que el niño coma de todo.

23. Las soluciones rehidratantes son líquidos que se dan al niño para recuperar el agua y sales perdidos.Cuál crees es requisito indispensable en su preparación?

- a) Agua hervida fría.

- b) Agua bien caliente.
- c) Bastante azúcar.
- d) Mayor cantidad de sal.